



54
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL AUTOCONCEPTO DE LA PAREJA
ESTERIL**

T E S I S

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

Ana María García Sandoval

Hilda Guadalupe Ramos Sánchez

DIRECTOR DE TESIS

Mtro. Francisco Morales Carmona

FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	Pág
	3
CAPITULO I	
AUTOCONCEPTO	5
1. Definición del Autoconcepto	5
2. Importancia del Conocimiento del Autoconcepto del Individuo	6
3. Dimensiones del Autoconcepto	7
Conclusiones	12
CAPITULO II	
EL AUTOCONCEPTO DE LA PAREJA ESTERIL	14
1. Presiones Psicosociales para Concebir	14
2. Diagnóstico y Tratamiento de la Esterilidad	21
3. Crisis de Esterilidad	25
4. Investigaciones sobre el aspecto psicológico de la esterilidad.	30
Conclusiones	33
CAPITULO III	
METODOLOGIA	34
Planteamiento del Problema	34
Hipótesis	34
Variables	35
Sujetos	37
Tipo de Estudio	38
Diseño	38
Instrumentos	38
Procedimiento	42
CAPITULO IV	
RESULTADOS	43
CAPITULO V	
DISCUSION	66
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	72

	Pág.
CAPITULO VII	
LIMITACIONES, SUGERENCIAS Y APORTACIONES	75
Limitaciones	75
Sugerencias	76
Aportaciones	76
BIBLIOGRAFIA	78
APENDICE I	
CUESTIONARIO	82

INTRODUCCION

El interés por realizar la presente investigación surgió a partir de las necesidades reales del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) para brindar apoyo emocional a pacientes estériles con o sin problemas orgánicos para lo que se pidió al Departamento de Psicología intervenir en el tratamiento de mujeres estériles conjuntamente con el Departamento de Ginecología. El Departamento de Psicología inició el estudio de "Los efectos de una Psicoterapia de Grupo Breve en Mujeres Estériles", en el que las exponentes colaboraron despertándoles el interés por el aspecto psicológico de la esterilidad, esto las llevo a una revisión bibliográfica en la que se encontraron investigaciones enfocadas a la mujer estéril, a las causas psicológicas de la esterilidad y en las que se sugería, hacer un estudio de pareja. Originalmente se pensó en estudiar la esterilidad psicógena, es decir, la esterilidad sin causa aparente, debido a la lectura de las interesantes observaciones realizadas por Helen Deutsch, Marie Langer y Margaret Mead, acerca de la psicología de la mujer con respecto a la maternidad. La motivación era muy atractiva ya que hasta entonces no tenían (las investigadoras) conocimientos sobre estos estudios en donde queda claro la relación recíproca que existe entre la psique y el soma. Sin embargo, en la población que asiste al INPer como pacientes con esterilidad no es común la presencia de esterilidad psicógena, lo cual era una gran limitante, por lo que se decidió estudiar un aspecto psicológico más específico de la esterilidad que pudiera indicar los efectos que ésta ocasiona en la psique de la pareja: El Autoconcepto de la Pareja Estéril. Este tema se consideró relevante dentro de una Institución de tercer nivel, es decir orientada hacia la investigación en donde la especialidad es la Ginecología y la Obstetricia, en donde se da la necesidad real de manejar en forma interdisciplinaria la problemática que presentan los pacientes, en este caso los estériles.

Otra de las razones para llevar a cabo este estudio fue encontrar en la bibliografía, sólo descripciones de las observaciones realizadas a través de la práctica privada donde se mencionan las diferentes etapas por las que atraviesa la pareja estéril, lo que influyó para preguntarse si la esterilidad afecta de alguna forma la imagen que la pareja tiene de sí misma, tomando en cuenta las presiones sociales, familiares, religiosas, personales, etc., para concebir. Por ello se pensó en la utilización de un instrumento multidimensional que midiera el Autoconcepto para conocer las áreas más afectadas en las parejas estériles, teniendo como punto de referencia el Autoconcepto de las parejas fértiles, por lo que se tomó la decisión de utilizar la Escala de Autoconcepto de Tennessee elaborada por William Fitts en 1964, basada en la teoría construída por él sobre el Autoconcepto.

Otro de los motivos fue que en México se han realizado solo dos investigaciones acerca de las características psicológicas de la pareja estéril, sin tomar en cuenta el estado emocional en el que se encuentran a consecuencia de saberse estériles. pasando por alto los efectos que éste estado puede tener en la conducta y en la salud mental de la pareja, a pesar de los grandes avances que se han logrado en la tecnología médica, como son la fertilización in

vitro, la técnica del gift, transplantes embrionarios, etc.; dentro de la Psicología no se ha dado la importancia debida a la investigación psicológica quedándose solo a nivel de observación a través de la práctica médica. Esto es importante dentro de una institución que no se dedica a la rehabilitación psicológica, pero que sin embargo, deben de dar apoyo emocional a los pacientes que lo requieran básicamente a través de Terapia de Grupo Breve, por lo que los objetivos deben ser muy específicos y a corto plazo. De este modo, es importante conocer el Autoconcepto de la pareja estéril para la planeación eficaz del programa terapéutico a emplear.

Por todo lo anterior se llegó al diseño de la presente investigación donde se compararon dos grupos: las parejas estériles con las parejas fértiles; con el fin de saber ¿Cómo afecta la esterilidad el autoconcepto de la pareja? y sí ¿Hay diferencias entre los miembros de la pareja estéril en relación a su autoconcepto?.

CAPITULO I

AUTOCONCEPTO

El presente capítulo se iniciará con la definición del término Autoconcepto y la importancia de su estudio en términos generales.

Para su mejor comprensión se describirán cada una de las dimensiones que integran el Autoconcepto.

1. Definición del Autoconcepto.

En cuanto a la definición de lo que es el Autoconcepto, la Autoestima y el Sí mismo los autores de las diferentes teorías de la personalidad no han llegado a un acuerdo general en lo referente al empleo de éstos términos. Sin embargo, para la Psicología Moderna el término del Sí mismo posee dos significados distintos:

"Uno como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. El primer significado constituye una definición del sí-mismo-como-objeto, ya que denota las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de la persona acerca de sí misma considerada como un objeto; en tal sentido el Sí mismo es lo que una persona piensa acerca de sí. El segundo significado constituye una definición del sí-mismo-como-proceso: el Sí mismo es ejecutar en el sentido de que consiste en un activo grupo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir" (Hall y Lindzey, 1974; pág. 89).

Ahora bien, el Autoconcepto abarca diferentes aspectos del ser humano: áreas personales, sociales, familiares, etc., por lo que se le considera una variable compleja y multidimensional. Fitts (1965) define el Autoconcepto como la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. Así, por ejemplo, las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas" tienden a actuar de acuerdo con ésta idea; aquéllas que tienen un concepto irreal de sí mismas, tienden a enfocar la vida y a otras personas en forma irreal; aquéllas que tienen conceptos desviados tienden a comportarse en forma desviada.

La teoría del Sí mismo es fuertemente fenomenológica en su naturaleza y está basada en el principio general de que el hombre reacciona su mundo fenomenológico en términos de la manera en que él percibe a éste, es decir, el campo fenomenológico incluye TODO aquello de lo que una persona está consciente en el momento de la acción. Probablemente la característica más sobresaliente del mundo fenomenológico de cada persona es su propio sí mismo, cómo es visto, percibido y experimentado por él mismo. Esto es el Sí mismo percibido o el Autoconcepto del individuo. El término Autoconcepto es más comúnmente usado que el simple término sí mismo, debido a que el hombre no siempre es consciente de su ser absoluto, verdadero o real sino sólo de su propio concepto y percepción de sí mismo. El Autoconcepto o la Autoestima es aprendida a través de las experiencias consigo mismo, con otras personas o con la realidad de su mundo externo a lo largo de su vida (Fitts, 1971).

2. La Importancia del Conocimiento del Autoconcepto del Individuo.

Los terapeutas requieren de una información básica de la cual partir para la rehabilitación de un paciente; los diferentes autores han propuesto que ésta información se centre en diversos factores, por ejemplo: Freud (1935) dice que se debe profundizar en los antecedentes culturales y en la historia personal del individuo; algunos consideran los rasgos y características de personalidad como esenciales (Allport, 1968; Cattell, 1965); mientras que la aproximación de otros se dirige a la evaluación del estado psiquiátrico o el estado de salud mental (Noyes y Kolb, 1958). Maslow (1968) subraya la importancia de las metas, el sistema de valores y el grado de autorrealización; y Fitts (1970) enfatiza que debe ser el Autoconcepto del individuo.

La teoría del Self mantiene que la conducta del hombre es siempre significativa y que ésta podría ser comprendida mejor si se pudiera comprender su mundo fenomenológico como él lo percibe. Debido a que esto es imposible, la aproximación más cercana es entender el Autoconcepto del individuo.

La importancia del Autoconcepto es ilustrada por el hecho de que no solo el self es el aspecto más prominente del mundo fenomenológico del individuo sino que también tiende a ser el rasgo más estable. El medio ambiente de una persona es constantemente alterado y cambiado pero el Autoconcepto está relativamente fijo y estable. Sin embargo, Fitts (op. cit.) propone que el Autoconcepto puede ser significativamente afectado en forma positiva por:

1. Experiencias, especialmente aquellas experiencias interpersonales las cuales generan sentimientos positivos, y un sentimiento de estimación y valor.
2. Competencia en áreas que son valoradas por el individuo y por otros.
3. Autorrealización o la implementación y realización de las verdaderas potencialidades personales del individuo (cualquiera que éstas sean).

Y en forma negativa cuando éstos mismos puntos no se cumplen.

La teoría del Self mantiene que las interacciones del individuo con el mundo no pueden ser separadas de sus interacciones con su propio ser, es decir, la manera en que el individuo ve e interactúa con el mundo que le rodea es en parte una función de la manera en que él se ve a sí mismo, su conducta es un reflejo o expresión de su autoconcepto. Este es influenciado por su conducta, por las reacciones que él obtiene del mundo externo y por las propias reacciones de sí mismo, por lo tanto, hay una constante interacción entre su Autoconcepto y su conducta influyéndose mutuamente. No se puede comprender completamente las acciones de otra persona o predecir perfectamente su conducta, pero conociendo su Autoconcepto podría mejorarse tal comprensión y predicción, y entonces ésta sería una variable significativa en la rehabilitación.

Cualquier programa de rehabilitación efectivo debe considerar a la persona en su totalidad, ya que el mayor recurso en la rehabilitación es el individuo por sí mismo, debido a que ésta tiene como objetivo ayudar al individuo a utilizar y realizar sus propios recursos (autorrealización). Específicamente en la terapia, el Autoconcepto del individuo influye en si él deseará, buscará, cooperará y participará en la utilización exitosa del tratamiento. Así, la rehabilitación puede ser conceptualizada como un proceso de realización de las potencialidades y habilidades del individuo que no han sido utilizadas por éste. Cuando alguna parte del self está dañada, otros aspectos deben ser utilizados para que el individuo funcione adecuadamente. Hay una amplia evidencia de que las conductas desviadas, inefectivas, trastornadas o no autorrealizadas reflejan un Autoconcepto defectuoso (Fitts y Hammer, 1969; Fitts, 1972). Existen datos que apoyan la afirmación de que las personas no autorrealizadas tienen conceptos pobres de sí mismas, por lo que podría decirse que el Autoconcepto positivo es un índice sensible de BUEN ajuste, de un funcionamiento efectivo o de la utilización completa de las potencialidades.

Por otro lado, lo que parece distinguir a una persona "competente" de una persona "incapacitada" no es la manifestación natural de la incapacidad por sí misma, sino el grado en que ella enfatiza sus habilidades, acepta sus limitaciones y se siente consistentemente positiva acerca de su valor personal y dignidad como ser humano.

3. Dimensiones Del Autoconcepto.

La percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional. Para Fitts (op.cit.) los factores más importantes que la describen son:

A) Dimensión Interna:

- a) Identidad del Self
- b) Comportamiento del Self
- c) Satisfacción del Self

B) Dimensión Externa:

- a) Self Físico
- b) Self Etico-Moral
- c) Self Personal
- d) Self Familiar
- e) Self Social

La suma de éstos elementos dan como resultado un nivel determinado de autoconcepto.

A) Dimensión Interna:

Hall y Lindzey (op. cit.) señalan en su revisión de la teoría del Self, que el término Self tiene dos significados distintos: las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones se consideran integrantes del Self como objeto, mientras que el pensar, percibir y ejecutar actividades definen al Self como proceso. Para Fitts (op. cit.) el Self es tanto objeto como proceso y las auto percepciones se relacionan con ambos aspectos del Self. El Self total, como es experimentado por el individuo, es pertinentemente llamado "Self fenomenológico" (Combs y Snygg, 1959). Este Self fenomenológico es el Self observado, experimentado y juzgado por el sí mismo del individuo; éste es el Self del cual él es consciente. La suma total de todas éstas percepciones es su imagen de sí mismo, es decir, su autoconcepto. El Autoconcepto es una totalidad dinámica y unificada, en donde cualquier parte de ésta totalidad puede interactuar con aspectos externos de su mundo fenomenológico. Combs y Snygg (op. cit.) definen el mundo fenomenológico como la percepción o mundo psicológico del individuo. Fitts (op. cit.) menciona que hay tres partes principales del Self:

- a) Identidad del Self (Self como objeto).
- b) Conducta del Self (Self como ejecutor).
- c) Satisfacción del Self (Self como observador y juzgador).

a) Identidad del Self.

La necesidad que el individuo tiene de contestar a la pregunta "¿Quién soy yo?", es una necesidad de establecer su identidad. Esto lo logra a través de las etiquetas que el individuo y otros le asignan.

Cada una de éstas etiquetas de identidad influirá en la manera en que él percibe su mundo fenomenológico, la manera en que él responde a ésto o interactúa con ésto y las observaciones que él hace acerca de sí mismo.

Los teóricos del Self han enfatizado frecuentemente la influencia que la identidad del Self o el Self como objeto, tiene sobre la conducta, y viceversa. Sin embargo, otros como el Conductismo ha ignorado la identidad del Self y se ha concentrado en la conducta del Self, afirmando que el hombre es su conducta. Mientras que la teoría Psicoanalítica se centra en la identidad del hombre, su definición, sus alteraciones y su evolución.

b) Conducta del Self

Las consecuencias que la conducta puede tener influyen en si ésta continuará o desaparecerá, también determinan si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su identidad del Self. Es intrínsecamente recompensante el hacer cosas que uno es capaz de hacer.

Las consecuencias internas refuerzan la conducta, la conducta es practicada y dominada y la capacidad para realizar la conducta se convierte en parte de la identidad. Por ejemplo, el niño experimenta un impulso o necesidad de caminar, disfruta caminando, recibe mucho reforzamiento interno o satisfacción de éstos logros, y realiza la nueva actividad interminablemente, además, existen consecuencias externas a la conducta. Los padres y los que le rodean están satisfechos y orgullosos cuando el niño aprende a caminar y lo refuerzan positivamente. Sin embargo, el realizar conductas nuevas tiene consecuencias complejas. Por ejemplo, escribir sobre las paredes puede tener consecuencias internas positivas pero consecuencias externas negativas, creando conflicto. Los padres se convierten en enojones y acusadores, por lo que el niño aprende que tal conducta es "mala" e indeseable. Si el aprendizaje ocurre de manera deseada el niño se da cuenta que su conducta, aunque graciosa, tiene consecuencias negativas. Los aprendizajes menos deseados pueden tomar diversas formas, por ejemplo, cuando el niño ve su conducta y afirma "yo hago esto y soy malo" él está etiquetando su Self total y no una conducta en particular.

c) Satisfacción del Self

La interacción entre la identidad y la conducta del Self, y su integración en un Autoconcepto total, involucra también la tercera parte del Self, la satisfacción.

La satisfacción del Self funciona como observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; también sirve como mediador entre los otros dos. La satisfacción observa a la identidad y a la conducta y dice, "bien hecho" o "me gustas" o "estoy orgulloso de tí".

Como ya se mencionó existe la tendencia en el hombre de asignar valores a muchas de sus percepciones. Así, por ejemplo, puede estar conciente de que está tenso, cansado e irritable, pero más importante es si considera que es bueno o malo tener estos sentimientos y actuar sobre ellos. Esta tendencia evaluativa del Self es un componente principal de autopercepción y provee los elementos para la Autoestima.

B) Dimensión Externa.

Fitts (op. cit.), De la Rosa (1980), así como también Díaz-Loving, Andrade y Reidl (1988) concordaron en los resultados obtenidos de su investigación para la construcción de instrumentos que midan el Autoconcepto, que éste es multidimensional puesto que se da de acuerdo a los roles desempeñados por el individuo y que las principales dimensiones son las siguientes:

- a) Self Físico.
- b) Self Etico-Moral.
- c) Self Personal.
- d) Self Familiar.
- e) Self Social.

a) Self Físico

El individuo no solo desarrolla percepciones corporales o de su físico que se modifican gradualmente y se extienden a lo largo de su desarrollo, hasta llegar a coincidir con la estructura corporal real, sino que también adopta hacia sí mismo las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. Tal vez desarrolle un concepto corporal satisfactorio o llegue a considerar su cuerpo y sus partes como desagradables, sucias, vergonzosas o asquerosas, a través de lo cual refleja la interacción que ha establecido con las figuras paternas y más tarde, con otras personas significativas. El concepto que el individuo se forma de su propio cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior y en gran parte, determinará su capacidad de adaptarse con éxito al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos (Kolb, 1982).

El Self físico está integrado por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia.

b) Self Etico-Moral

Cuando la conciencia está "tranquila", existe un equilibrio psíquico y moral. Pero una conciencia "intranquila" atormenta y afirma que se ha violado de un modo u otro el estilo de vida del individuo. Este remediará la situación mediante una racionalización o se arrepentirá y tratará de reparar lo que está mal. Con frecuencia, el Self ético-moral está integrado por un sentimiento religioso, pero otras veces no ocurre así; es frecuente que personas no religiosas tengan normas morales muy rígidas.

El Self ético-moral es un indicador de que alguna actividad del individuo ha quebrantado o está quebrantando un importante aspecto de la imagen que tiene de sí mismo, causando

ansiedad y sentimientos de culpa aunque no exista la amenaza de un castigo exterior inmediato.

c) Self Personal

Los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla le permiten obtener mayor seguridad y confianza en sí mismo.

La realización de sus potencialidades influye en su sentido de valor personal, el grado en que se siente adecuado como persona y en su evaluación de sí mismo. Es un índice de dónde el individuo se encuentra dentro de un continuo de autorrealización, es decir, hasta dónde él ha desarrollado sus potencialidades.

d) Self Familiar

Se refiere a la percepción que el individuo tiene de sí mismo en relación a la naturaleza y efectividad de sus relaciones con los miembros de su grupo primario (los familiares y amigos cercanos) y su sentido de adecuación como un miembro de familia.

e) Self Social

Una actitud derivada de una relación personal familiar hacia otras personas en el mundo externo y hacia sí mismo, ejercerá influencias favorables o desfavorables sobre las relaciones del individuo, éstas a su vez le ayudarán a ubicarse dentro de un grupo, sentir que pertenece a él y de que está satisfecho con ello, así mismo sentir que puede relacionarse con las personas en general.

Ahora bien, cada uno de los factores tanto de la dimensión interna como de la dimensión externa, interactúan en forma dinámica de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados en forma directa o indirecta. Es por ello que es importante conocer el total del autoconcepto y conocer como se encuentra cada uno de éstos factores.

CONCLUSIONES

En la revisión bibliográfica acerca del autoconcepto se encontraron otros términos utilizados por los diferentes autores (de acuerdo al enfoque de su teoría) como sinónimos o diferentes al autoconcepto. Estos términos fueron self, autoestima, yo y ego. La confusión pudo haber surgido en la traducción de estos conceptos a otros idiomas por lo que el Dr. Mario Carlinsky, traductor de la "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis" de Fenichel (1986), aclara:

"La diferencia de la traducción estriba en el hecho de que el castellano no posee dos términos diferentes (para, el concepto de yo) que correspondan respectivamente al "I" y el ego del inglés. Cuando se habla del I (o el self) se trata del yo como opuesto al no yo (uno mismo), mientras que el ego del inglés se refiere como la instancia psíquica y estructura".

Para este estudio el autoconcepto y la autoestima serán sinónimos de acuerdo a lo planteado por Webb (1955); Korman (1968) y Fitts (1965) citados en Wells y Marwell (1976) quienes mantienen que estos términos poseen el mismo significado ya que ambos parten de las evaluaciones que la persona tiene de sí misma.

El self se tomará como sinónimo de éstos apoyándose en la definición de éste dado por Hall & Lindzay y en la teoría de Fitts para la definición del término autoconcepto. Se decidió no entrar en la discusión que los diferentes autores hacen con respecto a éste término por las siguientes razones:

El objetivo principal de la investigación no es exponer el desarrollo del término autoconcepto a lo largo de la historia de la Psicología, sino el conocer el autoconcepto de la pareja estéril siendo para ello necesario tener solo un marco de referencia del cual partir para facilitar la comprensión del término que será utilizado en esta investigación.

Las tesis revisadas (Henze, 1980; Tena, 1981; Aguilar, 1984; Bar-On, 1985; Monroy, 1987; García, 1987) se enfocaron al desarrollo histórico del término autoconcepto convirtiendo su marco de referencia en un marco histórico; a su vez crearon confusiones al citar una larga lista de definiciones de diferentes autores sin aclarar en cuál de todos se apoyaron (a excepción de Bar-On), esto provocó que todos fueran repetitivos.

Los avances más recientes en la investigación que se hacen acerca del autoconcepto son a nivel cognoscitivo. Estos estudios han sido condensados por Manning (1986) quien se basa en el procesamiento de información humana.

En la clínica Fitts aportó uno de los programas más completos de autoconcepto en donde trató de condensar las investigaciones realizadas por los diferentes teóricos de la psicología que trabajaron sobre este término.

Las autoras están de acuerdo con García (op. cit) que la principal aportación de Fitts fue el desarrollo y la estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee para lo que realizó varias investigaciones publicadas en boletines (1969.) y monografías (Fitts y

Hammer, op.cit.; Fitts, op.cit.; Fitts et. al. op. cit.; Fitts, op. cit.; Fitts & Thompson, op.cit.; Fitts, (1972); Fitts, (1970); así como las realizadas en México por Blanca Alvarez (1980).

Otra razón es la utilización del instrumento creado por Fitts, el cual fue elegido para la presente investigación porque las autoras consideran que es importante el estudio multidimensional que hace acerca del autoconcepto, lo que permite conocer tanto en forma general como específica, las dimensiones y las áreas de éstos más afectadas, situándose así en el área de clínica y asesoramiento psicológico, lo que induce a establecer la relación entre autoconcepto y rehabilitación.

Las autoras de la presente investigación concuerdan con Fitts en la importancia que él da al conocimiento del autoconcepto de un individuo para tener una mejor comprensión de su mundo fenomenológico lo que ayudaría a tener una mejor comprensión y predicción de su conducta. Este estudio se basará en la definición de autoconcepto que propone Fitts: "la imagen que el individuo tiene de sí mismo, influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental". Es importante subrayar que aún siendo el autoconcepto un rasgo estable puede llegar a modificarse tanto en forma positiva como negativa. La primera indicará la autorrealización de sus potencialidades y la segunda ausencia de esta autorrealización.

Así, cuando una persona tiene un autoconcepto positivo se puede afirmar que no presenta problemas en ninguna de sus dimensiones (interna y externa) por lo que las áreas que la comprenden señalan un buen nivel de ajuste, de un funcionamiento efectivo y de la utilización de todas sus potencialidades, pero si el individuo tiene un bajo nivel de autoconcepto puede presentar problemas en alguna o en las dos dimensiones o en las áreas que las comprenden indicando un bajo nivel de ajuste, un mal funcionamiento y que sus potencialidades no han sido utilizadas.

También es importante mencionar la distinción que Fitts hace entre la persona "competente" y la persona "incapacitada", él dice, al respecto que la diferencia se basa en el grado en que se enfatizan las habilidades, la aceptación que tenga de sus limitaciones y si se siente consistentemente positiva acerca de su valor personal y de su dignidad como ser humano. Lo cual podría ayudar a esclarecer lo que sucede con las parejas estériles.

C A P I T U L O I I

EL AUTOCONCEPTO DE LA PAREJA ESTERIL

En este capítulo se describirá todo el proceso al que se enfrentan las parejas estériles que va desde las presiones psicosociales para concebir en el momento en que la sociedad los considera una pareja con una relación estable, el pedir ayuda médica cuando ellos deciden tener un hijo y no lo logran, enfrentarse al diagnóstico y tratamiento de su esterilidad y las consecuencias psicológicas que ésto puede generar, como verse afectados en su Autoconcepto. Finalmente, se describirán los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas acerca de la esterilidad tanto en el extranjero como en México.

I. Presiones Psicosociales para Concebir.

A través de la historia de la humanidad ha evolucionado tanto la legalización de la relación de pareja como las funciones que dentro del matrimonio deben existir.

Actualmente existen dos formas de contraer matrimonio: la civil y la religiosa. La primera se refiere a la legalización de la relación de pareja ante la sociedad y la segunda ante la religión en la que se autoriza las relaciones sexuales como medio de procreación. Además, existe un tercer tipo de relación: la unión libre, es decir, que viven juntos sin la legalización de su relación.

Debido a esto, el pensamiento subyacente de la ley con respecto al matrimonio es: "si un hombre y una mujer viven juntos y tienen relaciones sexuales, presumiblemente se muestran a la sociedad como esposa y esposo. Por eso, la ley les trata como si hubieran entrado en una relación de matrimonio legal". (Tristán, 1980, pág. 15 cit. en Méndez, 1986; pág. 58).

Trás la consumación del matrimonio, llámese civil, religioso o unión libre, la pareja se ve ante la posibilidad de procrear inmediatamente o de esperar más tiempo.

Debido a la política de este país para detener la explosión demográfica se inició la Campaña de Planificación Familiar la cual recomienda a los contrayentes a esperar por lo menos dos años para concebir (Conapo, 1987).

La decisión de procrear es influida por las presiones sociales y por el significado que la pareja dé a la paternidad-maternidad.

El sociólogo Veevers (1973) hizo un análisis de los datos encontrados en su investigación en el que halló seis valores sociales implícitos a la condición paternidad-maternidad que son los siguientes:

A) Ser padres es una obligación moral. Todas las religiones interpretan la procreación como una obligación moral necesaria para el cumplimiento de los fines religiosos y propósitos del matrimonio.

La religión Católica define a la paternidad en términos de una responsabilidad moral y religiosa, apoyándose en el imperativo "Creced y Multiplicaos"; así, para el reconocimiento de un matrimonio completo y válido ante los ojos de Dios incluye la aceptación de cada uno de los cónyuges de que el matrimonio es una unión permanente para la procreación de los hijos.

Todo esto conduce a interpretar la esterilidad como marca de un disgusto divino o como señal de una conducta pecadora, es decir, está implícito que "los hijos los manda Dios"; por tanto, si un matrimonio no tiene hijos es "porque Dios no quiso", sobreentendiéndose que esta se debe a las culpas de la pareja.

B) La Paternidad Como Responsabilidad. Una de las necesidades para la continuación de la existencia de la sociedad es la reproducción de la especie y la institución familiar ejecuta esta función. Si la familia y la procreación son consideradas como deberes sociales primarios del individuo, entonces los hijos son la razón de ser de la familia.

En estos términos, el buscar evitar la paternidad es buscar evitar la responsabilidad, el estar sin hijos es ser irresponsable; uno debe de tener tantos niños como pueda producir, quedando implícito que los niños constituyen una contribución valiosa a la sociedad sin importar el precio que cuesten.

Las parejas que no cumplen con esta función vital son consideradas como disfuncionales para la sociedad, marcando así un índice de desorganización.

C) La Paternidad Como Una Conducta Natural. Anteriormente la reproducción no podía ser eficientemente controlada y la mayoría de las personas que se casaban se convertían en padres, para explicar este fenómeno algunos teóricos postularon la existencia, de un impulso reproductivo y un instinto parental (Kephart, 1966; cit.en Veevers, op. cit.), es decir, el deseo de tener hijos es una característica innata del ser humano.

Se ha asumido generalmente en el folklore y en la investigación psicológica y sociológica que la inclinación hacia la maternidad es más pronunciada y más definitiva en la mujer que en el hombre. El postulado de un instinto maternal es de notable atención en comparación con el instinto paternal, y se ha dado mayor consideración a la "necesidad de estar embarazada" que a la "necesidad de fecundar".

No obstante, Margaret Mead (cit. en Langer, 1985, Ramírez, 1962; Deusch, 1960) a través de sus estudios realizados en diferentes culturas, llegó a la conclusión de que la paternidad es una conducta aprendida y no instintiva. Entre los Mundugumor la paternidad era un estado no deseado, dándose un apoyo cultural a la esterilidad, la mujer detestaba procrear y criar niños y el hombre menospreciaba el que sus mujeres se embarazaran. Una situación similar ocurrió en los últimos días del Imperio Romano en el que hubo una devaluación hacia la crianza de los niños y la esterilidad se

convirtió en un estado envidiable, siendo el aborto, el infanticidio y el abandono de los niños, medidas para evitar la paternidad, en el caso de que concibieran. Sin embargo, aún cuando el modelo del instinto parental sea o no válido, constituye un elemento importante en el significado social de la paternidad, al extremo que la gente cree que es válido.

Si la paternidad es definida como "natural" entonces lógicamente que la esterilidad es antinatural. Consecuentemente, la razón porque la gente tiene y cria a los niños puede ser explicada por el hecho de que es algo natural para ellos hacerlo.

D) Paternidad Como Expresión Sexual. El significado social de la paternidad está asociado con el significado social de la sexualidad por lo menos en dos formas: la adquisición de una correcta identidad y la habilidad para ejecutar el acto sexual competentemente.

a) Identidad Sexual. Culturalmente se dicotomiza a los individuos como masculinos y femeninos, lo importante de esta categorización es que ellos adopten el género que biológicamente se les ha asignado.

Para ser aceptado socialmente y ser considerado normal, el individuo debe de aceptar su género apropiado en forma claramente visible. La manera usual de lograr esto es el adoptar las conductas, actitudes e intereses esperados los cuales están asociados con los estereotipos culturales de lo que constituye la masculinidad y femineidad, estos se dan desde la infancia a través de los juegos como por ejemplo, los niños suelen identificarse con personas triunfadoras, con iniciativa o líderes; en los juguetes se interesan más por los que simbolizan poder: camiones, trenes, cohetes, aviones, máquinas y soldados; las niñas se identifican con sus madres cuando juegan a la casita, a cocinar o a las muñecas. Este juego de muñecas se relaciona más directamente con el papel sexual dado a la mujer adulta, que los juegos de los niños con el papel sexual que tendrán al crecer. Las niñas gozan cuidando y protegiendo niños de cualquier sexo, como si fueran madres en pequeño (Cameron, 1982; Ramfrez, 1982). Estos estereotipos no son necesariamente un reflejo de las diferencias sexuales reales, sino más bien representan el consenso acerca de lo que deberían ser las diferencias sexuales. Una dimensión de estos estereotipos involucran la reproducción, es decir, una prueba aceptable de que uno ha elegido el rol correcto es el declarar no solo que uno quiere ser masculino o femenino, sino también que uno quiere ser padre o madre. El deseo de la paternidad es percibido, como una evidencia válida de la aceptación de la identidad del rol en forma correcta (Mahlstedt, 1985).

La maternidad es percibida como más esencial para el desarrollo y expresión de la femineidad adulta en comparación con lo que la paternidad es para el desarrollo y expresión de la masculinidad adulta (Matthews & Matthews, 1986; Deutsch, op. cit. y Ramfrez, op. cit.); así mismo, la maternidad es vista como el factor clave en la aceptación de su rol femenino. Dar a luz, se supone que debe ser su más importante

y satisfactoria actividad, de acuerdo al valor que se le da socialmente a los conceptos de "maternidad" y "madre" (Deutsch, op. cit.).

b) **Competencia Sexual.** La definición cultural con respecto al significado y propósito de la sexualidad implica una relación muy cercana de la actividad sexual con la reproducción; un beneficio adicional que se le da a la sexualidad es el placer, es decir, que el coito sexual no siempre tiene como fin la procreación. Sin embargo, los hijos son signo de éxito genital en el inconsciente de la mujer y prueba de potencialidad en el hombre, y las relaciones sexuales significativas son aquéllas en donde por lo menos hay una posibilidad teórica de concebir (Simpson, 1966, pág. 497; cit. en Veevers, op. cit.).

Ahora bien, las parejas estériles pueden atribuir su fracaso para concebir a la ejecución inadecuada del acto sexual o a la frecuencia insuficiente del mismo. La explicación de esta baja frecuencia puede ser atribuida a impotencia, frigidez (Ramírez, op. cit.), homosexualidad u otras clases de inadecuación sexual, así como también al conocimiento de la esterilidad.

Eickhorff (1966) citado en Veevers (op. cit.) expresa que si en las parejas estériles la concepción no es posible, el coito puede ser percibido sin ningún propósito y significado, por lo que la frecuencia del coito puede declinar o bien en algunos casos cesar completamente. Así el no tener o querer niños tiende a ser equiparado con el no tener o querer sexo.

E) **La Paternidad Como Equilibrio Matrimonial.** LeMasters (1957) citado en Veevers (op. cit.) menciona que para algunos segmentos de nuestra población el matrimonio por sí mismo tendría poco significado si no fuera por la presencia de los niños. Al respecto, Westoff y Potvin preguntaron a cerca de 15000 mujeres universitarias si consideraban que el tener niños era la función más importante del matrimonio. En los resultados obtenidos el 57% estuvo completamente de acuerdo y el 43% restante mencionaron que el tener niños era UNA de las funciones más importantes.

Si el tener niños es definido como el significado y propósito de estar casados, entonces se puede decir que el querer y tener niños estaría relacionado con el ajuste y felicidad marital. Es por esto que se piensa que al no tenerlos exista el peligro de una desintegración de pareja, es decir, el divorcio.

F) **La Paternidad Como Indicador De Salud Mental.** Con base a la definición cultural de paternidad como algo natural y normal no es sorprendente que la salud mental de los padres sea considerada más satisfactoria que la salud mental de las parejas que no tienen niños.

Debido a la creencia de que el instinto maternal es más fuerte que el impulso reproductivo masculino, la relación entre estar sin hijos y la mala adaptación psicológica, se espera que sea más pronunciada en las esposas que en los esposos.

El deseo de tener niños es considerado como señal de madurez; la paternidad es una de las maneras más fáciles de establecer el estatus de adultos; la llegada del primer hijo

símboliza varias cosas en nuestra sociedad; convierte al padre en hombre y a la madre en mujer, reafirmando esto su estatus adulto en la comunidad.

Las presiones sociales para concebir surgen con el matrimonio ya que éste no solo "oficializa" la sexualidad sino que autoriza a la sociedad a inmiscuirse en su vida conyugal (Videla, 1986), de tal manera que al no concebir las presiones aumentan, debido a que la violación de las expectativas sociales, sin considerar la motivación de la desviación, puede tener consecuencias dañinas para la salud mental simplemente porque la desaprobación social está asociada con la conducta desviada.

Mead (1949) citada en Veevers (op. cit) sugiere que la mujer en nuestra sociedad ha aprendido que el matrimonio y la procreación van juntos, por lo que evitar esta significa evadir responsabilidades; bajo esta situación la pareja que a propósito evite la responsabilidad será marcada socialmente lo que repercute en su ajuste y felicidad personal. Sin embargo, existen ciertas circunstancias excepcionales, tales como enfermedades hereditarias, la enfermedad de algún miembro de la pareja, problemas financieros muy graves, etc. que no son desaprobados socialmente.

En la siguiente tabla se concretizará lo que para Veevers es el significado social de la paternidad y no paternidad.

	DEFINICION DE PATERNIDAD	DEFINICION DE NO PATERNIDAD
Moralidad	Desear la paternidad es una obligación religiosa; ser padre es ser moral.	El no tener hijos es ir contra la religión, no ser padre es ser inmoral.
Responsabilidad	Desear la paternidad es una obligación; ser padre es ser responsable.	El no tener hijos es evitar la responsabilidad; no ser padre es ser irresponsable.
Naturalidad	Desear la paternidad es instintivo; ser padre es natural.	El no ser padre es ir contra natura.
Identidad sexual y competencia sexual	Desear la paternidad implica una buena identificación femenina y masculina, es señal de capacidad y potencia sexual.	El no ser padres implica rechazar el rol sexual y es señal de incapacidad e impotencia sexual.
Equilibrio Matrimonial	Desear la paternidad es el significado del matrimonio; ser padres mejora su ajuste marital y previene el divorcio.	El no tener hijos es fallar en el matrimonio, considerándolo razón suficiente para el divorcio.
Indicador de Salud Mental	Desear la paternidad es señal de una salud mental normal; ser padres implica madurez y estabilidad emocional.	El no tener hijos es señal de una salud mental anormal; no ser padre está asociado con inmadurez y mal ajuste emocional.

Por su parte, Pick (1976) en su investigación acerca de la razón por la que diferentes mujeres habían tenido un hijo encontró diversas respuestas tales como: "es un acontecimiento socialmente deseable; Dios me lo mandó; los hijos nos proporcionan felicidad; mi esposo quería hijos." Pick (op. cit) menciona otras investigaciones que estudian el mismo aspecto en donde cita a los siguientes autores: Rabin y Greene (1968) encontraron cuatro razones principales para tener un hijo:

- 1) **Altruista:** motivación desinteresada por la paternidad
- 2) **Fatalista:** "la misión del hombre o la mujer en la tierra es el procrear y perpetuar la especie; es el orden natural de las cosas".
- 3) **Narcisista:** "el hijo reflejará su gloria sobre el padre, será una prueba de su virilidad o femineidad y la afirmación de su capacidad física, biológica o psicológica".
- 4) **Instrumental:** "el hijo es útil; se le usará como medio, para conseguir un fin".

Otro tipo de razones sería el anhelo de tener "algo" que amar, el afán de compartir la madurez con otro adulto (Muller, 1971); el deseo de jugar, divertirse y revivir su propia juventud (Hoffman & Hoffman, 1973); Pohlman 1969), el ver a sus hijos como un medio de satisfacer la necesidad de ser generosos y útiles (Pohlman op.cit.) o simplemente el sentir cariño por los niños (Rainwater, 1965.)

Pick (op. cit) hace la siguiente clasificación de los motivos que existen para tener un hijo:

- 1) **Motivos Intrínsecos.** Tanto sus orígenes como sus consecuencias son internas, en forma de sentimientos, es, decir estas razones pueden considerarse como simple satisfacción emocional.
- 2) **Extrínsecos.** Implica el deseo de dar esperando recibir: contar con ayuda económica, apoyo financiero, prestigio, seguridad económica en la edad madura.
- 3) **Sistémicas.** Están relacionadas con el sistema de normas y reglas existentes en el grupo social al cual pertenece el individuo: el considerar tener un hijo como deber que hay que cumplir, como signo de virilidad, etc.

La conclusión al respecto de Hoffman y Hoffman (op. cit) es que el valor de un hijo es multidimensional y no implica ninguna relación uno a uno con alguna característica o situación individual. Existen una serie de variables que pueden influir en esta actitud en un momento determinado, y solamente algunas combinaciones de motivaciones, situaciones físicas y normas estimularán la conducta para concebir un niño. Las tendencias sociales, la estructura familiar y el ambiente determinarán las actitudes, creencias y conductas relacionadas con la decisión de concebir o no concebir un hijo.

2. Diagnostico y Tratamiento de la Esterilidad.

¿Qué pasa cuando la pareja ha decidido procrear y no hay embarazo aún cuando los dos lo deseen?

La pareja empieza a programar sus relaciones sexuales con el objeto de lograr la fecundidad. Si esto no llega a suceder en un lapso de tiempo determinado por ellos mismos, se empiezan a desesperar y deciden pedir ayuda médica. Se someten a estudios en los que primero se examina al hombre debido a que mientras el varón se limita a producir espermatozoides aptos en cantidad suficiente y a depositarlos luego en la vagina, la fertilidad femenina implica la ovulación apropiada y el paso del óvulo por la trompa de Falopio, el mantenimiento de un medio químicamente adecuado para el espermatozoide y el cigoto en el útero, y posiblemente una adecuada disposición psicológica para la fecundación (Lloyd, 1986).

A) Estudios Para El Marido.

Espermatobioscopia Directa. Esta prueba sirve para examinar el contenido espermático del semen del marido. La muestra se recoge directamente en una botella o jarra de boca ancha, seca y limpia. El semen puede recolectarse en casa, ya sea por medio de la masturbación o del coito interrumpido, y se lleva al consultorio del médico o laboratorio dentro de un lapso de tiempo de unas cuantas horas donde se le somete a examen para determinar si cumplen con ciertos requerimientos. Para que sea normal, debe ser de una cantidad parecida a la de una cucharadita de té y debe presentar una consistencia pegajosa pero no viscosa, y bajo el microscopio deben apreciarse sesenta o más millones de células espermáticas por centímetro cúbico, de los cuales el 80% debe mostrar un tipo progresivo de movimiento natatorio en el líquido seminal. Además, por lo menos tres cuartas partes de las células deben aparecer normales cuando se tiñen y se estudian.

Si la primera muestra aparece por debajo de lo normal, es probable que se analicen otras muestras. Si los resultados son consistentemente deficientes, pero no tanto como para que sea imposible para que mejoren por medio de terapia, el médico sugerirá que siga un tratamiento en el que se incluirán medidas encaminadas a mejorar la salud general del paciente: mejor dieta, ejercicio físico o deportes, etc. Si se encuentra alguna deficiencia glandular, se administrarán medicamentos correctivos.

Si las células espermáticas se encuentran totalmente ausentes de la muestra del semen, se presentan dos posibilidades: o no se producen los espermatozoides en ninguno de los dos testículos, o sí se producen, pero su acceso hasta el pene se encuentra bloqueado de manera que no pueden salir con la eyaculación. Una biopsia, que es la extracción de un fragmento del tejido del testículo para su estudio microscópico, determinará si la ausencia de espermatozoides se debe a una falla en su formación o a

un bloqueo. Si se forman las células espermáticas, se realiza una operación alrededor de la zona de bloqueo.

B) Estudios Para La Esposa.

La producción de ovulación puede ser determinada por medio de diversas pruebas:

Temperatura Basal Corporal (TBC). Consiste en registrar diariamente la temperatura de la paciente bajo las condiciones basales estándar. La temperatura se toma cada mañana, inmediatamente después de despertar y antes de realizar cualquier actividad, y se registra durante todo el mes. La TBC es relativamente baja durante la menstruación y durante más o menos una semana después; aumenta gradualmente en dos o tres días, manteniéndose hasta 24 horas antes del período menstrual siguiente. Este aumento sostenido de la temperatura durante la segunda mitad del ciclo menstrual constituye una prueba de ovulación. Si la TBC es constantemente errática, sin un período bien delineado de temperatura relativamente baja durante la primera mitad del ciclo, y de temperatura más alta durante la segunda mitad, puede suponerse que en ese mes no hubo ovulación.

Biopsia De Endometrio. En esta prueba se extraen pequeñas porciones de la cubierta interna del útero, precisamente antes de la menstruación o durante las primeras doce horas de la misma.

Estos fragmentos se estudian en el microscopio; si la ovulación se ha producido en ese mes, el cuerpo luteo resultante hará que el tejido muestre un llamado "patrón de secreción", que es la preparación del cuerpo para la recepción e implantación de un óvulo. Si la ovulación no se produce y, por consiguiente, no se forma el cuerpo luteo, el útero omite este capítulo en su historia, y los cambios característicos de la secreción no aparecen.

Otras pruebas menos usadas para detectar la ovulación son el examen frecuente de la mucosidad del cérvix para determinar si atraviesa, durante la mitad del ciclo, por una fase "acuosa", y la observación de las secreciones vaginales diarias en busca de células "maduras o en forma de maíz" que solamente se encuentran en un mes en el que la ovulación haya tenido lugar. Otra forma consiste en identificar químicamente la presencia de la sustancia llamada pregnanediol, secretada por el cuerpo luteo, por medio de los análisis del laboratorio de las recolecciones de orina de 24 horas.

Cuando se prueba que la ovulación falta consistentemente durante varios meses, el médico la tratará con clomifene o con gonadotropina pituitaria humana (pergonal).

Si las pruebas indican que la ovulación es normal, el paso siguiente consiste en determinar si el óvulo se bloquea en la trompa durante su descenso desde el ovario hasta el útero, y si las células espermáticas se bloquean en su ascenso. Las trompas de Falopio que no tienen obstrucciones a lo largo de sus diez o doce centímetros se

llaman "patentes". La patencia o la falta de patencia, puede demostrarse por medio de la prueba de Rubin o a través de una histerosalpingografía.

La Prueba De Rubin o De Insuflación. Consiste en introducir gas dióxido de carbono en el útero por medio de presión. Cuando existe un pasaje sin obstrucciones desde el útero a través de las trompas hasta la cavidad abdominal, el gas escapa libremente hasta el abdomen relativamente grande y espacioso, donde es rápidamente absorbido. Si ambas trompas están cerradas, el gas no puede ascender hasta la cavidad abdominal, aumentando la presión rápidamente porque es introducida en un pequeño circuito cerrado del cual no puede escapar. De esta manera el médico, que observa la presión registrada en un Manómetro, puede determinar la ausencia o presencia del bloqueo del gas.

A menudo, la misma prueba de Rubin corrige algún bloqueo menor, tal vez enderezando alguna torcedura, destruyendo adhesiones pequeñas o desprendiendo un grueso tapón de mucosidad, y por esto puede considerarse un medio terapéutico y de diagnóstico al mismo tiempo.

Histerosalpingografía. El nombre de esta segunda prueba de latencia tubal se deriva de tres palabras griegas que significan útero, trompa y representación gráfica. Consiste en introducir en el útero un líquido radiopaco en lugar de un gas, y se toma una radiografía de la porción más baja del abdomen. Si las trompas están abiertas, el líquido fluye libremente hasta el abdomen; si están obstruidas, la radiografía muestra el lugar del bloqueo. En algunas ocasiones, la histerosalpingografía puede tener un valor curativo, ya que el líquido inyectado puede corregir alguna obstrucción tubal menor. Por lo general, la prueba se realiza uno o dos días después de la terminación de la menstruación, con objeto de evitar la irradiación de un óvulo recientemente fecundado, o el desprendimiento, por el líquido inyectado, de algún huevo que esté en proceso de implantación.

Laparoscopia. La histerosalpingografía solamente puede revelar el estado aproximado de trompas cerradas. Para conocer la situación exacta, deberá practicarse una operación de "asomarse y ver" a través de una pequeña incisión quirúrgica abdominal llevada a cabo bajo anestesia general.

SimsHühner o Postcoital (PC). Aún si ocurre la ovulación normalmente y se prueba que las trompas son patentes, el embarazo no puede producirse a menos que las células espermáticas del marido puedan realizar el ascenso de diez o doce centímetros hasta la porción media de la trompa, donde tendrá lugar la fecundación. Como ciertas condiciones en la mujer pueden impedir el pasaje del esperma, el médico, poco tiempo después de la relación examina esta posibilidad. La mujer llega al consultorio y el médico toma muestras del líquido de la vagina y de la mucosidad de la parte superior del cérvix por medio de aspersión en dos tubos de vidrio separados, y se examinan bajo el microscopio. La presencia de células espermáticas vivas y móviles en la muestra vaginal no es muy significativa, pero sí deben encontrarse en plenitud y activamente móviles en la muestra de mucosidad cervical. Debido a que la habilidad de los

espermatozoides para penetrar en la mucosidad cervical y para entrar en el canal cervical varía en diferentes fases del ciclo menstrual, es común que las pruebas PC se lleven a cabo aproximadamente dos semanas antes del siguiente período, cuando la mucosidad está en el mejor momento para la penetración del esperma. Si en pruebas repetidas solamente se encuentran células espermáticas muertas en la mucosidad cervical, es probable que las secreciones cervicales de la mujer sean hostiles para las células espermáticas del hombre. Un tratamiento con antibióticos y hormonas puede alterar esta situación.

Además, una posición anatómica anormal del cérvix puede disminuir las probabilidades de fecundación. La variación de la posición durante la relación, es decir, el hombre encima o debajo, puede cambiar una prueba postcoital negativa en una positiva. Si no ocurre así, puede indicarse algún procedimiento quirúrgico.

La Cirugía Aplicada a la Esterilidad.

En La Mujer..

1. Los intentos para restaurar la patencia de las trompas de Falopio tiene éxito en un 50% de los casos si la causa se debe solamente a adhesiones, pero únicamente en un 10 ó 15% si las trompas se encuentran cerradas por cicatrices de algunas enfermedades.
2. Corrección quirúrgica de un útero con deformaciones congénitas. Esto puede involucrar la combinación de dos pequeños úteros, como se encuentran ocasionalmente en algunas pacientes, en un solo órgano. La tasa de éxitos es alta.
3. Si la cápsula del ovario se ensancha y no se produce ovulación ni menstruación, "pelar" el ovario o cortarlo para remover una porción central del tejido y después coser las dos mitades entre sí causa la ovulación en la mayoría de los casos. Esto no se realiza hasta que se haya probado primero con las dos medicinas ovulatorias, clomifene y pergonal, y de que estas hayan fracasado para producir la ovulación.
4. Suspender en una posición fija un útero inclinado hacia atrás; muy raras veces indicada, su éxito es impredecible.

En El Hombre.

1. Muy raras veces la uretra, o sea, el tubo excretor que corre a lo largo del pene presenta una abertura en la base del pene en lugar de presentarla en la punta (hipospadias) y por lo tanto, el semen es liberado externamente. Un procedimiento de cirugía plástica corregirá el defecto, permitiendo que el semen salga por la punta del pene.

2. La liberación de un epidídimo obstruido es algunas veces quirúrgicamente posible, procedimiento llamado epididimovasostomía.
3. Si un hombre con una muestra deficiente de semen presenta un hidrocele o grandes venas varicosas en el escroto, ambos estados pueden corregirse quirúrgicamente (Guttmacher, 1973).

Al someterse a estudios y tratamiento, si no obtienen resultados positivos la pareja comprende que su problema de no lograr el embarazo tiene un diagnóstico médico "Esterilidad".

La figura del médico se transforma ante los ojos de su paciente conforme a los sentimientos de la pareja y por las características de la situación. Durante las primeras consultas el médico es percibido como la esperanza, pero cuando se suceden las frustraciones, la pareja adopta la actitud de poner a prueba la competencia del médico y así decidir si merece confiarle su problema. En cada intento frustrado de tratamiento surge la desconfianza lo que puede provocar relaciones conflictivas entre médico-paciente que llevan a la deserción y calificar al médico como incompetente. El tipo de comunicación que se logra establecer entre la pareja y el médico determinan el resultado que se obtenga en la solución de la problemática psicológica, así como las estrategias de diagnóstico y tratamiento.

3. Crisis de Esterilidad.

Cuando la pareja comienza a darse cuenta de que quizá nunca puedan procrear un niño, se desarrolla un estado emocional llamado "crisis de esterilidad" (en algunos casos ésta puede iniciarse durante el proceso de diagnóstico o a lo largo del tratamiento); aún cuando se han llevado a cabo varias investigaciones al respecto (Bresnick y Taymor, 1979; Kraft et. al 1980; Menning 1980; Bresnick 1981; Seibel y Taymor 1982; Shapiro, 1982; Zárate y Moscona, 1985; Mahlstedt, 1985) en donde se ha tratado de concientizar al médico de que el problema de la esterilidad no es solo a nivel biológico sino que implica un problema a nivel biopsicosocial, el médico insiste en restarle importancia a la dimensión psicosocial (Mathews y Mathews, op. cit.); el psicólogo por su parte ha preferido avocarse a la investigación de las causas psicológicas de la esterilidad (Bell, 1981; Brand 1982; Kipper et. al 1977; Mai et. al 1972; O'Moore et. al, 1983; Platt et. al, 1973; Deutsch (op. cit.); Ramírez (op. cit.); Langer (op. cit.).

La crisis puede ser definida como una interrupción de un estado estable o como un periodo de desequilibrio.

Existen algunos elementos comunes en todos los estados de crisis, y en la esterilidad la pareja recorre diferentes etapas en donde se presentan estos elementos:

Sorpresa y Negación. La primera respuesta que se observa en la pareja cuando se hace consciente de la imposibilidad de lograr un embarazo es de "sorpresa" y "choque emocional", la pregunta ¿por qué yo? o ¿por qué a mi? surge naturalmente, pero esta actitud se atenúa al pensar que tal vez se trate de una corta etapa que pronto se superará. No acepta que se les llame "estéril", no puede ajustarse a la evidencia que tanto lastima.

La negación sirve para un propósito, permite que la mente y el cuerpo se ajusten a su propio ritmo de una situación abrumadora. La negación es peligrosa cuando se utiliza a largo plazo o como un mecanismo de defensa permanente.

El descubrimiento de la esterilidad tiende a ser sentido más agudamente por aquellas personas que están altamente orientadas hacia el logro, y que se creen a sí mismos capaces de superar cualquier obstáculo si ponen el suficiente esfuerzo para vencerlo.

En los casos en que el problema es definitivo y no hay tratamiento posible, la reacción es aún más grave y genera más angustia y desorganización, sin posibilidad de ajuste.

Pocas parejas están preparadas para aceptar la esterilidad como una experiencia personal ya que por un lado, la sociedad impone la procreación y la considera como algo dado que es controlado hasta el momento en que deseen tener hijos, y por el otro, el deseo innato de los humanos de reproducirse. Es por esto, que una gran parte de nuestras vidas está centrada alrededor de la procreación, paternidad y la edificación de una familia.

Agresión. Las múltiples pérdidas y el stress de la esterilidad deja a la pareja no solo deprimida sino enojada. En particular la pérdida de control sobre cuándo o el si se convertirán en padres: una pérdida que la mayoría de la gente nunca ha considerado, mucho menos enfrentado, enfurece a muchas parejas. ¿Cómo pueden ser ellos privados de algo tan básico y tan significativo para sus vidas como el tener niños? La pregunta "por qué" es constantemente repetida; y cuando no hay respuesta, la agresión es concebida en su lugar.

Debido a que el tratamiento fragmenta las obligaciones personales y de trabajo, la agresión aumenta y es alimentada por la insensibilidad de la gente, críticas de los familiares, las opciones de tratamiento limitadas, diagnósticos inconclusos y la violación de un sentimiento interno de justicia. "¿Por qué tengo yo que merecer esto?" es una pregunta muy común en las parejas que se sienten incomprendidas y humilladas.

El médico puede minimizar el impacto tanto físico como emocional que puede provocar el tratamiento por lo que la pareja puede sentirse indispuesta y posponer sus próximas citas.

La agresión, ya sea expresada o reprimida, tiene efectos significativos en el individuo y en su relación con los otros. La ira interna puede ser reprimida porque no hay alguien a quien culpar, se puede manifestar como depresión o puede irse acumulando hasta que es desencadenada en el médico, la pareja, la familia, amigos y Dios.

Aislamiento. Al prolongarse el problema se presenta un deseo de aislamiento y soledad en un intento inútil por resolver la conflictiva. Se evitan las reuniones sociales y se trata de ocultar lo que está sucediendo, resulta difícil discutir la esterilidad y tales reuniones se vuelven incómodas debido a que la esterilidad es algo muy personal y de inherencia sexual.

Las parejas quieren mantener su esterilidad en secreto porque no desean ser objetos de piedad, o por el temor de recibir consejos no solicitados o agresiones verbales (Mahlstedt, op. cit.). Desde luego, tales consejos, frecuentemente basados en mitos y supersticiones, abundan. "¡Relájate!", "¡Tén una segunda luna de miel!"; si la mujer está trabajando, "Renuncia a tu trabajo"; si está abrumada en casa, "Pónte a trabajar para que te distraigas". Aunque la privacidad es comprensible, puede tener varios efectos negativos. Usualmente incrementa las intrusiones, investigaciones y presiones por parte de la familia y amigos acerca de los planes de la pareja para iniciar una familia. Lo más importante, es que la pareja se separa de aquéllos que le pueden brindar apoyo y confort en el momento en que más lo necesitan (Menning, op. cit.) ya que como afirma Azcoaga (op.cit.) la familia es la principal fuente de satisfacción emocional, mientras que Campbell (cit. en Link, 1980) menciona que es importante para su adaptación como persona estéril.

Un sentimiento de inadaptación va creciendo lo que les hace sentir que no pertenecen a la sociedad o tuvieran cierta calidad diferente. Pareciera como si se levantara una barrera y fuera imposible comunicarse con la sociedad; resulta imposible ver la alegría de los otros sin sentirse miserable y es intolerable conocer a los hijos de otras parejas. Entonces, la pareja estéril termina por sentirse al margen de lo social, y como parte de grupos minoritarios (Videla, op. cit.).

Culpa. Otra de las razones para mantener en secreto la esterilidad es la presencia de la culpa. Pareciera que la gente necesita construir una relación causa-efecto para los eventos que les suceden. Los miembros de la pareja estéril revisan su propia historia y la de ambos como pareja para buscar un acto culpable por el cual están siendo castigados (Matthews & Matthews, op. cit.). Algunas de las culpas más comunes son las relaciones premaritales, uso de anticonceptivos, abortos, relaciones extramaritales, masturbación, pensamientos y actos homosexuales y aún el placer sexual por sí mismo (Videla, Menning, Bresnick, Seibel y Taymor, Shapiro, Zárate y Moscona y Mahlstedt, op. cit.). Cuando la persona estéril "se da cuenta" del acto culpable empieza a buscar el perdón a través de actos religiosos (Menning, op. cit) de la aceptación de tratamientos dolorosos y en algunos casos a nivel experimental sin la menor queja, convirtiéndose como lo menciona, Videla (op. cit) en una especie de "martir" de la maternidad, debido a que como lo afirma Deustsch (op. cit.) el sentimiento de culpa es tan inflexible que solamente se apacigua por la disposición absoluta para el sacrificio; o bien, por medio de la autodestrucción (abuso de drogas, alcoholismo, anorexia, obesidad, etc.).

Las personas que tienen una baja autoestima parecen ser más vulnerables a tener sentimientos de culpa a cerca de su esterilidad y creen que realmente no merecen el embarazo, y que por lo tanto deben mantener su esterilidad en secreto por el temor de que se descubra que tan "malas" han sido. El trabajo, los amigos y las relaciones maritales pueden sufrir las consecuencias cuando una persona se siente totalmente devaluada.

Resolución. El proceso de aceptación requiere de que cada uno de los sentimientos, mencionados anteriormente, sean reconocidos, se haya trabajado con ellos y sean vencidos. Esto no quiere decir que los sentimientos hayan desaparecido, sino que pueden surgir ante

recuerdos especiales, como aniversarios de boda, o por nuevas y diferentes crisis, sin embargo, estos sentimientos nunca van a ser tan difíciles o abrumadores como lo fueron.

La aceptación de la esterilidad con todas sus implicaciones es la última etapa del proceso de crisis. Una vez que se ha perdido la esperanza de tener un hijo, la pareja es capaz de buscar otras alternativas tales como: el vivir sin hijos, adoptar, inseminación artificial, o el trabajar con niños voluntariamente. A menos que la pareja haya reconocido y trabajado con la pérdida de lo que representa su esterilidad, podrán descubrir que un duelo no resuelto puede interferir con el éxito de las opciones que hayan elegido (Mahlstedt, op. cit.).

A lo largo de todo el proceso de crisis, el autoconcepto se verá afectado en sus diferentes áreas. Siendo su efecto más predominante en algunas de éstas sin perder su interrelación.

El diagnóstico y procedimiento médico relacionado con la esterilidad influyen en como se siente el paciente tanto física como sexualmente. Sin considerar cuales son las causas de la esterilidad, el hombre y la mujer creen que sus cuerpos están dañados o defectuosos, que algo no está funcionando como debiera. Algunas personas que se enorgullecen de si mismas por el cuidado que dan a su cuerpo encuentran que el diagnóstico de esterilidad es incompatible con su imagen de una salud robusta. Tratamientos incómodos y algunas veces sin éxito, medicamentos en experimentación pueden hacer que la pareja se sienta especialmente vulnerable contribuyendo a una pobre imagen corporal (Mahlstedt, Kraft, op. cit.).

Otro aspecto es la pérdida de espontaneidad sexual. Debido a que el curso del tratamiento requiere de un horario para el coito, el sexo comienza a dividirse en "sexo para amar" y "sexo para el doctor". Cada mes la valoración médica prueba la vida sexual de la pareja y evalúa la frecuencia y tiempo del coito, violando así un sentimiento profundo de privacidad. Intrusiones constantes en la mayoría de los aspectos íntimos de su vida sexual, puede causar al hombre y a la mujer el sentirse menos sexuales, evitar la actividad sexual y fracasar en su respuesta sexual durante los periodos fértiles, al mismo tiempo estas intrusiones son experimentadas como agresiones o lesiones a su cuerpo.

Finalmente, puede haber una pérdida real de salud los efectos acumulativos del proceso completo de diagnóstico y tratamiento pueden conducir a una enfermedad física. El estrés puede causar dolores de cabeza e irritabilidad; algunos medicamentos provocan calambres, náuseas, y otros efectos negativos; pacientes con cirugía deben recuperarse de la anestesia y del procedimiento mismo.

Una persona saludable física y emocionalmente que entra al proceso de tratamiento, y que en un momento se encuentra a si mismo tomando medicamentos o sometiéndose a cirugía llega a deprimirse. El hombre y la mujer pueden entrar al hospital para diagnóstico o una cirugía correctiva sintiéndose bien, y dejar el hospital físicamente debilitados todo, por una "enfermedad" que otros no comprenden. La buena salud y una imagen corporal positiva mejora la opinión que la gente tiene de sí misma. Perder cualquiera de éstas puede crear una invalidez, y disminuir tal opinión conduciéndolos a un estado depresivo.

La pareja se enfrenta a comentarios "bien intencionados" o insensibles por parte de la familia, o amigos, lo que les hace sentirse como personas inaceptables, incomprendidas, no amadas o avergonzadas. La presión social aumenta, por medio de comentarios despreciativos y hostiles en los que al hombre lo tachan de impotente para embarazar a su mujer cuestionando así su virilidad (Videla, 1986; Martínez, 1987) que es medida erróneamente por la gente con su capacidad para procrear. Las parejas que antes de obtener el diagnóstico de esterilidad se sentían aceptados y respetados por otros pierden la certidumbre que los otros los aprecian. Esto provoca un rompimiento de sus relaciones sociales y familiares con el fin de proteger su autoestima la cual se ve amenazada por los otros. Con todo ello la pareja va perdiendo cercanía hasta el punto de sentirse en mundos apartes, esto ocasiona en la pareja un temor no hablado. ¿Me abandonará mi pareja si no podemos tener un hijo en forma natural? ¿Debo de separarme de mi pareja para que él-ella pueda casarse con una persona fértil? ¿Soy aceptable para la familia de mi pareja? ¿Es mi depresión la que esta alejando a mi esposo y a mis amigos? ¿Sobrevivirá nuestra relación esta prueba? (Mahlstedt, op. cit.). Tanto el hombre como la mujer se sienten heridos, cansados y bajo una gran presión lo que los lleva a un agotamiento físico y emocional interfiriendo en su capacidad para satisfacer las necesidades del otro. Aquí es primordial resaltar que el autoconcepto de una persona se ve afectado de manera importante por el reflejo de su yo en la percepción y las respuestas del "otro afectivamente importante", el compañero. La imposibilidad de hallar este apoyo en el hogar puede determinar que el éxito en el mundo exterior sea mucho menos retribuidor; y el autoconcepto rechazado por el "otro afectivamente importante" puede afectar negativamente su autoestima (Lloyd, op. cit.).

Algunas veces la pareja se polariza porque la esterilidad los afecta de manera diferente o porque la enfrentan en forma diferente. Uno de los cónyuges puede estar más desesperado que el otro, o sentirse traicionado por su pareja debido a su franqueza y deseo de discutir su problema con la familia y amigos. Los hombres por ejemplo pueden enfrentarse con su dolor reservándolo para sí mismos. Las mujeres lo enfrentan platicando continuamente acerca de su sufrimiento, con sus esposos, sintiéndose éstos con poca fuerza para ayudarlas, por lo que prefieren dejar de escucharlas. Con el fin de involucrar a su esposo, la mujer exagera sus quejas y él en respuesta se retrae aún más y puede dejar de participar en el proceso del tratamiento. En estos casos la mujer se siente abandonada cuando necesita más a su esposo y él se siente abrumado porque sabe que ella lo necesita mucho más. Llegan a tener resentimientos hacia su pareja y se deprimen no solo por su fracaso de concebir sino por su perdida de cercanía y su habilidad para comprenderse.

Para los adultos, la autoestima está valorada por sus logros personales, académicos y profesionales, así como también por la percepción que los otros tienen de ellos, y en el caso de la pareja estéril ya no son valorados por los logros que obtienen sino por la respuesta que den a la pregunta "¿Cuántos niños tienen?". En algunas parejas el fracaso en una tarea tan importante de su vida como es la procreación probablemente disminuye su amor propio en cada uno de ellos como integrantes de una pareja.

La autoestima puede ser dañada también cuando la pareja nota que esta experimentando emociones desconocidas para ellos. Se sienten especialmente trastornados por presentar actitudes negativas de agresión y envidia hacia los demás, debido a que desde la infancia se

enseña que las "buenas" personas no sienten agresión, envidia o resentimientos, por lo que las parejas estériles pueden tener una autoimagen de "malas" personas. Por esto su amor propio y su autorespeto se ven afectados llegándose a preguntar sino son lo suficientemente "buenos" para llegar a ser padres, quizá es por eso que Dios los ha hecho estériles. Tales autoafirmaciones negativas son seguidas frecuentemente de un sentimiento de desilusión y desesperanza. Fantasando con la idea de que nunca experimentarán todo lo que implica la paternidad de una manera biológica (Videla, op. cit.) social, personal y religiosa: desde el llegar a embarazarse, el dar a luz, el prepararse para el bautismo, más tarde seleccionar una escuela, el conducir hacia su hija al matrimonio y así continuar su ciclo de vida (Mahlstedt, op. cit.).

4. Investigaciones sobre el Aspecto Psicológico de la Esterilidad.

Como se mencionó anteriormente la esterilidad ha sido abordada por los investigadores principalmente en relación a las causas que la producen; en éstas se sugiere que un trastorno psicológico causa la esterilidad. Dutsch (op. cit.); Langer (op. cit.); Ramírez (op. cit.), encontraron una asociación importante entre la mala relación de una mujer con su madre y la esterilidad: "madres rechazantes para sus hijos, madres que den poco amor y calor a sus hijos, condicionarán potencialmente la presencia de mujeres estériles... En la labor analítica, después de urgar en la historia emocional de la paciente nos encontraremos en forma sistemática con que la madre de la mujer estéril fue una mujer que por diversas circunstancias la rechazó o le dió poco afecto o condicionó en la niña situaciones emocionales poco propicias para una identificación maternal" (Ramírez, op. cit., pag. 9).

Algunos autores mencionan que ciertos factores psicológicos en la mujer, como la ansiedad, la depresión, pueden influir para que se de un estado de esterilidad (Noyes y Chapnick, 1964; O'Moore, op. cit.) mientras otros solo describen las características de personalidad de la mujer estéril sin afirmar su son causa o efecto de ésta. Estas mujeres presentan inmadurez emocional, dependencia oral, ambivalencia acerca de esta dependencia, y negación de su femineidad (Platt, op. cit.). Entre las raras investigaciones en las que se ha comparado la mujer estéril con la fértil se encuentra el estudio de Eisner (1963) en el que halló que la mujer estéril presenta más trastornos emocionales del Rorschach: mayor número de respuestas anatómicas relacionadas con el aparato reproductor; preocupación por los órganos sexuales; se referían a la área pélvica en general, los órganos bajos, con contenido de cordón umbilical y bebes sin nacer.

Como se puede apreciar estos estudios se han enfocado hacia la mujer estéril y muy pocos se han interesado en investigar la esterilidad a nivel de pareja en donde se hace una descripción de la "crisis" observada a través de su practica privada, entre las que se encuentran las investigaciones de: Bresnick y Taymor (1979); Kraft; Menning; Seibel y Taymor; Shapiro; Zárate y Moscona; Mahlstedt (op. cit.).

Con respecto a Bresnick y Taymor (op. cit) las observaciones de la pareja estéril las hicieron a través de una investigación experimental donde el hombre se ve menos afectado que su pareja.

Kraft (op. cit) menciona que en la esterilidad se desarrolla una crisis y puede ser experimentada como un trauma narcisístico, su resolución va a depender de la estructura de carácter del individuo. La labor intrapsíquica incluye aceptación, restitución de la deficiente imagen corporal y de la evaluación de la importancia de la paternidad como una fase de desarrollo. Una resolución adaptativa es vista como una condición necesaria para el éxito de una paternidad adoptiva.

En la practica privada Menning (op. cit.) halló que la esterilidad es una crisis de vida compleja pues impone un stress emocional profundo en el individuo y la pareja, y de stress social con la familia, amigos y colegas. Los sentimientos de la esterilidad van desde sorpresa, negación, agresión, aislamiento, culpa y finalmente aceptación. El proceso de trabajar a través de estos sentimientos para lograr la resolución puede requerir la ayuda de un profesional de la salud quien debe tratar a la pareja como una unidad.

Seibel y Taymor (op. cit.) encontraron que aunque muchos autores han notado un incremento de problemas psicológicos entre las parejas estériles, pocos dan evidencia de que estos problemas son resultado de la esterilidad. Estas circunstancias, combinadas con la frustración y la ansiedad ya experimentada por la pareja estéril, crea un círculo vicioso que desafortunadamente afecta las relaciones interpersonales y sexuales de la pareja.

Shapiro (op. cit.) menciona que la respuesta de la pareja hacia su esterilidad puede ser comprendida como crisis o proceso de duelo. Muchos aspectos de la relación marital son afectados profundamente por los esfuerzos para ajustarse a su esterilidad: identidad sexual, autoestima, patrones de comunicación y sus alternativas de vida futura.

La esterilidad en el ser humano es observada por Zárate y Moscona (op. cit.) como un problema, más común de lo que generalmente se considera. Cuando la pareja se perca de que no puede concebir muchos sentimientos afloran, empujando a cada conyuge a un estado de crisis que va agudizándose con el tiempo. Ellos describen las diferentes etapas de esta crisis: que van desde sorpresa, agresión, aislamiento, culpa, decepción hasta resolución. Otra de sus observaciones se refiere a la problemática que surge en la relación médico-paciente cuando la esterilidad no es solucionada como la pareja lo espera. Mencionan también que es importante que la pareja se concientize de que el problema es de dos: la pareja; y que el médico a su vez se concientize de que la esterilidad implica una problemática biopsicosocial.

Mahlstedt (op. cit) dice que cuando una pareja se da cuenta que no puede concebir de acuerdo a sus planes se empieza a desarrollar una crisis de esterilidad.

La pareja con el diagnóstico de esterilidad enfoca toda su vida en lo que ha fallado para lograr concebir y pronto descuida otras metas y necesidades de su vida . Esto conduce a una gran variedad de pérdidas: autoestima, confianza, seguridad, salud, relaciones cercanas, potencia sexual o interés en la relación sexual, ésto interfiere en las metas del tratamiento y

afecta significativamente la relación del matrimonio y en particular a la mujer debido a que la sociedad ha estructurado que la mujer se piense así misma como madre.

En cuanto a las investigaciones realizadas en México se describirá a las siguientes: "Parejas Infértiles: interrelación de factores de personalidad" realizada por Larraitz (1980) en donde utilizó el MMPI encontrando que la pareja presentaba trastornos en las funciones sexuales y el empleo de la somatización. Siendo probable que en los esposos exista impotencia intensificándose en los días fértiles del mes. También las quejas somáticas, los disgustos de pareja, etc. se intensificaban en los periodos fértiles del mes evitando el coito que pudiera dar como resultado un embarazo; por su parte el h6spital Adolfo L6pez Mateos del ISSSTE actualmente estudia "Los Aspectos Psicol6gicos que presentan las Parejas que aceptan la Fertilizaci6n in Vitro" cuyos resultados preliminares fueron dados en forma oral a las exponentes del presente trabajo: "en las mujeres se encontr6 que a menor escolaridad y en las clases media y baja, tenfan una mayor participaci6n en nuevas t6cnicas de concepci6n, mayor depresi6n y angustia. En los hombres se observ6 mayor agresi6n social y a mayor escolaridad mayor participaci6n en nuevas t6cnicas de concepci6n. En cuanto a la relaci6n de parejas se encontr6 tambi6n que a pesar de la situaci6n que est6n enfrentando se mantienen unidos por lazos afectivos y sociales m6s que por los hijos y que la mayorfa de ellos llevan alrededor de quince a6os con esta relaci6n".

A su vez en el INPer considerado como un hospital de tercer nivel en el que se atienden problemas gineco-obst6tricos surge la necesidad de que conjuntamente el Departamento de Ginecologfa con el Departamento de Psicologfa investigue los efectos de una psicoterapia breve en mujeres est6riles. Todo esto bajo los objetivos generales de este departamento: prevenir, promover y preservar la salud mental y el sano desarrollo de las pacientes gineco-obst6tricas mediante t6cnicas psicoterap6uticas dirigidas al individuo, la pareja y la familia, que favorezcan por un lado el equilibrio bio-psico-social y por el otro lograr una intervenci6n verdaderamente interdisciplinaria.

CONCLUSIONES

Después de contraer matrimonio la pareja se ve expuesta a presiones sociales para concebir, éstas pueden ser diferentes para cada uno de los integrantes de la pareja y puede variar entre una y otra pareja.

Independientemente de las razones que cada uno de ellos tenga para la búsqueda del hijo, ya que como lo afirma Hoffman y Hoffman el valor de un hijo es multidimensional debido a que existen una serie de variables que pueden influir en esta búsqueda en un momento determinado; al enterarse de que las alteraciones que presentan tienen el diagnóstico de esterilidad, la pareja se enfrenta a una crisis, la que ha sido llamada crisis de la esterilidad (Mahlstedt, Shapiro, Menning, Seibel y Taymor, Zárate y Moscona, op. cit.). Esta se ve agravada por el proceso de estudios médicos y de tratamiento de tal manera que el autoconcepo de la pareja estéril se ve afectado ya que se sienten vigilados, dirigidos por el médico y presionados por la familia y la sociedad. Ya no se les valora como personas sino por su incapacidad para tener hijos, haciéndoles sentir que pertenecen a grupos minoritarios, "los estériles" (Mahlstedt, Videla, op. cit.).

C A P I T U L O I I I

METODOLOGIA

Planteamiento del Problema:

¿ Cómo afecta la Esterilidad el Autoconcepto de la Pareja ?.

¿ Habrá diferencias entre los miembros de la pareja estéril en relación a su Autoconcepto ?.

Hipótesis:

H₁

La esterilidad como la incapacidad de satisfacer las presiones sociales; como enfermedad física y como frustración en la realización de las potencialidades, deseos e ideales de ser padres, será un factor importante que afectará en forma negativa su autoconcepto en parejas de edad reproductiva que se enfrenten a una situación de esterilidad, en comparación con parejas en edad reproductiva que sí han procreado.

H₀

No habrá diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de parejas estériles y parejas fértiles.

H₁

Sí habrá diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de parejas estériles y parejas fértiles.

H₁

Debido a la presión social, familiar y a la educación a la que es expuesta la mujer mexicana en cuanto a sus funciones como esposa, en específico la procreación; y al rol exitoso del hombre dentro de la pareja, la esterilidad afectará el autoconcepto de la mujer en forma más negativa que en el hombre.

El Autoconcepto de la Pareja Estéril

H0

No habrá diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de los miembros de la pareja estéril.

H1

Si habrá diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de los miembros de la pareja estéril.

Variables:

VI: Pareja Estéril.

Definición Conceptual.- Pareja que no haya logrado concebir en los últimos tres años (INPer, 1987).

Definición Operacional.- Esta variable se midió con los estudios que se les realiza para diagnosticar su esterilidad.

ESTUDIO	RESULTADOS
Temperatura Basal Corporal	No presenta aumento de temperatura durante la segunda mitad del ciclo menstrual.
Biopsia de Endometrio	No hay secreción en el útero para la recepción del huevo.
Histerosalpingografía	Bloqueo de Trompas.
Laparoscopia	Bloqueo de Trompas y ubicación.
Espermatobioscopia	Azospermia.

VI: Pareja Fértil.

Definición Conceptual.- Pareja que haya concebido en los últimos tres años y que el producto este vivo (INPer, 1987).

Definición Operacional.- Pareja que tenga por lo menos un hijo vivo en los tres últimos años.

VD: Autoconcepto.

Definición Conceptual.- "La imágen que el individuo tiene de sí mismo" (Fitts, 1965).

Definición Operacional .- Se midió por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee dividida en diferentes áreas:

Identidad:

-Positivo: Se define a sí mismo y se sitúa en cada una de las áreas de su vida sin dificultad.

-Negativo: No puede definirse a sí mismo ni situarse en forma adecuada en cada una de las áreas de su vida, es decir no sabe quien es para él y para los otros.

Satisfacción del Self:

Positivo: Se siente bien consigo mismo y se acepta tal como es.

Negativo: No se acepta a sí mismo porque siente que actúa negativamente.

Comportamiento del Self:

-Positivo: Siente actuar en forma adecuada para consigo mismo y para con los otros.

-Negativo: Siente actuar en forma inadecuada para consigo mismo y para con los otros.

Self Físico:

-Positivo: Se siente físicamente saludable, que cuenta con todas sus funciones físicas, sexualmente adecuado.

El Autoconcepto de la Pareja Estéril

-Negativo: Se siente físicamente dañado o defectuoso, que algo no está funcionando como debiera, se siente fracasado sexualmente, esto contribuye a una pobre imagen corporal.

Self Etico-Moral:

-Positivo: Siente que religiosa y socialmente ha cumplido con las reglas, se siente una buena persona.

-Negativo: Siente que ha transgredido las normas morales y religiosas, se siente culpable por ello y persona "mala" aceptando ser castigado (esterilidad) para lograr el perdón (tratamiento doloroso).

Self Personal:

-Positivo: Siente que ha logrado realizar sus potencialidades en todas las áreas de su vida, con alto valor personal.

-Negativo: Se siente fracasado en alguna o algunas áreas de su vida (procreación), con devaluación personal.

Self Familiar:

-Positivo: Siente que esta integrado a su grupo familiar, que su familia lo apoya se siente amado.

-Negativo: Se siente al margen de la familia, sin su apoyo, no amado.

Self Social:

-Positivo: Siente que se puede relacionar con la gente en general, que se puede adaptar e integrar a un grupo de extraños, se siente aceptado y amado por otros.

-Negativos: Se siente al margen de lo social, se aísla, se siente inaceptable, avergonzado, despreciado y hostilizado socialmente.

Sujetos:

La presente investigación se llevo a cabo en el INPer, ésta institución pertenece a la Secretaría de Salud y proporciona servicio médico a mujeres con embarazo de alto

riesgo o con problemas ginecológicos, es decir, pacientes no embarazadas que presentan alguna alteración en su sistema reproductivo (ejemplo: amenorrea, sangrados intermenstruales, esterilidad, etc.).

Los sujetos que participaron en este estudio tuvieron las siguientes características:

- 25 parejas con un tiempo mínimo de tres años de esterilidad, pacientes del Departamento de Ginecología.
- Las mujeres con un rango de edad de 25 a 35 años.
- Que sean pacientes de este Instituto con todos los estudios realizados para confirmar su esterilidad.
- 25 parejas fértiles (un hijo vivo o más) que hayan procreado en los últimos tres años y que sean pacientes del Departamento de Planificación Familiar.
- Las mujeres con un rango de edad de 25 a 35 años.

Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional por cuota debido a la dificultad existente para la captura de dichos sujetos, por las características requeridas.

Tipo de Estudio:

Exploratorio Ex post facto, debido a que no se encontro en la bibliografía revisada investigaciones realizadas al respecto (Autoconcepto de la Pareja Estéril) ni en México ni en el extranjero y por que los atributos de las variables ya estaban dados en los sujetos, no habiendo manipulación por parte de las investigadoras.

Diseño:

Se hizo una comparación entre dos grupos independientes: estériles y fértiles, para conocer las diferencias que existen en relación a su autoconcepto.

Instrumentos:

Los datos sociodemográficos fueron obtenidos a través de la Ficha de Identificación que consta de 25 preguntas, las que se refieren a datos personales de la pareja. (Ver Apéndice 1).

Escala Tennessee de Autoconcepto

El folleto de la escala consta de 100 proposiciones y va acompañada de una hoja de contestaciones, en dicha hoja el sujeto debe responder en una escala de 1 a 5 lo que implica: Completamente Falso: 1; Casi Totalmente Falso: 2; Parte Falso y Parte Verdadero: 3; Casi totalmente Verdadero: 4; Totalmente Verdadero: 5.

La Escala Tennessee fué realizada por primera vez por William H. Fitts en 1965 en el Departamento de Salud Mental de Tennessee. El conjunto original de los reactivos se derivaron de otras medidas de autoconcepto, de Balester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953).

Otros reactivos fueron extraídos de las autodescripciones de pacientes y sujetos sanos. Esta escala inicial tenía 90 reactivos, divididos en partes iguales en descripciones negativas y positivas, más 10 reactivos que comprenden la escala de autocrítica.

Más tarde, se pidió a Psicólogos Clínicos que juzgaran y clasificaran los reactivos. Se dejaron sólo los reactivos que coincidieron con los juicios. Los reactivos que aparecen en el punteo de Autocrítica, fueron tomados del MMPI (Escala L del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnessota, 1951).

Se hicieron correlaciones con otras escalas para corroborar la validez del instrumento, obteniéndose correlaciones significativas.

Con respecto a la confiabilidad, en un estudio realizado por Congdon (1958) con pacientes psiquiátricos en donde utilizó una versión corta de la Escala del Tennessee encontró un coeficiente de confiabilidad de 0.88 para el puntaje total positivo (P).

Por su parte Nunnally (1968) citado en Fitts (op. cit.) reportó un coeficiente de confiabilidad de 0.91 y un error estandar de medición de 3.30 para el puntaje total P. Estas medidas fueron obtenidas al utilizar el método de mitades de Kuder-Richarson. Esto es equivalente al coeficiente de confiabilidad Test-Retest de 0.92 para el puntaje total P reportada en el manual (ver Tabla 1).

TABLA 1. CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE TENNESSEE

PUNTAJE	MEDIA	D.E.	CONF.
AUTOCRITICA	35.54	6.70	0.75
T.F	1.03	0.29	0.92
CONFLICTO NETO	-4.91	13.01	0.74
CONFLICTO TOTAL	30.10	8.21	0.74
TOTAL POSITIVOS	345.57	30.70	0.92
HILERA 1	127.10	9.95	0.91
HILERA 2	103.67	13.79	0.88
HILERA 3	115.01	11.22	0.88
COLUMNA A	71.78	7.67	0.87
COLUMNA B	70.33	8.70	0.80
COLUMNA C	64.65	7.41	0.85
COLUMNA D	70.63	8.43	0.89
COLUMNA E	68.14	7.86	0.90
VARIABILIDAD TOTAL	48.53	12.42	0.67
COL. TOTAL V	29.03	9.12	0.73
HILERA TOTAL V	19.60	5.76	0.50
D	120.44	24.19	0.85
5	18.11	9.24	0.88
4	24.36	7.55	0.79
3	18.03	8.80	0.77
2	18.85	7.99	0.71
1	20.63	9.01	0.81

DE = DESVIACION ESTANDAR

CONF. = CONFIABILIDAD

La escala actual contiene 100 enunciados autodescritivos que el sujeto usa para expresar la imagen que tiene de sí mismo. La escala es autoaplicable y puede administrarse en forma individual o a grupos. Puede usarse con sujetos de 14 ó más años que puedan leer por lo menos a nivel de sexto año. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas sino también a pacientes psicóticos.

La escala está disponible en dos formas: la Forma para Consulta Psicológica y la Forma Clínica y de Investigación; con las dos formas se usa el mismo libretto y los mismos reactivos. La diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles.

Para éste estudio se utilizó la Forma de Consulta Psicológica.

Esta prueba contiene las siguientes subescalas:

- Punteo de Autocrítica (SC).

Son 10 reactivos tomados de la Escala L del MMPI. Son oraciones ligeramente derogatorias que la mayor parte de la gente admiten como ciertas. Indican la defensividad del individuo o por lo contrario la falta de defensas.

- Punteos Positivos (P).

Estos reactivos transmiten tres tipos de mensajes: (1) Esto es lo que yo soy; (2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, por lo que soy; y (3) Esto es lo que yo hago. Con base en éstos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales

que aparecen en la hoja de contestación como Hilera 1, Hilera 2 e Hilera 3. Los punteos de las hileras incluyen tres subpunteos que cuando se suman constituyen el punteo positivo P. Estos puntajes representan un componente interno de referencia dentro del cual el individuo se está describiendo a sí mismo.

1. Puntaje Total P.

Refleja en nivel total de Autoestima.

2. Hilera 1 Puntaje P - Identidad del Self. "Que soy yo", El individuo describe su identidad básica, lo que él es, a partir de cómo se ve él mismo.

3. Hilera 2 Puntaje P - Satisfacción del Self.

El individuo describe cómo se siente a partir de cómo se percibe a sí mismo. En general refleja el nivel de autosatisfacción o de autoaceptación.

4. Hilera 3 Puntaje P - Comportamiento del Self.

Mide la percepción que el individuo tiene de su propia conducta y de la manera en que él funciona.

Columna A - Self Físico.

El individuo presenta su opinión acerca de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

6. Columna B - Self Etico-Moral.

Describe al sí mismo desde un marco de referencia ético-moral; su relación hacia Dios; sentimientos de ser una "buena" o "mala" persona y su satisfacción con alguna religión o si carece de ella.

7. Columna C - Self Personal.

Refleja el sentido de valer personal de sí mismo; el grado en que se siente adecuado como persona, y su evaluación de sí mismo; aparte de la percepción de su cuerpo y de sus relaciones con los demás.

8. Columna D - Self Familiar.

Refleja los sentimientos propios de valer personal y efectividad en las relaciones familiares. Se refiere a la percepción de sí mismo en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar.

9. Columna E - Self Social.

Describe los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las personas en general.

Procedimiento.

Se canalizaron los sujetos del Departamento de Ginecología y del Departamento de Planificación Familiar; del primero para las parejas estériles y del segundo para parejas fértiles.

Se les dijo que el Departamento de Psicología conjuntamente con el Departamento de Ginecología o bien del Departamento de Planificación Familiar según el caso, estaban realizando una investigación acerca de los aspectos psicológicos que de alguna manera pueden interferir en su relación de pareja, con el fin de que en caso necesario tuvieran el servicio del Departamento de Psicología.

Si ellos aceptaban participar, primeramente se realizaba la Ficha de Identificación (de la pareja) y se les pidió que contestaran un cuestionario en forma individual "Escala de Autoconcepto de Tennessee" dándoles las exponentes de la presente investigación las siguientes instrucciones:

"En este folleto usted encontrará una serie de afirmaciones en las cuales la persona se describe a sí mismo, tal como se ve. Lea cada afirmación cuidadosamente y luego escoja una de las cinco opciones, la que más indique cómo usted se ve a sí mismo.

En la hoja de respuesta, encierre en un círculo el número de la respuesta que usted escogió. Es importante para la validez de éste estudio su franqueza y sinceridad al contestar las afirmaciones"

Las respuestas indican:

Completamente Falso	Casi Totalmente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero
1	2	3
Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero	
4	5	

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se analizarán los resultados obtenidos en la recolección de datos.

Debido a la cantidad de sujetos y de variables, el análisis de los datos sociodemográficos y los obtenidos a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, tanto para el grupo de parejas estériles como para el grupo de parejas fértiles, fueron procesados en computadora a través del Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, SPSS (Nie Hull, 1980).

En el análisis se utilizaron diferentes programas con el fin de obtener una visión más clara acerca de las variables observadas para detectar si hubo otras variables que pudieron haber afectado los resultados, además de los grupos estudiados (parejas estériles y parejas fértiles).

Para la descripción del total de la muestra, se obtuvo la frecuencia de los datos sociodemográficos con el objeto de comprender más fácilmente su distribución. Una de las razones por las que se decidió utilizar la frecuencia, es que éstas variables se encuentran a un nivel nominal. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Los sujetos de la presente investigación fueron 100, conformados por dos grupos, 25 parejas estériles y 25 parejas fértiles, por lo que del total de la muestra el 50% (50) fueron mujeres y el 50% (50) restante hombres, de los que a su vez se subdividieron en 25 mujeres estériles, 25 hombres estériles, 25 mujeres fértiles y 25 hombres fértiles (ver Tabla 1).

TABLA 1. SEXO

SEXO	MUESTRA GENERAL		ESTERILES		FERTILES	
	FR. ABS	FR. REL	FR. ABS	FR. REL	FR. ABS	FR. REL
MUJERES	50	50%	25	50%	25	50%
HOMBRES	50	50%	25	50%	25	50%

FR. ABS = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR. REL = FRECUENCIA RELATIVA

El Autoconcepto de la Pareja Estéril

Con respecto a la edad tuvieron 25 años, el 25% (25); 34 años, el 9% (9); 28 y 30 años, el 8% (8) respectivamente; 29 años, el 7% (7); 26, 27 y 35 años, el 6% (6) respectivamente; 32 años, el 5% (5); 33 y 36 años, el 3% (3) respectivamente; 37, 38, 42 y 44 años el 2% (2) respectivamente; 31, 39, 40, 41, 43 y 46 años, el 1% (1) respectivamente. En promedio los sujetos tuvieron una edad de 30 años 8 meses.

De las 25 mujeres estériles, con respecto a la edad tuvieron 25 años, el 28% (7); 28 años el 20% (5); 30 y 35 años, el 16% (4) respectivamente; 26 años, el 8% (2); 27, 29 y 34 años, el 4% (1) respectivamente.

De los 25 hombres estériles, tuvieron 29 años, el 16% (4); 25 años, el 12% (3); 27, 33, 34 y 36 años, el 8% (2) respectivamente; 28, 30, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 44 y 46 años, el 4% (1) respectivamente.

Con lo que respecta a las 25 mujeres fértiles se encontraron las siguientes edades: tuvieron 25 años, el 36% (9); 34 años, el 16% (4); 26, 27, 30 y 32 años, el 8% (2) respectivamente; 28, 29, 31 y 35 años, el 4% (1) respectivamente.

De los 25 hombres fértiles se encontró que de 25 años hubo un 24% (6); de 32 años, 12% (3); de 26, 34 y 37 años, el 8% (2) respectivamente; de 27, 28, 29, 30, 33, 36, 38, 42, 43 y 44 años, el 4% (1) respectivamente (ver Tabla 2).

TABLA 2 EDAD

EDAD (AÑOS)	MUJERES GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FÉRTILES		HOMBRES FÉRTILES	
	FR. ABS.	FR. REL.	FR. ABS.	FR. REL.	FR. ABS.	FR. REL.	FR. ABS.	FR. REL.	FR. ABS.	FR. REL.
25	25	25%	7	28%	3	12%	9	36%	8	24%
26	8	8%	2	8%	0	0%	2	8%	2	6%
27	6	6%	1	4%	2	8%	2	8%	1	4%
28	8	8%	5	20%	1	4%	1	4%	1	4%
29	7	7%	1	4%	4	16%	1	4%	1	4%
30	8	8%	4	16%	1	4%	2	8%	1	4%
31	1	1%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%
32	5	5%	0	0%	0	0%	2	8%	3	12%
33	3	3%	0	0%	2	8%	0	0%	1	4%
34	9	9%	1	4%	2	8%	4	16%	2	6%
35	8	8%	4	16%	1	4%	1	4%	0	0%
36	3	3%	0	0%	2	8%	0	0%	1	4%
37	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%	2	6%
38	2	2%	0	0%	1	4%	0	0%	1	4%
39	1	1%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
40	1	1%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
41	1	1%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%
42	2	2%	0	0%	1	4%	0	0%	1	4%
43	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
44	2	2%	0	0%	1	4%	0	0%	1	4%
45	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
46	1	1%	0	0%	1	4%	0	0%	0	0%

FR. ABS. = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR. REL. = FRECUENCIA RELATIVA

En cuanto al estado civil se encontró, que el 93% (93) del total de la muestra estaban casados y el 7% (7) en unión libre.

De las 25 parejas estériles, el 96% (24) eran casadas y el 4% (1) vivían en unión libre.

De las 25 parejas fértiles, el 88% (22) eran casadas y el 12% (3) vivían en unión libre (ver Tabla 3).

TABLA 3. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FÉRTILES		HOMBRES FÉRTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CASADOS	92	92%	24	96%	24	96%	22	88%	22	88%
U. LIBRE	8	8%	1	4%	1	4%	3	12%	3	12%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR = FRECUENCIA RELATIVA

Con respecto a la escolaridad, el 27% (27) del total de la muestra tuvieron profesión; el 23% (23) preparatoria; el 20% (20) primaria; el 18% (18) secundaria y el 12% (12) carrera técnica.

De las 25 mujeres estériles el 36% (9) estudió secundaria; el 20% (5) primaria y carrera técnica respectivamente; 12% (3) preparatoria y carrera profesional respectivamente.

De los 25 hombres estériles, el 40% (10) tiene carrera profesional; 24% (6) preparatoria; 20% (5) primaria y 16% (4) secundaria.

En lo que se refiere a las 25 mujeres fértiles, el 28% (7) tiene preparatoria; el 24% (6) primaria y carrera técnica respectivamente; el 16% (4) profesional y el 8% (2) secundaria.

De los 25 hombres fértiles el 40% (10) estudió carrera profesional; 28% (7) preparatoria; 16% (4) primaria; 12% (3) secundaria y 4% (1) carrera técnica (ver Tabla 4).

TABLA 4. ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FERTILES		HOMBRES FERTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
PRIMARIA	20	20%	5	20%	5	20%	6	24%	4	16%
SECUNDARIA	18	18%	9	36%	4	16%	2	8%	3	12%
PREPARATOR	23	23%	3	12%	6	24%	7	28%	7	28%
PROFESIONAL	27	27%	3	12%	10	40%	4	16%	10	40%
CARR.TEC.	12	12%	5	20%	0	0%	6	24%	1	4%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR = FRECUENCIA RELATIVA

En lo referente a la ocupación, del total de la muestra, el 54% (54) fueron empleados; el 35% (35) se dedicaban al hogar; el 11% (11) tuvieron negocio propio.

De las 25 mujeres estériles, el 68% (17) es ama de casa; el 28% (7) son empleadas; y el 4% (1) tiene negocio propio.

De los 25 hombres estériles, el 72% (18) es empleado y el 28% (7) trabajan por su cuenta.

De las 25 mujeres fértiles, el 68% (17) es ama de casa; el 28% (7) son empleadas y el 4% (1) tiene negocio propio.

En los 25 hombres fértiles se observó que el 92% (23) son empleados y el 8% (2) poseen negocio propio (ver Tabla 5).

TABLA 5. OCUPACION

OCUPACION	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FERTILES		HOMBRES FERTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
HOGAR	35	35%	17	68%	0	0%	17	68%	0	0%
EMPLEADO	54	54%	7	28%	18	72%	7	28%	23	92%
NEG. PROPIO	11	11%	1	4%	7	28%	1	4%	2	8%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR = FRECUENCIA RELATIVA

El Autoconcepto de la Pareja Estéril

Del total de la muestra con respecto a la religión, se obtuvo que el 97% (97) fueron católicos y el 3% (3) fueron de otras religiones.

De las 25 mujeres estériles, el 96% (24) son católicas y el 4% (1) es de otra religión.

En los 25 hombres estériles, el 100% (25) fué católico.

Para las 25 mujeres fértiles se encontró que el 100% (25) son católicas.

Para los 25 hombres fértiles, el 92% (23) son católicos y el 8% (2) son de otra religión (ver Tabla 6).

TABLA 6. RELIGION

RELIGION	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FÉRTILES		HOMBRES FÉRTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CATOLICA	97	97%	24	96%	25	100%	25	100%	23	92%
OTRA	3	3%	1	4%	0	0%	0	0%	2	8%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA
FR = FRECUENCIA RELATIVA

La nacionalidad de toda la muestra fué 100% (100) mexicana.

Con respecto al número de matrimonios, en el total de la muestra se encontró que el 94% (94) era su primer matrimonio; el 5% el segundo matrimonio y el 1% (1) el tercer matrimonio.

De las 25 mujeres estériles se observó que el 100% (25) es su primer matrimonio.

De los 25 hombres estériles, el 88% (22) están casados por primera vez; el 12% (3) restante es su segundo matrimonio.

En las 25 mujeres fértiles, se observó que el 92% (23) era su primer matrimonio; el 4% (1) su segundo matrimonio; y el 4% (1) estaba casada por tercera vez.

En los 25 hombres fértiles, se tuvo que el 96% (24) estaba casado por vez primera; y el 4% (1) era su segundo matrimonio (ver Tabla 7).

TABLA 7. NUMERO DE MATRIMONIO

NUMERO DE MATRIMONIO	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FÉRTILES		HOMBRES FÉRTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
PRIMERO	94	94%	25	100%	22	88%	23	92%	24	96%
SEGUNDO	5	5%	0	0%	3	12%	1	4%	1	4%
TERCERO	1	1%	0	0%	0	0%	1	4%	0	0%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA

FR = FRECUENCIA RELATIVA

Con respecto a la duración del matrimonio del total de la muestra, se observó que el 26% (26) llevaban 3 años de matrimonio; el 18% (18) 4 años; el 16% (16) 5 años; el 10% (10) tenían 6 años; el 6% (6) 7 años; el 2% (2) 8 años; el 6% (6) 9 años; el 2% (2) 10 años; el 2% (2) 13 años; el 4% (4) 14 años; el 4% (4) 15 años; el 2% (2) 16 años y el 2% (2) 18 años.

Con respecto a las mujeres estériles, el 12% (3) tenían 3 años de casadas; el 24% (6) llevaban 4 y 5 años respectivamente; el 16% (4) 6 años; el 8% (2) 7 años; el 4% (1) llevaban 9, 10, 14 y 15 años respectivamente.

Con lo que respecta a los hombres estériles, el 12% (3) tenían de casados 3 años; el 24% (6) 4 y 5 años respectivamente; el 16% (4) 6 años; el 8% (2) 7 años; el 4% (1) 9, 10, 14 y 15 años respectivamente.

Con lo que respecta a las mujeres fértiles, el 40% (10) tenían de casadas 3 años; el 12% (3) 4 años; el 8% (2) 5 años; el 4% (1) 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16 y 18 años respectivamente; el 8% (2) 9 años.

Los hombres fértiles tenían de casados, el 40% (10) 3 años; el 12% (3) 4 años; el 8% (2) 5 años; el 4% (1) 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16 y 18 años respectivamente; el 8% (2) 9 años (Ver Tabla 8).

TABLA 8. DURACION DEL MATRIMONIO

DURACION DEL MATRIMONIO (AÑOS)	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTERILES		HOMBRES ESTERILES		MUJERES FERTILES		HOMBRES FERTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
3	26	26%	3	12%	3	12%	10	40%	10	40%
4	18	18%	6	24%	6	24%	2	8%	2	8%
5	17	17%	6	24%	6	24%	3	12%	3	12%
6	10	10%	4	16%	4	16%	1	4%	1	4%
7	6	6%	2	8%	2	8%	1	4%	1	4%
8	2	2%	0	0%	0	0%	1	4%	1	4%
9	6	6%	1	4%	1	4%	2	8%	2	8%
10	2	2%	1	4%	1	4%	0	0%	0	0%
13	2	2%	0	0%	0	0%	1	4%	1	4%
14	3	3%	1	4%	1	4%	1	4%	1	4%
15	4	4%	1	4%	1	4%	1	4%	1	4%
16	2	2%	0	0%	0	0%	1	4%	1	4%
18	2	2%	0	0%	0	0%	1	4%	1	4%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA

FR = FRECUENCIA RELATIVA

En lo que se refiere al número de hijos del total de la muestra, el 41% (41) no tenían hijos; el 30% (30) tenían un hijo; el 18% (18) tenían dos hijos; el 5% (5) tenían tres hijos; el 6% (6) tenían cuatro hijos.

Con lo que respecta a las mujeres estériles, el 92% (23) nunca ha tenido hijos; el 8% (2) tienen un hijo.

Con lo que se refiere a los hombres estériles, el 72% (18) no tienen hijos; el 24% (6) tienen un hijo; el 4% (1) tiene dos hijos.

En relación a las mujeres fértiles, el 44% (11) tienen un hijo; el 36% (9) dos hijos; el 8% (2) tres hijos y el 12% (3) cuatro hijos.

Por lo que respecta a los hombres fértiles, el 44% (11) tienen un hijo; el 32% (8) dos hijos; el 12% (3) tres y cuatro hijos respectivamente (Ver Tabla 9).

TABLA 9. NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	MUESTRA GENERAL		MUJERES ESTÉRILES		HOMBRES ESTÉRILES		MUJERES FÉRTILES		HOMBRES FÉRTILES	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
0	41	41%	23	92%	18	72%	0	0%	0	0%
1	30	30%	2	8%	6	24%	11	44%	11	44%
2	18	18%	0	0%	1	4%	9	36%	8	32%
3	5	5%	0	0%	0	0%	2	8%	3	12%
4	6	6%	0	0%	0	0%	3	12%	3	12%

FA = FRECUENCIA ABSOLUTA

FR = FRECUENCIA RELATIVA

Posteriormente se utilizó la prueba T para aceptar o rechazar las hipótesis alternas haciendo una comparación de dos categorías, por grupos, es decir, por parejas estériles y parejas fértiles, así como por sexo; analizando si existían diferencias significativas entre estos grupos con respecto a las medias de las variables dependientes, es decir, las dimensiones del autoconcepto que se encuentran a nivel intervalar. Primeramente, se aplicó una prueba T por Grupo (fértiles y estériles) encontrando que:

En la satisfacción consigo mismo se obtuvo un valor de $F = 1.23$ con una $p = 0.00$ significativa al $.05$ interpretándose la T con varianza separada teniendo un valor de $T = -1.91$ y una $p = .05$ por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 indicando que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre parejas estériles y fértiles en cuanto a la satisfacción consigo mismo, encontrando que el grupo fértil está más satisfecho consigo mismo ($x = 111.60$) que el grupo estéril ($x = 105.32$) (Ver Tabla 10).

Refiriéndose al Self Familiar se encontró una $F = 1.63$ y una $p = 0.00$ significativa al 0.05 por lo que se interpreta la T con varianza separada en la que $T = -2.09$ y $p = 0.03$, aceptándose la H_1 y rechazando la H_0 debido a que si existen diferencias estadísticamente significativas entre las parejas estériles y las fértiles con respecto a su Self Familiar, observando que las parejas fértiles tienen un Self Familiar más alto ($x = 71.16$) que las parejas estériles ($x = 67.38$) (Ver Tabla 10).

TABLA 10. DIFERENCIAS POR GRUPO (FERTILES Y ESTERILES) EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES EVALUADAS A TRAVES DE LA PRUEBA T.

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 1.62	0.109
IDENTIDAD	- 0.92	0.362
SATISFACCION	- 1.91	0.059 *
CONDUCTA	- 1.07	0.287
SELF FISICO	- 1.48	0.143
SELF ETICO-MORAL	- 1.07	0.288
SELF PERSONAL	- 0.69	0.465
SELF FAMILIAR	- 2.09	0.039 *
SELF SOCIAL	- 1.47	0.144

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

En segundo lugar se aplicó una prueba T por sexo.

Con respecto a la satisfacción consigo mismo se observó una $F = 1.54$ y una $p = 0.00$ que es significativa al 0.05 para interpretarse la T con varianza separada en la que $T = - 2.14$ y $p = 0.03$ lo que indica que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 es decir si existen diferencias estadísticamente significativas entre los hombres y las mujeres con respecto a su satisfacción consigo mismo, encontrando que el grupo de los hombres está más satisfecho ($x = 117.14$) que el grupo de las mujeres ($x = 112.22$) (Ver Tabla 11).

En lo referente al self físico se obtuvo una $F = 1.65$ y una $p = 9.00$ siendo significativa al 0.05 , se interpretó la T con varianza separada en donde $T = -2.05$ y $p = 0.04$ por lo que se acepta la $H1$ y se rechaza la $H0$ indicando con ello que si hay diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en lo que se refiere a su self físico, observándose que los hombres tienen un nivel más alto de autoconcepto para su self físico ($x = 70.62$) que las mujeres ($x = 66.96$) (Ver Tabla 11).

En lo que se refiere al self personal se observó una $F = 2.36$ y una $p = 0.001$ que al ser significativo al $.05$ se interpretó la T con varianza separada encontrando una $T = -2.57$ y una $p = .01$ aceptándose la $H1$ y rechazándose la $H0$ lo que indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres con respecto a su self personal, observando un mayor nivel a su autoconcepto en cuanto a su self personal ($x = 72.08$) que las mujeres ($x = 67.56$) (Ver Tabla 11),.

En cuanto al self social se tuvo una $F = 1.39$ y una $p = 0.00$ que siendo significativa al $.05$ se interpretó la T con varianza separada en donde $T = -2.16$ y $p = 0.03$ lo que indica que se acepta la $H1$ y se rechaza la $H0$ porque sí existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en lo que se refiere a su self social, en donde los hombres tienen un nivel más alto ($x = 68.44$) que las mujeres ($x = 64.58$) (Ver Tabla 11).

TABLA 11. DIFERENCIAS POR SEXO (HOMBRES Y MUJERES) EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES EVALUADAS A TRAVÉS DE LA PRUEBA T.

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 1.90	0.061
IDENTIDAD	- 1.10	0.275
SATISFACCION	- 2.14	0.035 *
CONDUCTA	- 1.64	0.104
SELF FISICO	- 2.05	0.043 *
SELF ETICO-MORAL	- 0.05	0.962
SELF PERSONAL	- 2.57	0.012 *
SELF FAMILIAR	- 1.03	0.303
SELF SOCIAL	- 2.16	0.033 *

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

Se aplicó una prueba T combinando grupo y sexo de las que serán descritas sólo aquellas que tuvieron diferencias significativas.

En la comparación de mujeres estériles y mujeres fértiles se obtuvo lo siguiente: con respecto a su self familiar se observó un valor de $F = 1.98$ con una $p = .00$ que al ser menor al $.05$ se interpretó la T con varianza separada en la que se tuvo una $T = -2.28$ y una $p = .028$ por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 indicando que sí existen diferencias entre mujeres estériles y mujeres fértiles en cuanto a su self familiar, encontrando que las mujeres fértiles tienen un mayor nivel de autoconcepto con respecto a su self familiar ($x = 71.16$) que las mujeres estériles ($x = 65.48$) (Ver Tabla 12).

TABLA 12. DIFERENCIAS ENTRE MUJERES (ESTERILES Y FERTILES) EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO EVALUADAS A TRAVES DE LA PRUEBA T.

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 1.81	0.078
IDENTIDAD	- 1.36	0.181
SATISFACCION	- 1.69	0.097
CONDUCTA	- 1.40	0.171
SELF FISICO	- 1.71	0.094
SELF ETICO-MORAL	- 1.85	0.071
SELF PERSONAL	- 1.06	0.295
SELF FAMILIAR	- 2.28	0.028 *
SELF SOCIAL	- 1.08	0.289

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

Cuando se compararon las mujeres estériles y los hombres estériles se encontró que:

Con respecto al total de autoconcepto se tuvo una $F = 2.52$ y una $p = 0.00$ que al ser menor al $.05$ se interpreta la T con varianza separada en la que $T = -1.98$ y $p = .05$ por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 ya que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los miembros de las parejas estériles en cuanto al total de autoconcepto, observándose

que los hombres estériles tienen un mayor nivel de autoconcepto ($x = 349.40$) que las mujeres estériles ($x = 326.80$) (Ver Tabla 13).

En cuanto a su satisfacción, se obtuvo una $F = 1.72$ y una $p = 0.00$ siendo significativa al .05 por lo que se interpretó la T con varianza separada en la que $T = -1.94$ y una $p = .05$ indicando que se acepta la H_1 se rechaza la H_0 debido a que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres estériles y hombres estériles con respecto a la satisfacción consigo mismo, teniendo que los hombres estériles obtuvieron un mayor nivel de satisfacción consigo mismo ($x = 109.92$) que las mujeres estériles ($x = 100.72$) (Ver Tabla 13).

En lo que se refiere al self físico, se tuvo una $F = 1.89$ y una $p = 0.00$ por lo que al ser significativa al .05 se interpretó la T con varianza separada en donde se obtuvo una $F = -2.18$ y una $p = .03$ por lo que se acepta la H_1 y se rechaza a la H_0 , es decir, sí hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres y hombres estériles en cuanto a su self físico, encontrándose que de éstos, los hombres tienen un mayor nivel de autoconcepto en cuanto a su self físico ($x = 70.32$) que sus parejas ($x = 64.60$) (Ver Tabla 13).

Con referencia al self personal, se observó una $F = 5.96$ y una $p = 0.00$ que al ser significativo al .05 se decidió interpretar la T con varianza separada en donde se obtuvo una $T = -2.38$ y una $p = 0.02$ aceptándose así la H_1 y rechazándose la H_0 , lo cual indica que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres y hombres del grupo estéril, encontrando que los hombres presentan un mayor nivel de autoconcepto con respecto a su self personal ($x = 72.40$) que las mujeres ($x = 66.00$) (Ver Tabla 13).

TABLA 13. DIFERENCIAS EXISTENTES ENTRE LOS MIEMBROS DE LA PAREJA ESTÉRIL (HOMBRES Y MUJERES) EN CADA DIMENSION DEL AUTOCONCEPTO EVALUADAS A TRAVÉS DE LA PRUEBA T.

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 1.98	0.055 *
IDENTIDAD	- 1.46	0.151
SATISFACCION	- 1.94	0.059 *
CONDUCTA	- 1.76	0.067
SELF FISICO	- 2.18	0.034 *
SELF ETICO-MORAL	- 0.86	0.393
SELF PERSONAL	- 2.38	0.023 *
SELF FAMILIAR	- 1.35	0.184
SELF SOCIAL	- 1.40	0.169

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

En la comparación de mujeres fértiles y hombres fértiles no hay diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del autoconcepto (Ver Tabla 14).

TABLA 14. DIFERENCIAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS PAREJAS FERTILES (HOMBRES Y MUJERES) EN CADA DIMENSION DEL AUTOCONCEPTO EVALUADAS A TRAVES DE LA PRUEBA T

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 0.59	0.557
IDENTIDAD	0.04	0.967
SATISFACCION	- 1.00	0.280
CONDUCTA	- 0.41	0.685
SELF FISICO	- 0.47	0.505
SELF ETICO-MORAL	1.13	0.254
SELF PERSONAL	- 1.16	0.251
SELF FAMILIAR	0.00	1.000
SELF SOCIAL	- 1.81	0.077

Asimismo, los hombres estériles y los hombres fértiles no tuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones del autoconcepto (Ver Tabla 15).

TABLA 15. DIFERENCIAS ENTRE LOS HOMBRES ESTERILES Y LOS HOMBRES FERTILES CON RESPECTO A LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO EVALUADAS A TRAVÉS DE LA PRUEBA T.

DIMENSION	T	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	- 0.37	0.713
IDENTIDAD	0.18	0.859
SATISFACCION	- 0.99	0.325
CONDUCTA	0.06	0.956
SELF FISICO	- 0.27	0.788
SELF ETICO-MORAL	0.21	0.834
SELF PERSONAL	0.33	0.742
SELF FAMILIAR	- 0.72	0.475
SELF SOCIAL	- 1.04	0.303

Finalmente para conocer si hay diferencias entre las variables independientes con respecto a las variables dependientes, se utilizó el análisis de varianza, debido a que las primeras tienen más de dos categorías y las segundas se encuentran a un nivel de medición intervalar. A través de esto se aceptan o rechazan las hipótesis alternas dependiendo de si son significativas estas diferencias. Dentro de este análisis se utilizó tanto el análisis de varianza simple como el factorial, éste último con el objetivo de conocer la interacción entre variables.

Se aplicó un ANOVA para la edad tanto de hombres como de mujeres a través del cual se encontró que la satisfacción consigo mismo tuvo una $F = 1.72$ con una significancia de .05 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 mostrando que sí existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción consigo mismo y la edad, observándose que en las edades extremas (25-26 y de 42-44 años) la satisfacción consigo mismo es mayor para ambos sexos ($x_s = 106.16, 114.83, 121.50, 128.00$ y 112.44 respectivamente).

Las dimensiones que tuvieron un valor de p mayor a 0.05 no fueron significativas para todos los sujetos con respecto a su edad como son: su autoconcepto, identidad, comportamiento, self físico, self ético-moral, self personal, self familiar y self social (Ver Tabla 16).

TABLA 16. DIFERENCIAS POR EDAD DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVES DEL ANOVA

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	1.24	0.247
IDENTIDAD	1.01	0.454
SATISFACCION	1.72	0.050 *
CONDUCTA	0.94	0.532
SELF FISICO	1.19	0.287
SELF ETICO-MORAL	1.04	0.427
SELF PERSONAL	1.10	0.361
SELF FAMILIAR	1.35	0.175
SELF SOCIAL	0.86	0.621

En lo que se refiere al estado civil todas las dimensiones del autoconcepto tienen un valor de p mayor al 0.05 por lo que no son significativas (Ver Tabla 17).

TABLA 17. DIFERENCIAS EN EL ESTADO CIVIL DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVÉS DEL ANOVA

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	0.00	0.953
IDENTIDAD	0.07	0.788
SATISFACCION	0.15	0.695
CONDUCTA	0.55	0.459
SELF FISICO	0.00	0.984
SELF ETICO-MORAL	0.51	0.477
SELF PERSONAL	0.03	0.854
SELF FAMILIAR	0.00	0.970
SELF SOCIAL	0.07	0.783

En el self físico con respecto a la escolaridad se observó una $F = 2.83$ con una significancia de 0.02 que al ser menor al 0.05 se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 indicando que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el self físico y la escolaridad de los sujetos, encontrando que a mayor nivel de estudios (profesional) existe un mayor nivel de autoconcepto en cuanto a su self físico ($x = 71.56$).

Con respecto al self personal en relación a la escolaridad se obtuvo una $F = 2.89$ con su significancia de 0.02 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 señalando que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el self personal y la escolaridad de la muestra, teniendo que a mayor escolaridad (profesional) hay un mayor valor de sentido personal ($x = 74.22$).

En cuanto a la escolaridad se observó que las dimensiones autoconcepto, identidad, satisfacción, comportamiento, self ético-moral, self familiar y self social tuvieron un valor de p mayor a 0.05 por lo que ninguna de éstas fueron significativas (Ver Tabla 18).

TABLA 18. DIFERENCIAS EN LA ESCOLARIDAD DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVES DEL ANOVA.

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	1.95	0.108
IDENTIDAD	1.21	0.311
SATISFACCION	2.05	0.093
CONDUCTA	1.38	0.246
SELF FISICO	2.83	0.029 *
SELF ETICO-MORAL	0.33	0.852
SELF PERSONAL	2.89	0.026 *
SELF FAMILIAR	1.72	0.151
SELF SOCIAL	1.54	0.196

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

En lo referente al total de autoconcepto con respecto a la ocupación se encontró una $F = 5.02$ con una significancia de 0.008 aceptándose la H_1 y rechazando la H_0 por lo que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el total de autoconcepto y la ocupación de los sujetos, mostrando que las personas que tienen negocio propio presentan un nivel mayor de autoconcepto ($x = 358.40$).

Por lo que se refiere a su identidad con respecto a su ocupación se tuvo una $F = 2.97$ con su significancia de 0.05 por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 debido a que sí existen diferencias significativas entre su identidad y la ocupación a la que se dedican, indicando que los sujetos que poseen negocio propio tienen una mayor identidad de sí mismos ($x = 123.60$).

Con referencia a la satisfacción consigo mismo en relación a su ocupación se obtuvo una $F = 4.39$ y una significancia de 0.01 siendo menor que el 0.05 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , es decir, sí hay diferencias significativas entre la satisfacción consigo mismo y la ocupación de las personas señalando que la gente que tiene negocio propio posee una mayor satisfacción consigo mismo ($x = 113.20$).

En el comportamiento de sí mismo en relación a su ocupación se observó una $F = 4.21$ con su significancia de 0.01 aceptándose la H_1 y rechazando la H_0 por lo que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre su comportamiento y su ocupación, encontrándose que las personas que tienen negocio propio actúan más ($x = 121.60$).

Por su parte en el self físico con respecto a la ocupación se encontró una $F = 3.45$ y una significancia de 0.03 por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 mostrando que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el self físico y la ocupación señalando que la gente que posee negocio propio tiene un nivel de autoconcepto mayor en cuanto a su self físico ($x = 71.30$).

En el self personal en relación a la ocupación se tuvo una $F = 6.96$ con una significancia de 0.01 por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 teniendo que sí existen diferencias significativas entre el self personal y la ocupación mostrando que las personas que tienen negocio propio poseen un nivel de autoconcepto mayor con respecto a su self personal ($x = 74.70$).

Por lo que respecta al self social en relación a la ocupación se observó una $F = 6.13$ con su significancia de 0.03 por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 debido a que sí existen diferencias significativas entre el self social y la ocupación indicando que las personas que trabajan por su cuenta poseen un autoconcepto mayor en cuanto a su self social ($x = 69.30$).

En la variable ocupación las dimensiones self ético moral y self familiar obtuvieron un valor de p mayor al 0.05 por lo que no fueron significativas (Ver Tabla 19).

TABLA 19. DIFERENCIAS EN LA OCUPACION DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVES DEL ANOVA.

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	0.02	0.008 *
IDENTIDAD	2.97	0.056 *
SATISFACCION	4.30	0.015 *
CONDUCTA	4.21	0.018 *
SELF FISICO	3.45	0.036 *
SELF ETICO-MORAL	1.71	0.186
SELF PERSONAL	6.96	0.001 *
SELF FAMILIAR	2.68	0.073
SELF SOCIAL	6.13	0.003 *

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

En el total de autoconcepto en relación a la duración de su matrimonio se observó una $F = 3.45$ significativa al 0.01 aceptándose la H_1 y rechazándose la H_0 por lo que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el total de autoconcepto y la duración del matrimonio de las parejas, teniendo que los matrimonios que se han mantenido unidos por más de ocho años poseen un nivel de autoconcepto mayor ($x = 393.00$).

En su identidad con respecto a los años de matrimonio se observó una $F = 2.61$ significativa al 0.005 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 señalando que sí existen diferencias significativas en la identidad de los sujetos dependiendo de la duración de su matrimonio lo que indica que las personas que han mantenido una relación de pareja por más de ocho años tienen una identidad de sí mismos mayor ($x = 137.50$).

En la satisfacción consigo mismo y la duración de la relación de pareja se tuvo una $F = 2.97$ con su significancia al 0.002 rechazando la H_0 y aceptando la H_1 teniendo que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción consigo mismo y los años de casados, mostrando que las parejas que tienen de casados ocho años o más están mayormente satisfechas consigo mismo ($x = 124.50$).

En el comportamiento de sí mismo con respecto a la duración de su matrimonio se obtuvo una $F = 3.41$ con una significancia de 0.001 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 indicando que sí existen diferencias significativas entre su comportamiento y la duración de su matrimonio teniendo que las parejas que han mantenido su relación por más de ocho años tienen un nivel de autoconcepto mayor con respecto a su comportamiento ($x = 131.00$).

En el self físico en relación a los años de casados se tuvo una $F = 3.09$ con su significancia de 0.001 aceptándose la H_1 y rechazándose la H_0 señalando que sí existen diferencias estadísticamente significativas dependiendo de la duración de su matrimonio con respecto a su self físico teniendo que las parejas que se han mantenido unidas por más de ocho años presentan un nivel de autoconcepto mayor en cuanto a su self físico ($x = 78.50$).

Por su parte el self ético-moral con respecto a la duración de pareja se observó una $F = 2.19$ significativa al 0.001 rechazándose la H_0 y aceptándose la H_1 lo que significa que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la duración del matrimonio y el self ético-moral, observando que las parejas con una relación de más de ocho años tienen un nivel de autoconcepto mayor en cuanto a su self ético-moral ($x = 80.00$).

Por lo que respecta al self personal en relación a la duración del matrimonio se tuvo una $F = 2.02$ con una significancia de 0.03 rechazándose la H_0 y aceptándose la H_1 lo cual quiere decir que sí existen diferencias significativas entre el self personal y la duración del matrimonio, encontrándose que las personas que han mantenido una relación de pareja por más de ocho años tienen un mayor autoconcepto en lo que se refiere a su self personal ($x = 79.00$).

En lo que se refiere al self familiar en relación a la duración del matrimonio se obtuvo una $F = 2.49$ significativa al 0.007 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 lo que indica que sí existen diferencias significativas entre el self familiar y la duración de su matrimonio,

teniendo que las parejas que han mantenido su relación más de ocho años tienen un nivel de autoconcepto mayor con respecto a su self familiar ($x = 80.00$).

En su self social en relación a la duración de su matrimonio se encontró una $F = 2.81$ con una significancia de 0.003 aceptándose a H_1 y rechazándose la H_0 lo que significa que si existen diferencias significativas entre su self social y la duración de su matrimonio, teniendo que las parejas que se han mantenido unidas por más de ocho años poseen un nivel de autoconcepto mayor en cuanto a su self social ($x = 75.50$) (Ver Tabla 20).

TABLA 20. DIFERENCIAS EN LA DURACION DEL MATRIMONIO DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVES DEL ANOVA.

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	3.45	0.001 *
IDENTIDAD	2.61	0.005 *
SATISFACCION	2.97	0.002 *
CONDUCTA	3.41	0.001 *
SELF FISICO	3.09	0.001 *
SELF ETICO-MORAL	2.19	0.018 *
SELF PERSONAL	2.02	0.032 *
SELF FAMILIAR	2.49	0.007 *
SELF SOCIAL	2.81	0.003 *

* SIGNIFICATIVA AL 0.05

En lo que se refiere al número de hijos, todas las dimensiones del autoconcepto tienen un valor de p mayor al 0.05 por lo que no son significativas (Ver Tabla 21).

TABLA 21. DIFERENCIAS PARA EL NUMERO DE HIJOS DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVES DEL ANOVA.

DIMENSION	F	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	0.48	0.748
IDENTIDAD	0.31	0.870
SATISFACCION	0.87	0.484
CONDUCTA	0.34	0.848
SELF FISICO	0.69	0.598
SELF ETICO-MORAL	0.30	0.876
SELF PERSONAL	0.35	0.837
SELF FAMILIAR	0.82	0.513
SELF SOCIAL	0.50	0.733

En lo que se refiere al autoconcepto en relación al sexo se tuvo una $F = 3.68$ con una significancia de 0.05 aceptándose la H_1 y rechazándose la H_0 por lo que existen diferencias estadísticamente significativas entre el total de autoconcepto y el sexo de los sujetos, encontrándose que los hombres presentan un mayor nivel de autoconcepto en comparación con las mujeres ($x = 351.08$) (Ver tabla 22).

En cuanto a la satisfacción consigo mismo, con respecto al grupo (estériles y fértiles) se obtuvo una $F = 3.76$ con una significancia de 0.05, por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción consigo mismo y el grupo al que pertenecen, indicando que los fértiles tienen un mayor nivel de satisfacción consigo mismo que los estériles ($x = 111.60$).

En lo referente a la satisfacción consigo mismo con respecto al sexo se obtuvo una $F = 4.68$ y una significancia de 0.03 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , la cual señala que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre la satisfacción consigo mismo y el sexo de los sujetos, encontrando que los hombres presentan un mayor nivel de satisfacción consigo mismo que las mujeres ($x = 111.96$).

Por lo que se refiere al self físico con respecto al sexo se tuvo una $F = 4.27$ significativas al 0.04 por lo que se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 , lo que quiere decir que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el self físico y el sexo, encontrándose que los hombres tienen un mayor nivel de autoconcepto en cuanto a su self físico, que las mujeres ($x = 76.62$).

En cuanto al self personal con respecto al sexo se obtuvo una $F = 6.60$ significativa al 0.01 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , es decir, si hay diferencias estadísticamente significativas entre el self personal y el sexo, encontrando que los hombres presentan un mayor nivel de autoconcepto con respecto al self personal, que las mujeres ($x = 72.08$).

En lo referente al self familiar con respecto al grupo se tuvo una $F = 4.39$ significativa 0.03 rechazándose la H_0 y aceptándose la H_1 , lo cual indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre el self familiar y el grupo, observando que los fértiles tienen un mayor nivel de self familiar que los estériles ($x = 71.16$).

Con referencia al self social con respecto al sexo se encontró una $F = 4.69$ y una significancia de 0.03, lo que indica que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , es decir, sí existen diferencias estadísticamente significativas entre el self social y el sexo, observando que los hombres tienen un mayor nivel de self social que las mujeres ($x = 68.44$). (Ver Tabla 22).

TABLA 22. DIFERENCIAS POR SEXO Y GRUPO DEL TOTAL DE LA MUESTRA A TRAVÉS DEL ANOVA.

DIMENSION	FS	P	FG	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	3.68	0.058*	2.70	0.103
IDENTIDAD	1.20	0.275	0.84	0.370
SATISFACCION	4.68	0.033*	3.76	0.055*
CONDUCTA	2.70	0.103	1.17	0.281
SELF FISICO	4.27	0.041*	2.25	0.236
SELF ETICO-MORAL	0.00	0.961	1.13	0.280
SELF PERSONAL	6.60	0.012*	0.49	0.483
SELF FAMILIAR	1.10	0.295	4.39	0.039*
SELF SOCIAL	4.69	0.033*	2.23	0.139

* SIGNIFICATIVA AL 0.05
 FS (VALOR DE F POR SEXO)
 FG (VALOR DE F POR GRUPO)

Las dimensiones que tuvieron un valor de p mayor al 0.05 no fueron significativas para toda la muestra con respecto al sexo o al grupo que pertenecieran, fueron las siguientes:

Con respecto al sexo: identidad, comportamiento, self ético-moral y self familiar.

Con lo que se refiere al grupo: total de autoconcepto, identidad, comportamiento, self físico, self ético-moral, self personal y self social.

En el análisis factorial se analizaron por grupo y por sexo las variables dependientes y la única significancia obtenida fue la interacción entre grupo y sexo con respecto al self ético-moral, encontrándose una $F = 5.31$ significativa al 0.02 por lo que se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 , lo que indica que si hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo y sexo con respecto al self ético-moral señalando que las mujeres fértiles tienen un mayor nivel de autoconcepto en lo que se refiere a su self ético-moral ($x = 71.64$) (Ver Tabla 23).

TABLA 23. EFECTOS PRINCIPALES DE LA INTERACCION GRUPO Y SEXO DE LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO A TRAVES DEL ANALISIS FACTORIAL

DIMENSION	FSG	P
TOTAL AUTOCONCEPTO	2.28	0.135
IDENTIDAD	1.09	0.299
SATISFACCION	1.44	0.233
CONDUCTA	2.57	0.113
SELF FISICO	1.22	0.272
SELF ETICO-MORAL	5.31	0.024 *
SELF PERSONAL	1.92	0.169
SELF FAMILIAR	1.00	0.319
SELF SOCIAL	0.19	0.659

* SIGNIFICATIVA AL 0.05
FSG (VALOR DE F POR SEXO Y GRUPO)

En la interacción sexo y grupo con respecto a las dimensiones del autoconcepto se observó que el total de autoconcepto, identidad, satisfacción consigo mismo, comportamiento, self físico, self personal, self familiar y self social obtuvieron un valor de p mayor al 0.05 por lo que no fueron significativas.

CAPITULO V

DISCUSION

En el presente capítulo se hablará sobre los datos encontrados en este estudio comparandolos con los resultados obtenidos en otras investigaciones.

Sociodemográficamente se puede apreciar que la muestra utilizada es afectada positivamente en su autoconcepto cuando los sujetos presentan edades extremas (25-26 y 42-44 años), cuando tienen un nivel de escolaridad profesional, cuando su ocupación es dentro de un negocio propio y cuando su matrimonio se ha mantenido por más de ocho años.

Con respecto a la edad se pudo ver que la mujer, independientemente del grupo al que pertenezca (estéril o fértil), mientras más joven (25-26 años) se encuentra más satisfecha consigo misma debido a que, quienes ya procrearon sienten haber cumplido con uno de los objetivos del matrimonio, la maternidad; mientras que las que no han concebido aún no sienten la presión del tiempo para lograrlo, por lo que los logros obtenidos en otras áreas aún pueden darles satisfacción. Por su parte, los hombres se encuentran más satisfechos consigo mismo cuando son de mayor edad (42-44 años) ya que se ven recompensados por los logros obtenidos en las diferentes áreas de su vida, como son la académica, laboral y profesional.

En lo que se refiere a la escolaridad se pudo observar que a un mayor nivel de estudios los sujetos presentan un mayor nivel de self físico y de self personal. Esto sugiere que el tener una profesión da una mejor imagen física de sí mismo debido a que la carrera se siente como una extensión de sí mismo o como parte de su propio cuerpo, es por ello que los logros obtenidos académica y profesionalmente dan un mayor estatus y un sentido de valor personal.

En cuanto a la ocupación se pudo apreciar que cuando los sujetos tenían negocio propio su autoconcepto era afectado en forma positiva principalmente en la dimensión interna (identidad, satisfacción consigo mismo y conducta), en el self físico, el self personal y self social. Parece ser que el tener su propio negocio implica ser independientemente en cuanto a que ellos mismos deciden y organizan el manejo de éste; esto permite que los otros y él mismo se etiquete como: "jefe", "dueño", etc. , lo que a su vez le ayuda a adquirir una identidad: "yo soy el jefe". "yo soy el dueño". Con esta identidad él debe tomar decisiones y actuarlas para lograr las metas que se ha propuesto en su negocio y al obtener buenos resultados se siente satisfecho consigo mismo, valorando su propia persona, debido al estatus que le da poseer un negocio con el que obtiene una posición económica y social más sólida y de mayor seguridad permitiéndole desarrollar sus propias habilidades.

En lo que se refiere a la duración del matrimonio se puede concluir que las parejas que se han mantenido unidas por más de ocho años, son parejas con un autoconcepto más positivo, es decir, tanto en la dimensión interna como en la dimensión externa su autoconcepto se encuentra elevado en comparación con las parejas que tienen menos tiempo unidos, debido a que han podido superar las crisis del matrimonio haciendo que su relación sea más armónica, sintiéndose identificados como pareja, al haber podido establecer un patrón de comportamiento de acuerdo a su rol sexual, lo que les hace sentirse satisfechos consigo mismos. El haber mantenido la relación de pareja durante más de ocho años les hace sentir que han cumplido con las normas que la sociedad les ha impuesto en cuanto a que ésta relación debe ser permanente repercutiendo esto en sus relaciones familiares y sociales.

Por otra parte, independientemente del grupo al que pertenecieran los hombres (estériles o fértiles) mostraron un mayor nivel de autoconcepto en relación a su satisfacción consigo mismo, al self físico, al self personal y al self social, que la mujer. Esto se debe a la forma en que han sido educados los hombres y las mujeres en éste país, donde culturalmente a la mujer se le ha devaluado haciéndole sentir la gran diferencia que debe existir entre ella y el hombre en cuanto a derechos y obligaciones dentro de una familia o de una pareja. El, es educado para ser un buen proveedor y poseedor, con derechos sobre los demás y ella, por su parte, para obedecer al varón y depender de él. El hombre puede sentirse satisfecho con lo que hace, pues, es menos vulnerable, que la mujer, a las críticas de los otros ya que socialmente se acepta que puede cometer "errores", él es el que decide lo que se debe hacer, el que tiene la autoridad, es el protector debido a su fortaleza física, es el que obtiene más logros en el terreno laboral, profesional, social y familiar.

Fitts (1965) menciona que el autoconcepto puede ser alterado en forma negativa por el tipo de experiencias interpersonales, por la incompetencia de alguna área de valor para el individuo y por la no realización de las potencialidades. Esto se traduce en el caso de las parejas estériles en: presiones sociales para concebir, incompetencia para tener un hijo y no autorrealizarse como padres.

Las presiones surgen con el matrimonio ya que éste no solo "oficializa" la sexualidad sino que autoriza a la sociedad inmiscuirse en su vida conyugal (Videla, 1986), de tal manera, que cuando la pareja decide tener un hijo y no lo logra, la familia es la primera en saberlo y en presionar, para que la mujer se embaraze, a través de comentarios y actitudes que pueden ir desde consejos hasta agresiones verbales (Mahlstedt, 1985). Entonces, la pareja decide acudir al Ginecólogo para solucionar su situación de esterilidad. Sin embargo, a través de los estudios, diagnóstico y tratamiento médico, su estado emocional se agudiza, generando angustia e incomodidad desde el momento en que el médico comienza a indagar la calidad técnica y afectiva de sus relaciones sexuales, cambiando sus hábitos sexuales por la programación de los días de abstinencia y de los días más apropiados para el coito, la toma y registro de la temperatura basal, las experiencias ginecológicas continuas, la toma de muestras biológicas, la determinación de las características del moco cervical y del semen, etc. Las parejas llegan a sentirse siempre vigilados y valorados, creyéndoles una gran tensión, la que aumenta cuando el diagnóstico definitivo es "esterilidad" y sobre todo para aquella persona que presenta el problema orgánico que impide la concepción; en este estudio las mujeres fueron las que tuvieron este diagnóstico.

Cuando la pareja estéril se encuentra en un periodo de angustia y tensión, se puede decir que, está enfrentando unas crisis de esterilidad como la que describen en sus investigaciones Menning (1980); Bresnick (1981); Seibel y Taymor (1982); Shapiro (1982); Zárate y Moscona (1985) y Mahlstedt (1985). Todos mencionan que la pareja pasa por diferentes sentimientos y emociones que van desde sorpresa y negación, agresión, aislamiento, culpa y resolución.

Mientras tanto, su autoconcepto se ve alterado en forma negativa, sintiendo que nunca podrá tener una familia biológica (Videla, op. cit.), nunca tendrá un hijo, al que tan diversos significados se le ha dado socialmente según los hallazgos de Veevers (1973); Pick (1976); Rabin Green; Miller; Hoffman y Hoffman; Pohlman; Rainwater; Fawcett (citados en Pick, 1976) y Videla (op. cit.).

Es sabido que "maternidad" y "madre" son conceptos sociales (Mead, cit. en Deutsch, 1971) cargados de valor en la cultura mexicana, la mujer recibe con la maternidad la más importante valoración en su esencia como mujer, ya que como menciona Ramírez (1982) y Cameron (1982) desde niña se le asignan funciones en el cuidado de los hermanos menores, en sus juegos se entrena a hacer "la comidita" a "jugar con sus muñecas", es decir aprende a aceptar su rol maternal. Desde aquí existe una gran diferencia con el hombre, pues él carece de este mundo psicológico de la maternidad. Ninguno de los juegos infantiles del varón van dirigidos hacia la adquisición de su rol paternal, tal vez por ello no asocie forzosamente la relación sexual con la función reproductiva; y por otro lado, en el hombre la función reproductiva se añade a la satisfacción sexual y en la mujer es un premio-placer que se añade a su función reproductora (Deutsch, op. cit.).

En la vida psíquica de la mujer, la idea de tener un hijo desempeña un importante papel en todas las fases de su desarrollo y madurez, pero más aún en el momento en que ella sabe que puede dejar de ser sólo una idea para convertirse en realidad. De aquí, que al no haber posibilidades de tenerlo, ella no puede recibir una valoración acorde a su condición de mujer y como consecuencia se puede producir una deformación en su concepción como mujer afectando la imagen que tiene de su self físico.

Esta imagen corporal es distorsionada aún más cuando se enteran que son ellas las que presentan algún problema orgánico para concebir llegando a sentirse físicamente malformados o mutilados e inservibles. Esto repercute en su identidad sexual (Veevers, op. cit.; Matthews, 1986; Kraft, 1980; Mahlstedt, op.cit.) pues se relaciona directamente con la reproducción, esta a su vez con su condición sexual, atribuyéndole a ésta su fracaso para concebir, por un lado, esto se debe a que se sienten continuamente vigilados por el médico quien califica la técnica y afectividad que hay durante las relaciones sexuales, provocando que ella se sienta menos sexual, que evite la actividad sexual o que fracase en su respuesta sexual; por otro lado, porque popularmente se dice que la esterilidad de la mujer está asociada a la frigidez, al respecto Santiago Ramírez (1962) dice que el común de la gente cree que una realización orgásmica intensa necesariamente debe acompañarse de fecundación y cita después a Margaret Mead quien descubrió que esto está lejos de la realidad ya que puede darse o no en diferentes culturas.

Otro de los factores que se ven implicados para que la mujer estéril tenga un bajo nivel de autoconcepto con respecto a su self físico, es el estar sometida durante un largo período de tiempo a estudios y tratamientos médicos que pueden ir desde el simple registro de la temperatura basal, la utilización de medicamentos (algunos en experimentación) hasta someterse a cirugía correctiva.

Las mujeres estériles pueden tener pérdidas reales de salud debido a los efectos del proceso de diagnóstico y tratamientos, así por ejemplo, el stress a que se someten puede causar dolores de cabeza, algunos medicamentos provocan calambres, náuseas y otros efectos.

Por su parte, los hombres estériles de esta muestra no presentan una imagen corporal deteriorada, debido a que el concepto que culturalmente tienen los hombres con respecto a su propio cuerpo es de más fortaleza física y de más salud, que el de la mujer. Kolb menciona al respecto que cuando se ha adquirido una imagen corporal positiva, se tiene mayor capacidad de adaptarse con éxito al stress de enfermedades, traumatismos y cambios físicos; en este caso es por eso que los hombres pueden superar mejor que las mujeres la situación de esterilidad sin que su self físico se distorsione. Esto también se debe a que ninguno presentó problemas físicos para concebir y por tanto ninguno estuvo sujeto a tratamientos que pudieran alterar su self físico.

Por otro lado, mientras las mujeres fértiles se sienten bien ética y moralmente en relación a su fecundidad, las mujeres estériles tienen sentimientos de culpa, como parte de un proceso de crisis tal y como lo describen Menning, Bresnick, Seibel y Taymor, Shapiro, Zárate y Moscona y Mahlstedt (op. cit.) en el que sienten no haber cumplido con las normas religiosas y las que ha implantado la sociedad (Ramírez, op. cit.) con respecto a los objetivos que debe tener una pareja que mantiene una relación sexual permanente y estable, por ello sienten que son "malas personas" y que Dios o la vida las castiga no teniendo hijos. Todo esto tiene que ver con lo que se les ha enseñado con respecto a su religión ya que es una influencia muy importante para el valor que le asigne al hijo o a la concepción en sí. En el análisis que hace Veevers con respecto a los valores sociales que van implícitos a la condición paternidad-maternidad encontró que uno de ellos significa que socialmente "ser padres es una obligación moral", la cual es necesaria para el cumplimiento de los fines religiosos y propósitos del matrimonio. Así, el no tener un hijo es señal de disgusto divino por alguna conducta pecadora (Matthews & Matthews, op.cit.). Entonces, revisan su propia historia o la de su pareja o la de ambos para buscar el acto culpable por el cual están siendo castigados. Al respecto, Videla, Menning, Bresnick, Seibel y Taymor, Shapiro, Zárate y Moscona, Y Mahlstedt, (op. cit), encontraron que las conductas más comunes por las que se sienten culpables son las relaciones premaritales, las relaciones extramaritales, el uso de métodos anticonceptivos, abortos provocados, la masturbación o el placer sexual. Estos generan sentimientos de culpa ya que la religión católica exige que el acto sexual tenga como único objetivo la reproducción y no el placer o satisfacción sexual. Sin embargo, lo que sucede realmente durante el proceso del acto sexual es como lo que señala Deutsch (op. cit), que en el hombre hay primariamente una imperiosa necesidad fisiológica acompañada de elementos psíquicos; en la mujer hay un proceso psicológico apoyado por factores biológicos por esto sucede que en ellas hay sentimientos de culpa cuando hay goce sexual.

Ahora bien, las mujeres estériles pueden fantasear con la expiación de su culpa a través de los estudios y tratamiento, repercutiendo de diversas maneras en su conducta; una de estas es aceptar a someterse a estudios y tratamiento aún cuando estos sean de experimentación o muy dolorosos, como la histerosalpingografía y la biopsia de endometrio, como búsqueda del castigo de sus culpas, convirtiéndose en una especie de "martir de la maternidad" como lo llama Videla (op. cit.); otra forma de buscar el perdón es a través de actos religiosos (Menning, op. cit.). El aceptar ejecutar todo esto, se debe a que, como lo afirma Deutsch el sentimiento de culpa es tan inflexible que solamente se apacigua con la disposición absoluta para el sacrificio.

Los hombres estériles por su parte también presentan sentimientos de culpa provocados por estas conductas de su esposa, ya que no se puede hacer nada para ayudarla a concebir, o por sentirse mejor emocionalmente. Sin embargo, los problemas que presenta en su self ético-moral son menos graves que los que presenta su pareja.

Ahora bien, la culpa puede ser globalizada hasta el punto en que una persona se sienta desmerecida o devaluada e incapaz en todos los sectores de su vida: el trabajo, los amigos y la relación marital pueden sufrir las consecuencias cuando una persona se siente devaluada. Esto se puede apreciar más claramente en las mujeres estériles, ya que la procreación es percibida como esencial para el desarrollo y expresión de la maternidad, es decir, realizar lo que potencialmente posee (biológica y psicológicamente hablando). Por ello, cuando no hay posibilidades de realizar estas potencialidades se siente frustrada, fracasada, sin oportunidad de valorarse como persona, ni como mujer, ni como madre. Surge, entonces, un sentimiento de autodevaluación, de sentirse minimizada por ella y por los demás. Ese sentimiento de inferioridad puede ser afectado también por las áreas académicas y laborales de estas mujeres estériles ya que la mayor parte de ellas cuenta con una escolaridad de secundaria y más de la mitad se dedica a las labores del hogar; esto impide que obtengan logros importantes a través de las labores domésticas, y en el caso de aquellas que trabajan, pierden la oportunidad de promoverse o de mantener su empleo y con ello la seguridad económica, (como lo afirman Kraft, op.cit. y Mahlstedt, op.cit.) lo cual, las obliga a depender del apoyo financiero de su pareja para medicamentos, para el pago de consultas y en caso necesario para cirugías. Esta inseguridad económica repercute también en sus relaciones sociales y compromisos culturales, sintiéndose cada vez más inseguras en estos grupos.

Mientras tanto, los hombres estériles no se ven tan afectados como sus parejas, en cuanto a su valor personal, por la oportunidad que tienen de sobresalir en otras áreas, pues cuentan en su mayoría con una escolaridad profesional, teniendo también, la mayor parte de ellos, un empleo que les hace sentirse bien consigo mismo. Es importante mencionar que fue muy significativa la incidencia de un alto valor personal con el que tuvieron un negocio propio, lo cual repercute en la proyección que tenga en el área profesional o comercial (según sea el caso) para alcanzar metas y la obtención de logros o éxitos como persona. Todo ello ayuda enormemente al hombre estéril a no sentirse totalmente devaluado, fracasado o frustrado por no tener hijos ya que, como se mencionó antes, la paternidad no es tan esencial para el hombre como lo es la maternidad para la mujer.

Debido a que la mujer se encuentra insegura con respecto a su valor personal, mientras que el hombre no es afectado en forma importante en esta área, puede ocasionarse un desequilibrio en sus relaciones conyugales, de tal forma que su matrimonio se encuentre en peligro.

La mujer estéril empieza a preocuparse en forma exagerada de que su esposo la abandone, pues es socialmente sabido que los hijos mantienen la unión conyugal (Veevers, op. cit.) y que al no haberlos es de esperarse que las mujeres sean abandonadas, ya que el hombre debe decidir si renuncia a la paternidad o si renuncia a su esposa. Esto hace sentir a la mujer en desventaja ante su pareja por lo que se vuelve agresiva, atacándolo constantemente, provocando que el marido se muestre defensivo o se aleje definitivamente de ella.

Todo esto muestra lo difícil que es para la mujer estéril superar su situación de impotencia para la solución de su esterilidad provocando una gran tensión y angustia la que no sólo descarga con su esposo, sino que su agresión va también dirigida al médico, la familia, los amigos y a Dios.

La relación de las mujeres estériles con su familia es perturbada por las actitudes de éstos hacia ella y viceversa, con respecto a su estado de esterilidad ya que los parientes cercanos presionan demasiado para que pueda concebir. Esto la aleja de su grupo familiar sintiéndose sola, sin apoyo para enfrentarse a su crisis emocional, ya que como lo afirma Azcoaga (1986) la familia es la principal fuente de satisfacción emocional lo cual es importante para su adaptación como una persona estéril (Campbell, cit. en Link, 1986). La pareja estéril se encuentra de pronto sin familia primaria y sin la posibilidad de tener una familia biológica con su cónyuge, entonces su relación de pareja se ve alterada pues socialmente se espera que el matrimonio sea la forma de legalizar su conducta sexual y por tanto, se origine una familia nuclear compuesta por padre, madre e hijos. Ahora bien, en México la familia tiene un alto valor emocional siendo importante para que se de un sentimiento de pertenencia y de referencia esto hace que la familia sea la base del reconocimiento del individuo (Conapo,) por ello la pareja estéril no sólo se ve aislada de su familia primaria, sino que surgen sentimientos de inadecuación pues no tiene una familia con la que socialmente sea reconocida por los otros, repercutiendo en forma importante en sus relaciones sociales. De aquí que surja la necesidad de pertenecer a un nuevo grupo, el grupo de los estériles, en el que se sienten identificados por ser anormales o desviados de la norma, conformando así un grupo minoritario y vulnerable a las críticas por lo que se aleja cada vez más de su familia y amigos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

La presente investigación confirma los hallazgos que diferentes autores (Seybel y Taymor, Shapiro, Mahlstedt, Bresnisk, Menning, Zárate y Moscona, op.cit.) han obtenido sólo a través de las observaciones hechas en su práctica médica con referencia a los aspectos psicológicos que se ven afectados por la presencia de la esterilidad. Ahora bien, esta investigación abordó el autoconcepto de la pareja estéril, basándose en las áreas de las dimensiones que Fitts propone para el estudio del mismo. Debido a que el estudio realizado fue a través de un muestreo no probabilístico las siguientes conclusiones serán válidas únicamente para la muestra ya descrita.

Se encontró que, las parejas estériles presentaron un autoconcepto más negativo en lo que se refiere a la satisfacción consigo mismo y el self familiar en comparación con el autoconcepto de las parejas fértiles, es importante mencionar que ninguna de las dimensiones del autoconcepto fue afectada por completo, sin embargo, las áreas más afectadas pertenecen a la dimensión externa, es decir, la imagen que los otros tienen de ellos.

La satisfacción de las parejas estériles se ve afectada negativamente ya que se sienten mal o insatisfechos por la no realización de sus potencialidades biológicas o psicológicas para concebir, por no cumplir con las presiones sociales, religiosas y por el significado emocional que le den a la paternidad-maternidad.

El self familiar se ve afectado debido a que las parejas estériles se sienten sin apoyo emocional por parte de su familia primaria y por la imposibilidad de formar una familia nuclear con su pareja actual, encontrándose con la disyuntiva de seguir o no con esta relación, ya que la familia representa el punto de referencia y de pertenencia básicos de los individuos.

Sin embargo, uno de los factores que influyen en forma positiva en el autoconcepto de la pareja estéril es haber permanecido unidos por más de ocho años, debido a que ya han superado diferentes tipos de crisis, ya sean las mismas que presentan las parejas fértiles o las que presentan los estériles, por ejemplo, se espera socialmente que al no concebir haya más probabilidades de divorcio. Superado esto es capaz de mantener su relación de pareja más estable en comparación con aquellas que todavía no han superado estas crisis.

No obstante, el autoconcepto de los hombres estériles no se encontró afectado significativamente en comparación con los hombres fértiles, hablando en términos estadísticos, aún cuando sí se aprecia, en las cifras obtenidas una gran diferencia entre ellos.

Con respecto a la comparación realizada entre el autoconcepto de mujeres estériles y mujeres fértiles, se encontró que las primeras presentaron un autoconcepto negativo con respecto a su self familiar y el self ético-moral.

En cuanto a su self familiar ya se mencionó anteriormente el porque tiene efectos negativos en los estériles. En lo que se refiere a su self ético-moral éste se ve afectado negativamente debido a la influencia que presumiblemente tiene la religión católica así como las normas sociales de este país sobre los individuos para la decisión de concebir, y debido a que biológicamente la mujer es la encargada del desarrollo embrionario de un nuevo ser, es a ella a quien se le asigna la misión de concebir, es decir de darle los hijos al esposo.

Por otra parte, las mujeres estériles presentaron un autoconcepto más negativo con respecto a la satisfacción consigo mismo, el self físico y el self personal en comparación con sus parejas, es decir, con los hombres estériles.

Sin embargo, la esterilidad de los sujetos puede ser un factor que influye en forma importante a su self físico, pues parece ser que la escolaridad la incorporan a la imagen que tienen de si mismos con respecto a su físico, así como también, su self personal se ve afectado por esta, es por ello que los hombres poseen un autoconcepto más positivo que las mujeres, ya que en su mayoría (en esta muestra) presentan una escolaridad profesional, la que a su vez les da un estatus ante los demás repercutiendo en la valoración personal que tienen de si mismos.

En la presente investigación, se observó que el tipo de ocupación afectó en forma importante el autoconcepto de la siguiente manera: cuando los hombres estériles posean negocio propio la dimensión interna era afectada en forma positiva al igual que su self físico, su self personal y self social, es decir el poseer un negocio le ayuda a superar su crisis de esterilidad ya que el realizar otras actividades en las que obtiene logros, reconocimientos, satisfacciones personales, pueden lograr disminuir el deseo intenso de tener hijos.

Otra variable que afectó positivamente el autoconcepto de los miembros de la pareja estéril fue la edad.

Las mujeres que tuvieron 25-26 años presentaron un autoconcepto más positivo con respecto a la satisfacción consigo mismo ya que no sienten aún la presión del tiempo para concebir; mientras que en el hombre se observó que a mayor edad 42-44 años se sienten más satisfechos consigo mismo que los que presentan menor edad debido a que ya han obtenido otros logros en otras áreas de su vida.

Se puede esperar que en la pareja estéril se presente rechazo a la inseminación artificial y al método del gift cuando su self ético-moral sea positivo, es decir que sienta que esta cumpliendo con las normas religiosas y sociales, las que serán muy difíciles quebrantarlas. Mientras que un self familiar negativo puede indicar la aceptación de la inseminación artificial, al método gift o a la adopción, ya que se siente en mala relación con su familia primaria y con la necesidad de aceptar otras alternativas que le permitan integrar una familia nuclear. Por su parte, un self físico positivo, es decir el tener una imagen física

saludable, permitirá aceptar la inseminación artificial y el método de gift con el objeto de probar que físicamente son capaces de procrear.

CAPITULO VII

LIMITACIONES, SUGERENCIAS Y APORTACIONES

Limitaciones:

- El tipo de captura.- Se esperaba obtener la muestra en tres meses y se amplió a nueve meses debido a:
 - El tipo de captura de pacientes propuesto por el INPer para poder realizar la investigación, ya que los pacientes deberían ser capturados únicamente en la consulta del Jefe del Departamento de Ginecología o de Planificación Familiar según fuera el caso; los pacientes deberían acceder participar voluntariamente en la investigación.
- El temor de las parejas a ser evaluadas y etiquetadas psicológicamente.
- El horario de aplicación para las personas que eran empleadas, principalmente los hombres, quienes deberían indicar el horario propicio.
- El lugar de residencia de los sujetos, ya que algunos de ellos vivían en el interior de la República.
- Falta de interés para participar en la investigación por parte de las parejas fértiles, debido a que no se sentían con algún problema orgánico o psicológico para acceder a una evaluación de este tipo.
- Existe poca bibliografía con respecto a investigaciones de Fitts sobre el autoconcepto.
- No se encontró información actualizada acerca de este término tal como lo define Fitts.
- Escasa investigación acerca de posibles alteraciones psicológicas a las que conlleva la esterilidad, encontrando únicamente relatos acerca de la experiencia privada de los psicólogos que se han dedicado al manejo de pacientes estériles.
- Dificultad en la localización de los artículos, revistas, libros, etc.; debido a errores en las referencias de las tesis, catálogos de revistas o de lugares con respecto al número de volumen, página, fecha, etc.
- Dificultad en la definición de términos.

Sugerencias:

- Que en próximas investigaciones se comparen grupos de parejas fértiles con estériles de tal forma que se iguale un grupo con otro en cuanto a sus características sociodemográficas; esto se lograría si el tipo de captura de la muestra ya no sea en forma voluntaria por parte de los sujetos sino obligatoria.
- Que las muestras se capturen de diferentes instituciones para obtener un perfil del autoconcepto de la pareja estéril y utilizarlo como parámetro que ayude a discriminar a los individuos que presentan una crisis de esterilidad dentro de lo "normal" y los individuos que presentan una crisis de esterilidad fuera de lo normal.
- Obtener el índice de salud mental de las parejas estériles a través de las escalas empíricas.
- Realizar una investigación acerca del autoconcepto de la pareja estéril donde el hombre presente daño orgánico; otra donde se comparen parejas estériles voluntariamente e involuntariamente con parejas fértiles que desean hijos y que no desean hijos; otra en la que utilice un diseño de investigación con dos variables independientes: esterilidad-ocupación y esterilidad-escolaridad.
- Sensibilización del médico a través de conferencias, folletos o boletines, etc. para una mejor comprensión del aspecto psicológico que presenta la pareja estéril con el fin de que se mejore el manejo que se les da para evitar que su autoconcepto sea más negativo.
- Involucrar al hombre en el problema de esterilidad a través de una terapia de pareja para lograr que los dos superen la crisis de esterilidad aún cuando esto no suceda al mismo tiempo. Esto evitaría que al darse tratamiento sólo a un miembro de la pareja, el otro no comprendiera el cambio que se opera en su pareja y presione de alguna manera para que deserte de la terapia o para que no se logre la resolución adecuada,

Aportaciones:

- Ayudar al terapeuta a conocer la imagen que tiene la pareja acerca de sí mismo y la imagen que siente que los demás tienen acerca de ellos, para planear en forma adecuada la terapia apropiada.
- Ayudar a concientizar al médico para que este problema no sólo sea tratado a nivel orgánico sino que se considere a la pareja como individuos biopsicosociales.
- Comprender el comportamiento que la pareja estéril presenta a lo largo de la crisis de esterilidad a través de su autoconcepto.

- Predecir la conducta de la pareja estéril para la resolución de su esterilidad ya sea la inseminación artificial, el método de gift y la adopción.
- Ayudar al terapeuta a intervenir en el momento propicio para evitar que la crisis de esterilidad afecte irreversiblemente la relación de pareja.
- Concientizar al Ginecólogo de que su labor dentro del INPer debe ser en forma interdisciplinaria para lograr el bienestar global de la pareja estéril.
- Ofrecer otras alternativas a la pareja estéril que no estén directamente relacionadas con la concepción pero que podrán ser sustitutos de la misma, como: realizar actividades que les proporcione satisfacción consigo mismo, remuneración económica; otro sería incrementar su nivel académico, etc. En donde la mujer estéril debe recibir mayor apoyo por parte de su pareja para lograr superar esta etapa.
- Concientizar a la pareja de que no existe un "culpable" sino que el problema de su esterilidad es de ambos, ya que en esta relación en específico no han logrado concebir.
- Proporcionar la información necesaria a la sociedad para que socialmente se logre comprender la situación de esterilidad de una pareja y disminuyan las presiones para concebir y aumente el apoyo emocional hacia la pareja estéril.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, V. (1984). Estudio Comparativo Entre Una Muestra de Reincidentes Y Una De Primo-Delincuentes En El Reclusorio Preventivo Norte. Tesis: Facultad de Psicología UNAM.
2. Allport, G. (1958). The Person In Psychology: Selected Essays. Boston: Beacon Press.
3. Allport, G. (1980). La Personalidad. Su Configuración Y Desarrollo. Barcelona: Ed. Heider.
4. Alvarez, B. (1980). Estudio Del Autoconcepto En El Tecnológico de Chihuahua. Tesis:
5. Azcoaga. (1986). La Familia Y La Sociedad. México: Ed. Joaquín Mortiz.
6. Bar-On, L. (1985). Autoestima, Autoridad Parental y Conflicto Familiar. Tesis: Facultad de Psicología. UNAM.
7. Bell, J. (1981). Psychological Problems Among Patients Attending in Infertility Clinic. Journal Of Psychosomatic Research. Vol. 25. Págs. 1-3
8. Brand, H. (1982). Psychological Stress and Infertility Part 2 : Psychometric Test Data. British Journal Of Medical Psychological. Vol. 55. págs. 385-388.
9. Bresnick, E. y Taymor, M. (1979). The Role Of Counseling In Infertility. Fertility & Sterility. Vol. 32 . No. 2. págs. 154-156.
10. Bresnick, E. (1981). A Holistic Approach To The Treatment Of The Crisis Of Infertility. Journal of Marital And Family Therapy. April. págs. 181-188.
11. Cameron, N. (1982). Desarrollo Y Psicopatología De La Personalidad. México: Ed. Trillas.
12. Combs, A. & Snyggs, D. (1959). Individual Behavior: A Perceptual Approach. (Rev. ed.). New York: Harpers.
13. Deusch, H. (1960). Psicología De La Mujer. Buenos Aires: Ed. Losada.
14. Eisner, B. (1963). Some Psychological Differences Between Fertile And Infertile Women. Journal Of Clinical Psychology. Vol. 19. págs. 391-395.
15. Fenichel, O. (1986). Teoría Psicoanalítica De Las Neurosis. México: Ed. Paidós.
16. Fitts, W. (1965). Tennessee Self Concept Scale Manual. Nashville, Counselor Recording and Test.

17. Fitts, W. & Hammer, W. (1969). The Self-Concept And Delinquency. Monograph I. Los Angeles, Ca: Western Psychological Services.
18. Fitts, W. (1970). Interpersonal Competence: The Wheel Model. Monograph II. Los Angeles Ca: Western Psychological Services.
19. Fitts, W. (1971). The Self-Concept And Self-Actualization. Monograph III. Los Angeles Ca: Western Psychological Services.
20. Fitts, W. (1972). The Self-Concept And Psychopathology. Monograph IV. Los Angeles Ca: Western Psychological Services.
21. Freud, S. (1935). A General Introduction To Psycho-Analysis. (rev. ed.). New York: Liveright.
22. García, M. (1987). Características De Personalidad Y Autoconcepto De Alumnos Reprobados En Un Colegio De Bachilleres. Tesis: Facultad de Psicología UNAM.
23. Guttmacher, A. (1973). Los Hijos Como Tenerlos. Como Evitarlos. México: Ed. Pax-Mex.
24. Hall & Lindzey. (1974). La Teoría Del Si Mismo Y La Personalidad. Buenos Aires: Ed. Paidós. págs. 8-9.
25. Henze, L. (1980). Estudio Piloto De Autoconcepto En Un Grupo de Adolescentes. Tesis: Facultad de Psicología. UNAM
26. INPer. (1987). Normas En Ginecología Y Obstetricia.
27. Kipper, B. (1977). Psychogenic Infertility, Neuroticism And The Feminine Role: A Methodological Inquiry. Journal Of Psychosomatic Research. Vol. 12. págs. 353-358.
28. Kolb, L. (1982). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Ed. Prensa Médica.
29. Kraft, et. al. (1980). The Psychological Dimensions Of Infertility. American Journal Of Orthopsychiatric. Vol. 50. No. 4. págs. 618-628.
30. Langer, M. (1985). Maternidad Y Sexo. Buenos Aires: Ed. Paidós.
31. La Rosa, J. (1986). Escala De Locus De Control Y Autoconcepto: Construcción Y Validación. Tesis: Facultad de Psicología UNAM.
32. Larraitz, M. (1980). Parejas Infértiles: Interrelación De Factores De Personalidad. Tesis: Facultad de Psicología. UNAM.
33. Link, P. (1986). Couples Undergoing Treatment For Infertility: Dimensions Of Life Satisfaction. Journal Of Sex & Marital Therapy. Vol. 12. No. 1. págs. 46-59.
34. Lloyd, S. (1986). El Individuo, El Matrimonio Y La Familia.

35. Mahlstedt, P. (1985). The Psychological Component Of Infertility. Fertility & Sterility. Vol. 43. No. 3. págs. 335-346.
36. Mai, F. (1972 a). Psychiatric Interview Comparisons Between Infertile And Fertile Couples. Psychosomatic Medicine. Vol. 34. págs. 431-438.
37. Martínez, M. (1987). Intervención Del Lic. En Trabajo Social En el Programa De Fertilización In Vitro Y Transferencia Del Embrión. En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Del ISSSTE. Tesis: Fac. Trabajo Social. UNAM.
38. Maslow, A. (1968). Toward A Psychology Of Being. Princenton, N.J.: Van Nostrand.
39. Matthews, R. & Matthews, A. (1986). Infertility And Involuntary Childlessness: The Transition To Nonparenthood. Journal Of Marriage And The Family. Vol. 48. págs. 641-649.
40. Méndez, B. (1987). El Perfil Del Divorcio. Tesis: Facultad de Psicología. UNAM.
41. Menning, B. (1980). The Emotional Needs Of Infertile Couples. Fertility & Sterility. Vol. 34. No. 4. págs. 313-319.
42. Monroy, M. (1987). Perfil De Autoconcepto En Jóvenes Farmacodependientes De Un Hogar Carente De Figura Paterna. Tesis: Facultad de Psicología: UNAM
43. Noyes, A. & Kolb, L. (1958). Modern Clinical Psychiatry. Philadelphia: Saunders.
44. O'Moore, A. et. al. (1983). Psychosomatic Aspects In Ideopathic Infertility: Effects Of Treatment With Autogenic Training. Journal Of Psychosomatic Research. Vol. 27. págs. 145-151.
45. Pick, S. (1976). El Aspecto Psicológico De La Planificación Familiar. México: Ed. Siglo XXI.
46. Platt, J. (1973). Infertile Couples: Personality Traits And Self-Ideal Concept Discrepancies. Fertility & Sterility. Vol. 24. págs. 972-976.
47. Ramírez, S. (1962). Esterilidad Y Fruto. México: Ed. Pax-Mex.
48. Ramírez, S. (1982). El Mexicano Psicólogo De Sus Motivaciones. México: Ed. Grijalbo.
49. Ramírez, S. (1962). Factores Culturales En La Esterilidad E Infertilidad. Revista Médica, Srta. De Marina. Vol. VII. No. 27. págs. 291-297.
50. Seibel, M. y Taymor, M. (1982). Emotional Aspects Of Infertility. Fertility & Sterility. Vol. 37. No. 2 págs. 137-145.
51. Shapiro, C. (1982). The Impact Of Infertility On The Marital Relationship. Social Case Work. Vol. 37. No. 7. págs. 387-393

52. Tena, D. (1981). Perfil De Autoconcepto De Jovenes Infractores En La Escuela De Orientación Para Varones. Tesis: Fac. de Psicología. UNAM.
53. Veevers, J. (1973). The Social Meanings Of Parenthood. *Psychiatry*. Vol. 36. págs. 291-310.
54. Videla, M. (1986). Hemos Adoptado Un Hijo. Buenos Aires: Ed. Trieb.
55. Wells, E. & Marwell, G. (1976). Self-esteem, Its Conceptualization And Measurement. London: Sage Publications.
56. Zárate, A. y Moscona, E. (1985). Perfil Psicológico De La Pareja Estéril Y Recomendaciones Para Su Manejo. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 53. No. 336. págs. 101-105.

A P E N D I C E I

CUESTIONARIO

Nombre:

Dirección:Teléfono:

Edad:Estado Civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Nacionalidad:

Número de Matrimonio :

Duración del Actual Matrimonio:

Número de hijos:

Estudios Médicos realizados:

Resultados:

Pareja:

Edad:

Escolaridad:

Ocupación:

Religión:

Nacionalidad:

Número de Matrimonio:

Duración Actual Matrimonio:

Número de Hijos:

Estudios Médicos:

Resultados: