

40
2ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN CUATRO
CIRCUNSTANCIAS REPRODUCTIVAS DIFERENTES: EMBARA-
ZO NORMAL, EMBARAZO DE ALTO RIESGO, ESTERILIDAD
Y OCLUSION TUBARIA BILATERAL.

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

presenta

MERCEDES CRUZ TERAN

Director de la Facultad Mtro. Javier Urbina Soria
Asesor de Tesis Mtro Francisco Morales Carmona

México, D. F.

Enero de 1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

INTRODUCCION.-

1

CAPITULO 1. REPRODUCCION

- 1.1. Reproducción Humana y su diferencia con7
la sexualidad.
- 1.2. Diferencias entre sexo y género. Tesis14
Antropológicas Sociológicas y Psicológi
cas que ayudaron a sustentar el carácter
sociocultural y simbólico del género. Su
importancia en el presente estudio.
- 1.3. Desarrollo diacrónico y sincrónico del33
Género. Breve resumen de la conforma
ción de las subjetividades masculinas y
femeninas históricamente.
- 1.3.1. Origen sincrónico y psicológico de la35
identidad genérica y del rol.
- 1.3.2. Diferencia en la conformación de la38
identidad genérica masculina y femenina
por la mediación de la madre, del padre,
además elementos socializantes trasmi
sores del código cultural imperante.
- 1.3.3. Identidad femenina secundaria, asunción43
del rol y de la orientación sexual,
Ideal del Yo y Super Yo.
- 1.3.4. La reproducción del ejercicio de la52
maternidad en las mujeres como eje
central de su rol e identidad genérica
desde el punto de vista psicoanalítico.

CAPITULO 2.- AUTOCONCEPTO

- 2.1. Notas preliminares.- Generalidades sobre64
el origen histórico de este constructo.
- 2.2. Principales autores que influyeron en su65
gestación directa o indirectamente.
- 2.2.1. Paul Schilder sus aportaciones.67
- 2.2.2. Sigmud Freud sus aportaciones.71
- 2.2.3. Heinz Hartman y la psicología del Yo co75
mo parte medular en la constitución del
Autoconcepto.

2.2.4.	Inclusión de otros autores.	79
2.2.5.	Noción de Autoconcepto basada en William Fittz.	82
2.3.	Importancia y Justificación.	85
2.4.	Las diferentes autorrepresentaciones que ulteriormente llegan a conformar el Autoconcepto.	89
2.5.	Autoconcepto y reproducción. La influencia del rol y el ejercicio maternal en el autoconcepto femenino.	92
2.5.1.	Principales elementos del autoconcepto femenino y masculino.	99
2.5.2.	Autoconcepto y reproducción en el medio cultural mexicano.	104
2.6.	Autoconcepto y en la embarazada normal.	110
2.7.	El Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo.	116
2.8.	Esterilidad y Autoconcepto.	126
2.9.	Oclusión Tubaria Bilateral y Autoconcepto.	136

CAPITULO 3.- METODOLOGIA

3.1.	Tipos de investigación.	149
3.2.	Planteamiento del problema.	149
3.3	Establecimiento de hipótesis.	149
3.3.2.	Hipótesis Conceptuales.	149
3.3.3.	Hipótesis de trabajo.	151
3.3.4.	Hipótesis Alternas.	151
3.3.5.	Hipótesis Nulas.	153
3.4.	Definición de Variables.	154
3.5.	Muestra.	157
3.6.	Escenario.	157

3.7.	Instrumento.	158
3.8.	Procedimiento.	178
3.8.1.	Criterios de selección de la muestra.	179
CAPITULO 4.- <u>RESULTADOS</u>		181
CAPITULO 5.- <u>INTERPRETACION Y ANALISIS</u>		240
CAPITULO 6.- <u>CONCLUSIONES</u>		256
6.1	Limitaciones y sugerencias.	259
APENDICES		
A.-	Documento de una paciente estéril.	265
B.-	Formato de la prueba de Tennesse.	272
BIBLIOGRAFIA		

I N T R O D U C C I O N

La función procreativa considerada tradicionalmente como la principal y casi única función social de la mujer, durante siglos ha desempeñado un papel tan importante en la formación de su identidad y subjetividad femenina que su deprivación carencia o alteración tiende a repercutir en su bienestar psicoemocional, en sus relaciones interpersonales y en el desempeño general de su vida.

Eso es lo que puede observarse clínicamente en los grupos de terapia de pacientes estériles que el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología ha creado para su atención psicológica y que no se observa en los grupos de pacientes obstétricas, las cuales presentan otro tipo de sintomatología (por ejemplo en los grupos de Embarazo y Ansiedad o de Adolescentes Embarazadas).

Este hecho indujo a plantear la implementación de un proyecto de investigación que tratara de fundamentar la posible correlación entre la presencia o ausencia de la función reproductiva y el Autoconcepto femenino.

Sabiendo que este constructo es una especie de indicador general del grado de salud mental que consiste en un sistema omniabarcante que contiene a todo el conjunto de autorrepresentaciones ideoafectivas y valorativas que una persona tiene de sí incluyendo al Ello, al Yo, al Super Yo,

Preconsciente, Consciente e Inconsciente inclusive la serie de prescripciones, características e Ideales de género, que en términos generales todos los individuos de un mismo sexo han incorporado a su psiquismo como parte de su identidad genérica y producto de un complejo sistema de retroalimentación psico-social (20) (39) (71).

La presumible interdependencia entre estos dos fenómenos fue la piedra de toque alrededor de la cual se articuló esta investigación.

Para el efecto se ampliaron las condiciones reproductivas no limitándose sólo al estudio de la ausencia o presencia de la función procreativa, sino que se optó por considerar cuatro circunstancias reproductivas diferentes que incluían a 109 mujeres cursando un embarazo normal, 50 cursando un embarazo con condiciones de alto riesgo, 50 pacientes en tratamiento por esterilidad y 30 que habían recurrido a una oclusión tubaria bilateral voluntariamente como método de control natal.

El propósito era indagar si estas cuatro circunstancias reproductivas influirían de manera diferente en el Autoconcepto de estas mujeres con diferencias significativas entre los grupos que avalaran lo que la literatura y la observación clínica manifestaban al respecto.

Se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto por considerarla la prueba que cubre el espectro más amplio de áreas que conforman al Autoconcepto.

La parte teórica tuvo muchos fundamentos de Psicología Feminista por ser esta corriente la que aporta los sustentos relativos al fenómeno de la identidad femenina, de la constitución de los generos y del autoconcepto femenino por extensión. Considerando importante el haber recurrido a los aportes que dentro de esta corriente han hecho la Antropología, la Sociología, la Economía-política y el Psicoanálisis-social.

De esta manera en los incisos del capítulo I correspondiente a la Reproducción, se fueron desarrollando conceptos claves como la diferencia entre Sexualidad y Reproducción en el inciso 1.1; la diferencia entre Sexo y Género tratada desde el punto de vista ontogenético donde cada individuo en su devenir dialéctico con el medio se va a constituir como un ser femenino o masculino en los incisos 1.2, 1.3, 1.3.1, 1.3.2. En el inciso 1.3.3 se expone de manera más específica el desarrollo de la identidad femenina y en el 1.4 se plantea como el ejercicio de la maternidad se constituye como una estructura endopsíquica alrededor de la cual se van conformando la identidad, la subjetividad y el autoconcepto femeninos y como se reproduce socialmente esta disposición para lo parental a través de todo un proceso psicológico.

En el capítulo II que trata sobre el Autoconcepto, en los primeros incisos de la Reseña Histórica se señalan solo los autores puntales que han ayudado al desarrollo de este constructo con cierta arbitrariedad preferencial pero en aras de no complejizar y hacer aun más extenso este trabajo. Esto fue desarrollado en los incisos 2.1, 2.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, y 2.2.4 que incluyeron las aportaciones de Paul Schilder, Sigmund Freud, Heinz Hartman, los teóricos del yo y otros. Finalmente nos quedamos con la conceptualización de William C. Fitts autor de la escala utilizada en la parte experimental.

En los incisos 2.3 y 2.4 se describen las etapas del desarrollo del Autoconcepto a partir de otras estructuras psíquicas dentro de cada sujeto y la importancia que su manejo ha cobrado en la Psicología; se establece el papel entre Autoconcepto y Reproducción por el papel que ésta juega en el rol de los géneros que a su vez propende a la estructuración de una subjetividad masculina y femenina con determinados rasgos para cada género en el inciso 2.5. En el 2.5.2 se ubica todo lo dicho al respecto, pero en el ámbito de nuestro país específicamente en el medio de la población citadina de la clase popular ya que fue ésta con la que se trabajó mayoritariamente. Para finalizar en los incisos restantes se tratan los aspectos teórico-clínicos que brinda la literatura especializada sobre las cuatro circunstancias reproductivas estudiadas y su relación con el autoconcepto.

Los siguientes capítulos III, IV, V y VI que corresponden a la Metodología, Resultados Estadísticos, Interpretación, Conclusiones y Sugerencias respectivamente y que conforman la parte experimental de la investigación, proporcionaron los datos con los cuales fué posible concluir que esta investigación cumplió su cometido de manera satisfactoria dentro de los límites que fueron claramente especificados, cumpliendo además con los postulados teóricos en que se sustentó todo el trabajo.

Al final, en los apéndices A y B se insertaron el invaluable testimonio de una paciente estéril y el formato completo de la prueba utilizada "La Escala de Autoconcepto" de W. Fitts, así como las gráficas que muestran los perfiles de los resultados de los cuatro grupos con todas las variables que obtuvieron significancia estadística.

La necesidad de implementar programas preventivos y de atención terapéutica que ayuden a solucionar con eficiencia los estados conflictivos que mayor daño emocional estén produciendo en algunas pacientes es uno de los principales propósitos de este estudio, así como plantear la posibilidad de generar cursos de instrucción terapéutica, que contemplen la necesidad de un cambio en los patrones y modelos de identificación femenina en la población de mujeres que asiste al Instituto por considerar que se trata de un medio de lo más afectado por la ideología tradicional. De ahí la necesidad de promover y legitimar otros nuevos modelos de

feminidad que ayuden a desarrollar personalidades más ricas, autónomas y seguras con la instauración de talleres psicológicos, para tratar de ayudarles a desarrollar otras inquietudes, intereses y actividades diversas a la maternidad; para tratar de resignificar el valor de la relación de pareja que no lleve a las mujeres a compartir la vida con alguien únicamente con fines procreativos, sino que les lleve a considerar a la pareja como un fin en sí misma y en todo caso a planificar la familia y conformarla como una comunidad donde todos tienen deberes, derechos y obligaciones que deben ser compartidos por todos no dejando ya recaer el peso de todas las responsabilidades familiares y del hogar en ella, pero sobre todo ayudándole a ya no fincar toda la fuente de su Autoestima y la calidad de su Autoconcepto en la Maternidad. Que la Maternidad sea un hecho libre, razonado, planeado y deseado para que pueda ser cumplida con una mayor dignidad y madurez y no por el peso de la biología o la fuerza de las cosas y las obligaciones sociales y religiosas.

CAPITULO I.
R E P R O D U C C I O N

1.1 La reproducción humana y su diferencia con la sexualidad.

La reproducción es la función biológica mediante la cual los seres vivos generan nuevos individuos para la supervivencia de la especie.

En rápido bosquejo intentaremos recorrer las diferentes formas que esta función fue adquiriendo a través del desarrollo filogenético desde los organismos unicelulares hasta llegar al hombre, únicamente para recalcar el grado de optimización y complejidad que fue ganando esta función y que explica en él, la ruptura con sus fines puramente biológicos, adquiriendo nuevos matices que le llevan a cubrir otro tipo de necesidades diversas a la mera reproducción.

Este progreso, por llamarlo así, se fue dando como una manera de asegurar el éxito de la función que consiste finalmente en la supervivencia de los vástagos, por medio de la obtención de genotipos más variados para resistir y adaptarse a los embates cambiantes del medio (25)(31)(34).

Así tenemos que de la reproducción asexual de las escalas más inferiores deviene más adelante la reproducción sexuada que incluye el dimorfismo sexual con la cual se gana con una mayor recombinación genética. En muchas especies de insectos y peces, en anfibios y reptiles existe la necesidad de

generar un sinnúmero de huevos para que al menos un porcentaje mínimo subsista tanto de los depredadores como de los cambios en el ambiente, pero además en los peces e insectos se da el caso de que los machos no sobreviven al momento de la reproducción y las hembras solo duran el tiempo que les toma desovar. Esto conlleva a que las crías sean alimento fácil para los depredadores ya que su vulnerabilidad es muy alta cuando estan en forma de huevecillos e inmediatamente después de que nacen. De allí que otro factor de progreso se da, cuando se retienen a los hijos durante su gestación dentro del cuerpo de la madre con la reproducción vivípara de los mamíferos; conjuntándose otro elemento más el de una mayor longevidad de los progenitores para alimentar proteger y entrenar a las crías recién nacidas. De manera que al subir en la escala filogenética, el tiempo de vida se va alargando haciéndose ésto más patente en los mamíferos superiores específicamente en los primates y por supuesto en el hombre. En los chimpancés existe, pues, una infancia mucho más prolongada, de manera que los individuos no alcanzan la madurez sexual sino hasta los 8 años y la social hasta los 12. Presentándose aquí otro elemento diferencial que consiste en que la conducta sexual se aleja de los patrones estereotipados de otras especies que se guían por señales específicas instintivas en el cortejo sexual, para convertirse en una actividad cada vez más dependiente del aprendizaje individual (31) (25) (16) (33).

De manera que el hombre con el máximo desarrollo neocortical y siendo un producto social por antonomasia aún cuando en sus orígenes debió apegar su conducta sexual a patrones biológicos quizá más rígidos, no tardó en empezar a "humanizarla" adaptándola a necesidades de otra índole.

Pero aún dentro del terreno de lo biológico, otro elemento que lo hace diferente es que la sexualidad humana no cuenta con períodos estrictos de apareamiento, los determinismos endócrinos dejan de ser funcionales, de modo que el hombre y la mujer son receptivos y proclives a la relación sexual en cualquier momento del ciclo fisiológico de la mujer incluyendo cuando está embarazada, o sea que en ella la sexualidad se transforma en una actividad placentera en sí misma (hecho que aparentemente no se da en ninguna otra especie). Aunque en el artículo "El sexo y el género en la perspectiva evolucionista" del libro La sexualidad humana, recopilado por H. Katchadourian, la antropóloga Jane B. Lancaster asiente que en ciertas especies de primates la sexualidad de las hembras tampoco se limita a la etapa de celo, aseverando que de esta manera la sexualidad se convierte en un modo de interacción social.

De ésto se desprende o se ha hecho la extrapolación explicativa de la justificación del vínculo de pareja, es decir, que lo que tendió a unir a la pareja humana fue el interés sexual, como actividad altamente gratificante y

placentera, que aparte coadyudaba el compartir el cuidado de las crías (25) (38) (64).

En resumen, el que la sexualidad humana no se reduzca a la reproducción está dado por todas estas características señaladas:

- No se reduce a una etapa del ciclo femenino.
- Depende mayoritariamente del aprendizaje.
- Puede ser un acto de recreación placentero en si mismo.
- No se hace con fines de procreación únicamente.
- De hecho, da respuesta a las necesidades más variadas ajenas a la necesidad reproductiva.

Sobre el último punto no tocado aún, se quiere enfatizar que en el hombre las relaciones sexuales cubren necesidades de la más diferente índole, desde la mera experimentación de placer, y/o, pasando por necesidades emocionales de cercanía, comunicación, intimidad, hasta otras consideradas como patológicas, de poder, agresión, sojuzgamiento, sadomasoquismo, hasta sentimientos de trascendencia espiritual con su práctica o su abstinencia (25) (34) (33) (38).

Resumiendo se puede asentar que en el ser humano aún cuando se dan los impulsos y los sustratos biológicos para ejercer su sexualidad, la forma en que ésta va a ser manifestada

depende más del aprendizaje individual obtenido dentro de un sustrato cultural que la va a moldear y conformar.

Sin embargo, ésto no se tuvo claro sino hasta hace muy poco; la sexualidad tomada siempre bajo la jurisdicción de las normas sociales, económicas, políticas y religiosas de los grupos sociales, la fueron normatizando y controlando de tal modo que tras siglos de un ejercicio continuado y modelado de acuerdo a estas normas acabó siendo considerada como con un solo estilo único, natural y legítimo posible de ser ejercida: el establecido.

Sobre todo en lo que se refiere al mundo occidental con influencias judeo-cristianas donde se implantó una ética sexual derivada de la filosofía Patrística de los primeros siglos que aún rige hasta nuestros días y que consistía en considerar lo sexual, como prohibido, sucio, pecaminoso; siendo entonces su única justificación la procreación y donde la ideología altamente patriarcal va a sancionar con mayor dureza y limitación la conducta sexual de las mujeres (45) (25) (64) (65).

La trampa biológica de la maternidad, han llamado varios autores al hecho de que el organismo femenino por ser el que está conformado para la gestación, haya sido confirmado y reducido a esta función, expropiándole y negándole a la mujer

necesidades e impulsos propios y subordinándole toda su sexualidad a la maternidad (4) (5).

El hombre, con todo y las reglas morales y jurídicas que sancionan la vida sexual fuera de la pareja y del fin procreativo, siempre tuvo mayor libertad y permisividad para ejercer su sexualidad libremente (45) (65).

Pero en torno a la mujer, al ser la maternidad su función más obvia, se ha propiciado la ideologización redundante que por siglos se ha venido sosteniendo y que influyó al mismo "padre de la psicología" quién dió por un hecho que:

- La libido de la mujer es de naturaleza diferente a la del hombre (más débil).
- Que en ella el amor sexual estaría ligado al deseo de ser dominada, y que solo a través del hijo varón ganaría autonomía y madurez, o bien que la mujer no se explica con una existencia propia, ya que su esencia se confunde con su destino, al cual es: servir al hombre y finalmente a la especie (64) (65) (11) (4).

Pensar de este modo no fue en modo alguno la excepción, sino la regla, muchísimos científicos, pensadores, filósofos estaban fuertemente imbuídos de esta ideología patriarcal sin ser conscientes de ello lo cual es precisamente parte de la naturaleza de las ideologías.

Con el concierto de varios factores, tales como el desarrollo de las ciencias sociales, los cambios sociales después de las guerras mundiales y el avance de la medicina e investigación bioquímica concretamente fue posible la creación de modernos métodos anticonceptivos más eficaces y seguros para controlar la natalidad y gracias a ésto, se está pudiendo materializar y hacer efectiva de una manera más realista y práctica, la separación de la sexualidad y la reproducción (47) (45) (25) (60).

Sin embargo, aún se intenta que cada vez más la maternidad sea un acto de libertad, y no que continúe como el efecto de un mecanismo ciego e inexorable, muchas veces en contra del deseo y la voluntad de la mujer de tener un hijo; y que la sexualidad femenina tome carta de legitimidad propia, como derecho inalienable que le corresponde, para que de este modo sean ambas funciones asumidas adultamente por cada mujer y confiriéndoles a ambas una real significación humana (64) (4) (60).

Los obstáculos son todavía muchos y muy grandes para lograrlo, los cambios de idiosincracia son procesos que toman tiempo, pero ya se lleva buen camino recorrido y se sigue caminando.

1.2 DIFERENCIA ENTRE SEXO Y GENERO.- Tesis antropológicas, sociológicas y psicológicas que ayudaron a sustentar el carácter socio-cultural y simbólico del género. Su importancia para el presente estudio.

Hasta hace relativamente muy poco tiempo los conceptos de sexo y género eran considerados como sinónimos que se implicaban mutuamente; es más, todavía en los diccionarios no especializados se van a encontrar acepciones que aún traslapan o confunden los significados. Es casi a partir de los años setentas en que, por una serie de cambios sociales, intelectuales, políticos, científicos y tecnológicos que se fueron dando y concatenando desde el período de la Ilustración, la Revolución Francesa y la Americana, la Revolución Industrial y la llamada Revolución Sexual y que culminaron con los vertiginosos movimientos sociales de los años sesentas que, el concepto de Género, que ya existía hace cientos de años, va adquiriendo su propia carta de naturalidad cobrando un significado cada vez más específico (15)(34)(32).

El cambio revelador en la comprensión, revisión, y redefinición de los términos sexo y género se gesta cuando por diferentes intereses y partiendo de sus particulares enfoques varios autores y disciplinas científicas dentro del terreno de las ciencias sociales y de la psicología, se fueron ocupando de temas tales como la identidad sexual, el rol del género, el papel de éstos en la sociedad, el tema de

la división social del trabajo, el desarrollo psicosexual de los individuos y otros temas relacionados.

Así, la idea imperante tradicionalista de que el sexo biológico es el que directamente determina las características del género ha quedado superada en la mayoría de los ámbitos académicos pertinentes y en la actualidad ambos términos se encuentran bastante decantados, de manera que aún cuando se tengan presentes las interdependencias lógicas que tienen ambos, ya no se tiende a traslaparlos ni atribuirle a uno por extrapolación gratuita lo que sólo es campo exclusivo del otro. Quedando así establecido el carácter socio-cultural y simbólico del género (32) (42).

Las aportaciones de una serie de teóricos, antropólogos, economistas, sociólogos de mediados del siglo pasado, principios de éste y de otros netamente contemporáneos, tales como Marx, Engels, Mead, Murdock, Linton, Levi-Strauss, Meillassoux (De Beauvoir, Rubin, etc.) Junto con aquellos llevados a cabo dentro del campo de la Psicología Clínica por Freud, Lacan, Money, Erhrd, Stoller, Chodorow, etc. aún sin la intención propositiva de varios de ellos de ocuparse precisamente por esclarecer la naturaleza social-simbólica del género, ni de como cada sexo desarrolla por ésto una subjetividad específica y un status desigual dentro de la sociedad, aunados todos ellos a un caudal de investigaciones, éstas sí intencionalmente dirigidas al estudio de estos fenómenos por parte de numerosas científicas de la corriente

feminista, han sido las fuentes básicas dentro del campo de la ciencia, que proporcionaron este cambio de visión de lo que la diferencia sexual ha significado para la sociedad humana al haberse convertido en desigualdad y opresión para la mujer. A continuación se hará una breve revisión de las aportaciones teóricas puntuales que permitieron llegar a la actual posición del fenómeno.

El primer autor que pasaremos a revisar es Carlos Marx porque sus elaboraciones teóricas fueron una denuncia al orden social existente y porque con el desarrollo del Materialismo Histórico sentó las bases para la creación de un método y una teoría social con un mayor rigor científico. Antes de él los pensadores y filósofos tendían a ver en el orden social, el orden natural del cosmos regido por las leyes de la razón (44). Los irreconciliables antagonismos y desigualdades que se dan entre los diferentes grupos dentro del seno de las sociedades tendían a ser vistas como naturales, legítimas y necesarias (44) (32) (7).

Le había tocado su turno al ámbito social como el único reducto que quedaba en el proceso de desacralización de la realidad, que el hombre había empezado con el nacimiento del pensamiento científico en el campo de las ciencias naturales desde el siglo XVII, y aún antes, cuando aprende a observar los fenómenos y a darles explicaciones fuera de lo divino, del sentido común, o lo dado por hecho, en una palabra de la ideología precientífica. Como caja de Pandora que se abrió

para no acabar de cerrarse aún, las teorizaciones del marxismo, aún cuando también terminaron cobrando una tesitura doctrinaria, reduccionista, parcial y ahora, en franco cuestionamiento, abrieron una enorme veta que sofisticó métodos, técnicas, visiones, que potenciaron el estudio de los fenómenos sociales con una óptica más realista que ha permitido observar el quehacer del hombre y sus instituciones a una luz más científica (7). Ésta es quizá la máxima de las aportaciones de Marx al fenómeno que nos ocupa, ya que con respecto al Género, aunque sí se percató del estado de desigualdad en que se encontraba el sexo femenino en relación con el masculino y denunciaba la sujeción y opresión de la mujer, él se le explicó bajo la misma óptica de la opresión de clase. El consideró y redujo a la mujer a una fuerza de trabajo que al encargarse de la preparación de alimentos y cuidado de su familia y el hogar, era generadora también de la plusvalía que sustenta al capitalismo; pero nunca se percató de que las diferencias de género, de los roles, y del status, hacen vivir diferentes experiencias sociales a hombres y mujeres y todo a partir de su diferencia sexual. Y de que el efecto del capitalismo fué potenciar esta situación de desigualdad, pero que no fué la causa de esta opresión ni de la desigualdad (1)(5)(48)(59)(61).

El otro teórico del Marxismo, Engels, de hecho fue el único pensador de su época que con mucho poder intuitivo situó el problema de la desigualdad sexual y de la opresión femenina

en la forma misma de la organización familiar patriarcal; él sí integra el sexo y la sexualidad a su teoría de la sociedad en su conocidísima obra: "Origen de la familia y de la propiedad privada y el estado". Señala cómo la situación opresiva de la mujer se va dando dentro del modelo de la familia patriarcal, reproduciendo en el ámbito de lo privado el sistema de opresiones que se dan externamente en el área laboral. Con gran agudeza y penetración señala, sin embargo, que las relaciones que se dan dentro de todo el terreno que implica la sexualidad humana deben diferenciarse claramente de las relaciones de producción; considera que toda organización social está determinada por la etapa de desarrollo del trabajo en que se encuentra, por un lado, y por el modo en que está organizada la reproducción a través de la organización familiar, por el otro.

Señaló que "la división sexual del trabajo está determinado por el papel que juega la mujer en la crianza de los hijos y en la relación sexual, y por la separación entre la producción social y la doméstica" (18)(1)(5).

Sin embargo aunque, finalmente elaboró una interesante tesis sobre los orígenes de la opresión de las mujeres, su interpretación de la división sexual del trabajo la consideró como una consecuencia natural, como ya se señaló, de sus respectivos papeles en la crianza de los hijos y nunca pensó que esta división per-se fuera intrínsecamente opresiva.

Engels pese a toda su agudeza y poder intuitivo cae, pues, finalmente presa del espíritu dominante de la ideología masculina, que siempre ha tendido a cargar sobre la mujer la cuota de "naturaleza" que les corresponde a ambos sexos como partes que son de ella, pero que tradicionalmente el hombre le adjudicó solo a la mujer desde y sobre la cual ha podido construirse sólo él, como sujeto de cultura (1) (5) (49).

Ahora bien, dentro del campo de la antropología tenemos los trabajos pioneros de Margaret Mead, Murdock y Linton quienes representan el gran interés que esta ciencia ha manifestado por ver cómo expresa la cultura las diferencias entre varones y hembras, a través de investigaciones hechas transculturalmente, para probar el hecho de su universalidad o grado de variación. Mead en un estudio publicado en 1935, hecho en tres sociedades de Nueva Guinéa, llegó a la conclusión de que "las diferencias conductuales y de temperamento entre los sexos son creaciones culturales, enfatizando lo increíblemente maleable que es la naturaleza humana" (36) (37).

Murdock a su vez en 1937 concluyó con referencia a la división sexual del trabajo en varias sociedades, que en general las especializaciones en las actividades del grupo de acuerdo con el sexo no podían ser explicadas por las diferencias físicas. Y Linton a su vez, trabajando sobre el estatus, rol o papel de los sexos en la sociedad señala que

todos son producto del aprendizaje, lo mismo que los comportamientos adecuados a cada status (36).

De manera sustantiva la obra de Claude Levi-Strauss (29) (59) marcó un hito importantísimo en la Antropología del presente siglo, que ulteriormente ha proporcionado a todos los estudiosos del ramo, pero específicamente a las teóricas feministas, los instrumentos conceptuales más valiosos para describir los posibles orígenes y las causas de diferentes patrones en la vida social de los grupos humanos que dieron nacimiento a la cultura humana, y que también han servido para continuar estudiando los sistemas sexo/género, los sistemas de parentesco, etc. que en forma persistente han normatizado la sexualidad y el género de los seres humanos a través de toda la historia.

Strauss asevera que "en el hombre el paso de la naturaleza a la cultura transita necesariamente por el terreno de la normatividad sexual" (29) (41) (59).

Él descubre, descifra, el sentido del tabú del incesto como la primera creación cultural que aparece en todas las sociedades humanas, siendo una constante universal que paradójicamente es impuesta como una regla (de allí que su origen no se halle dentro de lo innato y biológico). Que con él se funda la intitucionalización de la exogamia, como un estilo primigenio de organización social que prohija que los intercambios sexuales que un grupo va a establecer con el

sexo opuesto de otro grupo, propicie que en vez de que esta función se ejecute dentro del marco o círculo cerrado del grupo de origen, éste se abra, se extienda, y produzca sistemas más amplios de comunicación que otorgan a sus participantes (como asentaba Mauss) relaciones de confianza, solidaridad y ayuda mutua.

El sistema de intercambio de regalos que abundaba en las primitivas sociedades y en algunas actuales de organización primitiva, por medio del cual la cosecha de un grupo era entregado como regalo a otro esperando en reciprocidad recibir a la vez los productos de la cosecha de éste, tiene su máxima expresión en el intercambio de mujeres, ya que este hecho aparte de fundar relaciones de reciprocidad añade un elemento crucial de mayor valor porque ayuda al establecimiento de relaciones de parentesco que es el primer estilo de organización social. Entrando aquí otro elemento de lo más revelador, el que estos sistemas de alianza entre los grupos estén hechos siempre *entre, para y por* los varones, y que los sujetos intercambiados sean siempre mujeres, por lo que no es difícil deducir que desde los albores de la cultura las mujeres aparecen en un plano de desigualdad social, no siendo dueñas ni de ellas mismas y formando parte del conjunto de prestaciones que los varones se otorgan entre sí para su beneficio. Llegando incluso a interpretarse, si se sigue fielmente lo establecido por Strauss, que esta sujeción de la mujer fue el prerequisite necesario para el origen de

cultura. Para lo cual fue preciso que se estableciera una organización social basada en una división sexual del trabajo que implicase la implantación de otro tabú que tiende a dividir a los sexos en categorías mutuamente excluyentes (basado en dicotomías como crudo-cocido, naturaleza-cultura, doméstico-público) que tendían a hacer más drásticas y tajantes las diferencias biológicas, creando así a los "géneros" como un mecanismo que tendía a mantener la dependencia y la necesidad recíproca entre los sexos, promoviendo la necesidad del matrimonio heterosexual (59) (29) (36) (59) (29) (36) (41).

Para Levi-Strauss: "- El género es pues una división de los sexos socialmente impuesta. Los sistemas de parentesco se basan en el matrimonio y todo el sistema sexo género transforma a machos y hembras en hombres y mujeres, cada uno es como una mitad incompleta que sólo se siente entera cuando se une con la otra -" (36) (41).

Desde aquí se vería entonces que el Género no es la expresión directa de las diferencias naturales que se podrán dar entre los sexos, sino más bien, la supresión normatizada de las semejanzas, ya que la sociedad va a tender a reprimir las características de personalidad que pudieran homologar a hombres y mujeres; propiciando así los estereotipos, la heterosexualidad y la denostación del celibato pues los célibes eran considerados como verdaderos parias. En las tribus primitivas la institución del matrimonio tiene tal

estatus que los sujetos solteros son considerados como medios seres humanos que solo se completarían en el matrimonio (41).

La sexualidad femenina se transforma desde aquí en una función expropiada, normada y sancionada por los varones. Y se infiere que la división sexual de los géneros y del trabajo está cimentada mucho más en la serie de prohibiciones creadas para evitar que las mujeres participaran de tareas encaminadas a la producción, aparentemente para fomentarles la dependencia al hombre y asegurar así, su inserción a las estructuras de parentesco (61). Toda unión matrimonial recrea un encuentro dramático entre la naturaleza y la cultura, entre la alianza y el parentesco, de este modo se cumple con la naturaleza para que se perpetúe la especie y con la cultura al establecerse alianzas sociales (29)

Para Levi-Strauss pues, la organización de la sexualidad humana se funda en tres puntos básicos:

- a) El tabú del Incesto.
- b) La heterosexualidad obligatoria.
- c) La división asimétrica de los sexos.

Asentando que "en cada cultura, cada generación aprende a devenir su destino sexual y que cada persona tiene que pasar por un proceso de codificación dentro del sistema a que pertenece para poder desempeñar convenientemente su rol sexual" (59) (29).

Sin embargo para explicar los mecanismos internos por medio de los cuales el ser humano desde el momento que nace, va a ir grabando estas convenciones de sexo-género en su estructura intrapsíquica es necesario recurrir a la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, que provee de los elementos para describir y analizar el residuo emocional indeleble que en todos los individuos ha dejado el enfrentamiento temprano con las reglas y normas de la sexualidad (59).

Freud insistió reiteradamente, contradiciendo la fuerte tendencia biologicista que en otros aspectos sí manifestó, que la expresión de la sexualidad adulta era el resultado de un desarrollo psíquico y no biológico que se gesta y resuelve en la llamada etapa Edípica.

El psicoanálisis es una teoría de lo inconsciente, pero también es una teoría de la sexualidad humana que ofrece una descripción de los mecanismos psíquicos por los cuales los sexos son transformados en hombre y mujeres.

Aquí es importante señalar la coincidencia enorme que hay entre Freud y Strauss, enfatizando cómo la organización en las relaciones del parentesco es la normatización de la sexualidad biológica a nivel social, y cómo de ese orden social devienen en lo íntimo, las diferencias de género, dentro de la psique de cada individuo (59)(36).

De nuevo se da el dato curioso de que, independientemente de lo valiosas que resultan tanto la aportación freudiana como

la de Strauss, ninguno de los dos intuyeron todas las implicaciones ulteriores que sus teorizaciones tendrían para elucidar el problema de los géneros. Incluso Freud tan subsumido en el clima patriarcal de su época y de la tradición judía, casi misógina, no pudo desprenderse de sus prejuicios y por eso el talón de Aquiles de sus postulados teóricos sigue siendo su teoría del desarrollo psicosexual de las mujeres. Y con Strauss se podría comentar también lo cuestionable que resulta la necesaria derrota histórica de la mujer concatenada a la sujeción de sí misma y de su sexualidad para que el hombre pudiera surgir como ente de cultura. Sin embargo, estos autores constituyen un parteaguas para el asunto que nos ocupa (59).

A continuación se señalarán las aportaciones de J. Lacan, continuando en la misma línea de Freud, sólo que este autor potencia aún más el papel de lo simbólico. Para J. Lacan la crisis edípica se presenta cuando el niño se percató de los papeles sexuales que se juegan dentro de la familia (padre, madre, hermanos, hermanas) al tener que comprender todo el sistema y el lugar en particular que a él le toca desempeñar dentro de ella y que sólo resuelve cuando lo acepta y accede a él. Pero todo este proceso externo se va haciendo a través de contenidos simbólicos, que va creando, dentro de su inconsciente, de todas estas relaciones y de la huella que le van dejando en su estructura intrapsíquica.

Lacan considera que "el complejo de Edipo" es un proceso por medio del cual se produce la personalidad sexual de todos los individuos, ya que en la fase preedípica sólo se posee una sexualidad poco estructurada y maleable, pero al salir de la fase edípica la libido y la identidad de género han sido ya organizadas de acuerdo a la cultura" (59).

Estas han sido las aportaciones vertebrales en lo concerniente a la elaboración del género en las sociedades y en los individuos, pero ahora cabe también señalar la gran cantidad de autores, la mayoría mujeres de la corriente feminista, quienes de una manera más directa y propositiva han continuado con las investigaciones al respecto. A estas sólo mencionaremos someramente.

De manera que dentro del terreno de la Antropología tenemos a Simone de Beauvoir que en su obra clásica "El segundo sexo" se basó mucho en la teoría de Strauss; Claude Meillassoux que en la suya abunda, objeta y desarrolla otros puntos de vista diversos a los de Strauss, sobre el origen del matrimonio y la familia. Considerando que aquél mezcló leyes de parentesco y normatividad matrimonial con esquemas de filiación y linaje erróneamente (46).

En el campo del psicoanálisis desfilan una pléyade de psicoanalistas mujeres que en diferentes épocas objetaron y continúan objetando los postulados clásicos de la teoría Freudiana sobre la psicología femenina y el desarrollo

psicosexual femenino que tomó como paradigma y cartabón de comparación la sexualidad del hombre. Y aquí se puede mencionar a Melanie Klein, Karen Horney, Marie Langer, Juliet Mitchell, Clara Thompson, Christiane Olivier, Emilce Dio Bleichmar, Nancy Chodorow, etc.

Finalmente dentro de la clínica tenemos las investigaciones de Erhardt, Money, y Stoller quienes jugaron un papel determinante en la generación de la nueva acepción que ha cobrado la categoría de Género, ya que se debe precisamente a ellos y no a los teóricos sociales, su introducción en las ciencias sociales con este nuevo sentido, y por ende en todo el ámbito científico pertinente actual (15)(36)(48)(34).

Stoller, Erhardt, y Money asentaron aún más el cambio sustancial sobre las creencias fuertemente arraigadas que se tenían de que las diferencias anatómico-biológicas de los sexos eran las causantes directas del género.

Estos tres autores trabajaron directamente sobre cuestiones relacionadas con el género siendo los que primero construyeron e introdujeron términos tan específicos como *rol genérico* e *identidad genérica* que aparte de proporcionar una mayor claridez en el lenguaje, concomitantemente aportaron una mejor conceptualización intelectual que finalmente han facilitado la comunicación entre las diversas disciplinas que se ocupan del manejo de estos tópicos (34).

Stoller en su obra "Sexo y Género" de 1968, introduce formalmente el término de *identidad genérica* para diferenciarla de identidad sexual. Este investigador en sus estudios sobre sujetos con malformaciones genitales externas que llevaron a confundir su sexo al nacer, como el caso de niñas con sexo cromosómico XX, anatómico y hormonal femenino, pero con genitales externos masculinizados, pudo observar que para el desarrollo de su identidad genérica fue más determinante el discurso cultural transmitido por todo su núcleo familiar, pero especialmente por la madre, que todo el peso de la anatomía y la acción de las hormonas.

Para Stoller el vocablo género no tiene connotación biológica, sino puramente psicológica y cultural; para él los términos que mejor corresponden al sexo, son macho y hembra, mientras que los que si hacen referencia al género y lo califican mejor son masculino y femenino. Incluso añade que: "De hecho, tan arbitrario es el género que puede incluso oponerse a su base fisiológica y aunque obviamente los órganos genitales externos favorecen la toma de conciencia de la masculinidad o la feminidad ninguno de ellos, ni tampoco su conjunto resulta imprescindible para que la identidad genérica se produzca" (13)(45).

Esto es real considerando, particularmente que para Stoller esta identidad queda indeleblemente establecida alrededor de los tres años o como asentaba Money, "que la puerta de la

identidad genérica comunmente se cierra para siempre en la primera infancia" (34).

Su experiencia con estos casos lo llevaron a declarar categóricamente que "no existe una dependencia biunívoca entre sexo y género sino por el contrario su desarrollo puede tomar vías independientes" (13)(34)(36)(48).

En la actualidad el *Género* es definido y conceptualizado como todos aquellos aspectos psicológicos, culturales y sociales que constituyen los conceptos de feminidad y masculinidad.

En tanto que *Sexo* se refiere a los componentes biológico-anatómicos que hacen diferente a hombres y mujeres físicamente; usándose también para designar el intercambio sexual en sí mismo (13)(36).

Es de señalar que donde más ha asentado sus reales esta nueva concepción de género es en el campo de la Antropología y otras ciencias de la sociedad; en psicología, en los ámbitos tradicionalistas y ortodoxos hay todavía una gran renuencia a aceptar estos cambios, aunque en otras áreas como en la psicología social e incluso en el mismo psicoanálisis tenga ya amplia acogida, sobre todo entre las psicoanalistas feministas.

Por otro lado es necesario mencionar también que aún cuando a la luz de las investigaciones más actualizadas se ha demostrado el reducido papel que juega lo instintivo,

heredado y biológico en el comportamiento genérico, aún no se ha dicho la última palabra al respecto y continúan las investigaciones en el campo de la anatomía y fisiología cerebral masculina y femenina (24)(42). Sin embargo, no hay la menor duda en aceptar como válidos los persistentes resultados provenientes de las varias disciplinas mencionadas que confirman el carácter socio-cultural de los roles sexuales, que constituyen el factor externo del género, y la identidad genérica como el sustrato privado, intrapsíquico, por medio del cual los preceptos sociales que conforman los roles femenino y masculino son internalizados y hechos psicología (34).

La importancia de una buena dilucidación del fenómeno estriba además en que con el antiguo "saber" las diferencias entre los sexos con respecto a rasgos, aptitudes y temperamentos, eran considerados como producto de la propia sexualidad y por tanto eran considerados como naturales e inmutables; esto repercutió en todo el sistema social-político, económico y jurídico, que prohibió en diversos grados, el que las sociedades patriarcales devinieran en sistemas machistas y en ocasiones hasta de franca misoginia en las que se dió un poder, un control, un dominio de los varones sobre las mujeres, que Max Weber denominó relación de dominio-subordinación, con todos los resultados funestos que en un estado de desigualdad de este tipo produce (48).

Ya se ha mencionado ampliamente que la institución del patriarcado es una constante social que lleva milenios, por medio del cual la mitad de la población del mundo se encuentra bajo el dominio de la otra mitad, y que es difícil de reconocer y cuestionar porque en todos los individuos se legitima este orden social por medio de una colonización interior profunda y arraigada que forma parte de la psicología tanto de dominantes como de dominados, y aparece considerada como natural (48).

Opera principalmente porque el poder se ejerce por medio de esta ideología internalizada.

Para finalizar sólo se pretende exponer cómo el género contiene o abarca tres diferentes aspectos:

- a) Uno Político
- b) Uno Psicológico y
- c) Uno Social.

El aspecto Político del sexo provee diferencias de status para cada sexo siendo jerárquicamente superior en términos generales, el masculino.

El psicológico promueve la formación de diferentes caracteres o subjetividades como la agresividad, la fuerza, inteligencia, eficacia, para el varón y la pasividad, ignorancia, docilidad, virtud para la mujer.

El *sociológico* que decreta una serie de conductas, actitudes, actividades, consideradas como las propias y adecuadas para cada género (48).

De modo que igual que ocurre con el sistema de castas y clases, las personas que poseen un status superior suelen asumir los roles funciones o papeles de mayor preeminencia social, para lo cual han tendido a desarrollar un temperamento y unas potencialidades acordes con la función que tienen que desempeñar. Un sistema de este tipo tiende a asumir y difundir el mito de que los sujetos del grupo de menor status son menos listos, menos responsables, menos hábiles, menos fiables, menos capaces para los puestos de poder estratégicos que ellos detentan, por tanto se les suele impedir el acceso a una preparación que les permitiera algún día ejercer este tipo de trabajos. Lo dramático es que estas racionalizaciones ideológicas tan fuertemente impuestas y sostenidas llegan a convencer a los mismos subordinados de que en realidad son inferiores e incapaces de asumir los roles dominantes y tienden a creer que sólo están hechos para las tareas que les han sido impuestas, sobre todo si realmente en su bagage psicológico no han integrado los rasgos caracterológicos, las inquietudes, las habilidades, la fuerza para aventurarse a otro tipo de actividades y solo en ciertas circunstancias por cuestiones de movilización social de suprema necesidad se ven impelidos a desempeñar. Cuando esto sucede los cambios sociales y psicológicos que se

producen, hacen que el curso normal y natural del statu-quo se cuestione y empiece a cambiar, que eso es lo que esta pasando desde hace un tiempo, especialmente en el ámbito de las diferencias entre los sexos (2).

1.3. DESARROLLO DIACRONICO Y SINCRONICO DEL GENERO.- Breve resumen de la conformación de las subjetividades masculinas y femeninas históricamente.

Resumiendo del inciso anterior, se puede aseverar que el género es un fenómeno que en el ser humano se estructura a través de una interdependencia bio-psico-social y que aun cuando las investigaciones más recientes acentúan y priorizan los factores socio culturales implicados en su gestación, la importancia de lo psicológico es insoslayable; y en cuanto al papel que juega el sustrato biológico todavía sigue investigándose (24)(42). Pero tomando en cuenta todas las investigaciones provenientes de las ciencias sociales que como ya se ha mencionado son las que más se han ocupado del tema, propositivamente diremos que diacrónicamente en los albores de las sociedades humanas el punto de partida para la organización de la división sexual del trabajo y de los sexos en cuanto al género, fue la capacidad procreativa de la mujer. A partir de la cual se fue dividiendo la participación de los individuos de acuerdo a su sexo en dos ámbitos de actividad que con el tiempo fueron quedando perfectamente

delimitados: el externo y público para el hombre, y el doméstico y privado para la mujer (6) (11) (3) (4) (49).

Esta organización de sexo/género se manifiesta de manera constante y generalizada en casi todas las culturas y con el correr del tiempo devino en una división jerárquica de los géneros aunque en grados distintos de acuerdo a las diferentes culturas y épocas, pero en general otorgándoles una mayor valoración a los hombres ya que su quehacer identificado con la producción, lo transformador, lo creativo y trascendente fue definiéndolo; en tanto que la mujer y su hacer cifrado en la reproducción y crianza de los hijos vinculado con la naturaleza con lo biológico, lo inmanente, le fue cerrando posibilidades de un mayor desenvolvimiento quedando sólo como reproductora de la especie (12) (32) (61).

La producción de los bienes de consumo, las explicaciones cosmogónicas del mundo desde la magia hasta la especulación filosófica, el ejercicio del poder económico y político, la posesión y distribución de los bienes, el establecimiento de normas y leyes, el ejercicio de la guerra, etc. todas van a ser actividades que el varón va a desempeñar durante milenios. No es pues nada extraño ni casual que su estatus en la sociedad se haya convertido en superior por el rol protagónico que le tocó desempeñar, con la serie de retos que tuvo que ir venciendo para dominar a la naturaleza. Como corolario, tuvo que ir desarrollando las características psicológicas adecuadas para el desempeño de este rol,

características tales como la fuerza, la iniciativa, la racionalidad, la audacia, la decisión, el dominio, la independencia, la inventiva, etc. Mientras que de la posibilidad real de la mujer para gestar hijos se le fueron extrapolando características como la abnegación, la ternura, el sacrificio y la pasividad, la sumisión, el deber de darse y vivir para los demás hasta la habilidad y el gusto para cocinar, lavar y planchar (4).

Así fueron quedando sellados los destinos de ambos, pues a los individuos desde el nacimiento se les troquela dentro del género y el rol esperado, reproduciéndose así por generaciones esta organización social sexo/género. Cerrándose así el círculo: la sociedad demarca las características necesarias para el desempeño de los roles que más le convienen para sus estilos de producción y reproducción, siendo estas tan ideológicamente sostenidas y transmitidas que ulteriormente llegan a ser consideradas como naturales y como producto directo de las biología masculina y femenina (12) (4) (5) (8) (11) (61) (27).

1.3.1 Origen sincrónico y psicológico de la identidad genérica y del rol.

Sincrónica y psicológicamente los individuos introyectan y asumen su género a través de los siguientes estadios (Dio Bleichmar E. 1980)

- a) Por la asignación o rotulación.
- b) Por la formación de la identidad genérica (que contiene el núcleo de esta identidad).
- c) Por la asunción del rol.

Una vez que el sexo del bebé es identificado al momento de nacer por las personas encargadas del parto y que es anunciado a sus familiares, esta rotulación funcionará como detonante de una serie de actitudes, conductas, sentimientos, creencias, que se pondrán en juego al entrar en contacto con él o ella y que corresponden al código internalizado por cada uno de los progenitores y demás miembros del grupo familiar considerado como el único válido, para normatizar la masculinidad y la feminidad socialmente. Por supuesto se trata de un fenómeno con fuertes elementos inconscientes y que va a ser especialmente desempeñado de manera prioritaria por la madre en su temprana relación con el hijo(a). La importancia de la rotulación se ha detectado con mayor medida en los casos de malformaciones, de transexualismo, en el que el ambiguo sexo del bebé ha dado lugar a errores en la asignación sexual y le es estructurada una identidad genérica, que no es acorde con su sexo cromosómico, hormonal y gonádico.

Sin embargo, lo importante a señalar, es cómo a partir del discurso y trato materno, muy determinado por su heterosexualidad y demás creencias y tabúes, se va a ir

gestando en el bebé junto con el desarrollo de su Yo, una percepción ideoafectiva de ser nene o nena sin la participación cognitiva de distinguir aún la diferencia anatómica de sus órganos sexuales. A esto es a lo que se le denomina el núcleo de la identidad genérica y que varios autores ubican alrededor de los 18 meses. Al ir avanzando en edad obteniendo un mayor desarrollo cognitivo e ir descubriendo, percibiendo e identificando con mayor claridad su cuerpo y sus sensaciones esta primigenia identidad va a ser reforzada de manera tal que alrededor de los tres años, ésta va a quedar indeleble e irreversiblemente establecida, lo cual ha podido ser también corroborado en los casos de transexualismo ya mencionados.

La identidad genérica estará ya fuertemente establecida cuando se va a dar el fenómeno edípico.

A partir de aquí los procesos de socialización se encargarán de consolidar esta identidad a partir de las diferentes actividades, juegos y actitudes a los que se van a tener que adecuar los niños dependiendo de su sexo, potenciando cada vez más el clivaje entre la masculinidad y la feminidad. La latencia, la pubertad van requiriendo de una mayor asunción del rol, que para estas alturas de la vida esta ya perfectamente demarcado para ambos sexos. Aquí si ya no hay dudas de lo que significa ser un hombre masculino o una mujer femenina, y lo que se espera de cada uno (23).

Es la etapa en que se define casi totalmente la orientación del objeto sexual, que se supone empezó a definirse con la resolución de la fase edípica, pero que al menos en lo que respecta a las mujeres parece ser que se prolonga y difiere hasta la etapa de la latencia, según se tratará en el siguiente inciso (19) (9) (11) (13) (23).

1.3.2. Diferencia en la conformación de la identidad genérica masculina y femenina por la mediación de la madre, el padre y demás elementos socializantes transmisores del código cultural imperante.

Por el hecho de ser la mujer en nuestro tipo de sociedad patriarcal el primer objeto libidinal, anaclítico y narcisizante quien en su rol de madre se encarga prioritariamente del cuidado y la crianza de los hijos desde el momento del nacimiento, ésto ha dado como resultado el desarrollo bilateral de las identidades genéricas masculina y femenina, con la participación ulterior del padre, y todo el resto de elementos socializantes del entorno.

Se ha descubierto que por el hecho de ser mujer y generalmente heterosexual, la madre tiende a desplegar conductas y actitudes conscientes e inconscientes diferentes hacia los hijos dependiendo de su sexo. En general se asume que en nuestra cultura existe una fuerte represión por parte de ésta en el vínculo con sus hijos con respecto a todo tipo

de manifestación sexual; sin embargo, este trato que incluye caricias, arrumacos, juegos y cuidados que de algún modo pueden tener connotaciones de tipo libidinal-erótico es aún más represivo y rígido con respecto a las hijas mujeres (Porque de alguna manera atenta en contra de dos preceptos fuerte y ancestralmente sancionados por todo el discurso normativo y moral de la cultura introyectada: la homosexualidad y el incesto). De manera que de entrada, una de las principales diferencias encontradas, se refiere a que las relaciones con los varones contienen una mayor carga libidinal, en tanto que con las niñas se enfatiza el aspecto narcisizante de esta primitiva relación con la madre (15)(11)(19).

Estas conductas y actitudes de la madre van a repercutir de manera determinante en la psique en formación de los pequeños, en la conformación de su Yo, de su identidad, que desde sus inicios incluye a la identidad genérica y al núcleo de ésta. Actuales estudios psicoanalíticos se han ocupado de la evolución diferente de las identidades en niños y niñas. En la etapa preedípica la niña por pertenecer al mismo género que la madre va a desarrollar un mayor apego, una mayor indiferenciación, un tipo de identificación especular con altos contenidos simbióticos, pero también de narcisización gratificante como consecuencia de ser igual al Ideal, que lo es todo en su mundo. La imagen de la madre omnipotente, gratificante que llena el espacio de vida, su vida

relacional, hace que la pequeña la tome sin obstáculos como modelo y desarrolle una identidad poco diferenciada, fusionada y confundida con la de la madre, pero con una gran sensación de plenitud por ser igual que ella. Todo ésto coresponde a la etapa preedípica.

Mientras que con el varón por existir una mayor sexualización del vínculo con la madre, ésto tiende a marcar la diferencia entre ellos, acelerando la necesidad de separación. El sexo del hijo convoca a la madre a desplegar un mayor sentimiento de diferenciación que va a ir marcando su relación y la subjetividad del pequeño (15) (11) (9) (54).

En el niño la identidad masculina va a depender precisamente del desapego, la individuación y de un mayor contenido libidinal en su relación con la madre, por lo cual propende a lograr una autonomía más lograda con un claro desarrollo defensivo de los límites de su Yo (23).

De manera que en esta primera etapa preestructural existe una valoración muy alta de la figura femenina representada por la madre tanto en los niños como en las niñas (56).

No obstante también se da el hecho de que esta figura tan importante que otorga o niega todo; de la cual se depende totalmente para la gratificación física, emocional y para la sobrevivencia misma provoque también precisamente por su mismo poder una serie de sentimientos de agresividad y ambivalencia que van a tender a ser reprimidos (62), y que en

la niña suelen darse con una conflictiva todavía mayor, porque estos sentimientos reprimidos van a estar mezclados con otros ligados a una necesidad de mayor dependencia, lo cual genera culpa, persecución y angustia de separación, quedando así muchas veces instalado un conflicto eterno con la madre (11).

Para los niños y los hombres en general la separación e individuación están estrechamente ligadas a su identidad sexual, mientras que en la mujeres y las niñas ocurre exactamente lo contrario (Gilligan, 1982), ya que en ellas el apago y la dependencia son lo esperado por su género. Melanie Klein observó que las madres en el embarazo y durante la crianza tendían a desarrollar una regresión que las hacía recrear su propia infancia y la relación con sus madres, a la vez que les suscitaba una gran identificación y apego con sus hijas mujeres, y estos sentimientos depositados en ellas tienden a influir en el proceso de la formación de la identidad. Como resultado las mujeres llegan a percibirse y definirse siempre en relación y en conexión con otras personas, por esta necesidad que les fue sembrada por la madre y que van a tender a reproducir en toda su ulterior vida relacional, con una fuerte tendencia a experimentar las necesidades y los sentimientos de los demás como si fueran propios al contrario del varón quien en general le rehuye a la intimidad, a la cercanía a todo aquello donde es necesaria

la expresión de los sentimientos por ser consideradas como características femeninas (15).

La crisis de la castración y la etapa edípica, también van a tender a ser vividas de diferente manera, con diferentes resultados y tiempos para cada sexo.

En el niño por ejemplo, el complejo de castración destruye el Edipo, puesto que la rivalidad que empezó a vivir con el padre por el amor de la madre le conduce a una situación amenazante que resuelve identificándose mejor con los valores y características de éste, con el incentivo de estar adquiriendo las prerrogativas que le confiere el pertenecer al género de mayor estatus en la sociedad, como el futuro hombre-poseedor del falo, el género que hace, que incide en el entorno y posee el poder.

En la niña por el contrario el complejo de castración empuja al Edipo; en otras palabras, cuando la niña se va percatando que la madre como máxima figura idealizada no es el objeto de valor omnipotente que fantásticamente había internalizado sino que es el padre quien realmente detenta el poder y la investidura superior que la cultura le confiere por el hecho de ser varón, le sobreviene una herida narcisista que la conducirá a volcar su atención hacia el padre para obtener en adelante la valoración de él, y empezando a rivalizar con la madre (15) (11).

Lo importante a señalar en este punto es que en el niño la crisis de la castración solo lo va a afectar en tanto tiene que asumir su renuncia a la madre como objeto de su amor, identificación y deseo, pero la identificación posterior con el padre coadyuvará a que la narcisización de su género la asuma como plena, de hecho se va a dar todo un proceso de narcisización de la masculinidad en esta etapa y durante toda su vida. En la niña el colapso narcisista que le sobreviene por la doble decepción de la condición de castrada de su madre y de ella, le va a atacar el núcleo de su estima profundamente.

Hasta aquí se dejará este período de identificación genérica primaria que, como se asentaba, en cada sexo va a seguir ulteriormente consolidándose y diferenciándose con la entrada de lleno en el mundo socio-cultural, forjándose cada vez una mayor diferenciación entre las subjetividades masculina y femenina (15) (9) (23) (19) (37) (48) (54) (60).

1.3.3. Identidad femenina secundaria, asunción del rol y de la orientación sexual, Ideal del Yo y super Yo.

En adelante ya sólo se describirán estos procesos en relación con la mujer, objeto de este trabajo y quizá sólo se mencionará lo masculino para delinear los contrastes.

De modo que resumiendo, tenemos que la etapa preedípica en la mujer presenta las siguientes características:

- a) Presenta una estructuración predominantemente narcisista en el vínculo con la madre.
- b) Presenta una mayor dificultad en el proceso de separación-individuación.
- c) Presenta una menor sexualización del vínculo materno.
- d) Presenta una identidad primaria que contiene al Yo ideal femenino.

La crisis de la castración, que en un contexto más actualizado y realista, refleja las claras y reales diferencias valorativas socio culturales que se asignan a los géneros, en la niña se va a manifestar por un paulatino darse cuenta de que aquella feminidad primaria idealizada y plena, es ahora concebida como inferior por todo su entorno. La sociedad, por tantos siglos de cultura patriarcal, no ha logrado superar que en su conjunto de niveles simbólicos considere a un solo género como el ideal, el masculino. Y percatarse que la consagración y el reconocimiento social son valores que se consiguen por la pertenencia o no de este ideal, es una de las confrontaciones que debe enfrentar la niña desde su temprana inserción en el mundo (15).

La niña para superar esta crisis necesita:

- Reelaborar su feminidad, construyendo otro Yo ideal femenino secundario, que contenga y asuma esta condición de segundo sexo. Y
- Narcisizar su sexualidad, puesto que en nuestra cultura la sexualidad femenina presenta valorizaciones muy contradictorias.

Emilice Dio Bleichmar (1985:103) plantea con respecto a este trastorno en el sistema narcisista (que en la niña en la mayoría de los casos implica una completa devaluación de sí misma), la necesidad de cuestionar -¿Cómo se las va a arreglar para seguir deseando ser mujer en un mundo masculino, patriarcal y fálico?- y no tanto sobre -¿Cómo le hace la niña para pasar su interés, apego y orientación de objeto de la madre al padre?- Ya que esta crisis de castración es la que conlleva a la conformación de su heterosexualidad, puesto que inevitablemente la hará orientarse hacia el hombre para restituir el narcisismo perdido a través de la valoración que éste le pueda dar. Sin embargo, a la niña no le va a ser suficiente definir su heterosexualidad con su apego al padre, sino que necesita forjarse una feminidad revalorizada, que de nueva cuenta le lleve a reconstruir su sistema narcisista, con otro ideal de género que le ayude a reivindicar su rol de género y su deseo sexual (15).

O sea que el problema en la mujer no se resuelve únicamente a través de la normatividad de su orientación sexual hacia el hombre. El problema es muchísimo más complejo que éste y no se agota en la resolución de su orientación heterosexual. La mujer arrastra un déficit narcisista en su valoración como género que tiene una serie de consecuencias en su autoestima, en su sexualidad, en su subjetividad, en su hacer y en el desempeño de su rol.

Todo esto ineluctablemente vinculado con las condiciones sociales reales que se le imponen como normas troquelantes y limitantes de su ser femenino (4) (5) (15) (19) (48) (49).

Empezando por la desigualdad que se cierne sobre el desarrollo y desempeño de su sexualidad que por siglos le ha sido confiscada por la sociedad y sus instituciones. El código de la doble moral ha pesado sobre ella y una de sus repercusiones principales estriba en no haberle permitido desarrollar una coincidencia entre su pulsión sexual y la valorización de esa pulsión. La mujer como sujeto de deseo ha sido totalmente descalificada, denostada y sancionada; es más, simplemente ha sido más fácil negar la existencia de sus pulsiones que reconocerlas y otorgarles la misma legitimidad que las de los hombres incluso por parte de la ciencia. Ningún hombre es descalificado, en tanto hombre, por sus pulsiones eróticas ninguno es acusado por abusar de su actividad sexual ni obligado a cuidar de su virginidad, o denostado por ser polígamo. Por el contrario todas estas

manifestaciones son consideradas como símbolos de hombría. Con la mujer ocurre exactamente al revés, en ella cualquier intento de favor de la pulsión mancha su valores como mujer. El narcisismo de su sexualidad está refrendado con el de su género. La mujer se percata pronto que si quiere ganarse el respeto y el valor que le toca en la sociedad debe ser recatada, fiel y monógama. Ser diferente atenta también contra su autoconcepto. De aquí que no es gratuito que en ella se haya desarrollado la dicotomía entre ser un objeto de deseo y la muy generalizada imposibilidad de ser sujeto del deseo. Interviniendo aquí el otro factor determinante de haber depositado en el hombre la fuente principal de su valoración. De suerte que desde púber la niña va aprendiendo que debe ser deseada por el hombre y que solo a través de él va a obtener la tan anhelada valorización de su persona. Por eso esa necesidad casi obsesiva de atraer a un hombre y ser amada y valorada por él. La diferencia con la sexualidad masculina estriba en que el hombre puede buscar libremente la satisfacción de su pulsión en una mujer e incluso establecer con ella una relación de tipo anaclítico, pero la valoración de lo que es y hace, lo obtiene externamente de los demás hombres. Él abreva de diferentes fuentes de autoestima para formar su autoconcepto (48)(60)(65)(15).

La orientación sexual que se define en la etapa edípica y se consolida en la adolescencia puede tomar cualesquiera de las siguientes formas en la mujer (15):

- 1) Una de las más frecuentes es cuando se idealiza al objeto sexual
- 2) Cuando se toma como Ideal del Yo al objeto.
- 3) Cuando lo que se idealiza son los modos de actuar y de ser del rol masculino y se adoptan.
- 4) Cuando se adopta como objeto sexual al mismo del varón.

La primera forma representa la típica mujer "femenina", cuya meta suprema y única en la vida es ser la mujer de un hombre, al cual tenderá a idealizar de manera extrema a expensas de empobrecer todavía más su propio Yo.

En la segunda, muy de la mano de la primera, la mujer elige al objeto que considera con las habilidades y virtudes del Yo que ella ansiaría tener, pero a las que renuncia por inasequibles, delegándolas totalmente en el hombre, conformándose con ser la compañera anaclítica de él.

En el tercer caso están todas aquellas mujeres que incorporan y despliegan, metas, actitudes, convencionalmente consideradas como masculinas asumiéndolas como parte de su rol, pero sin comprometer para nada su orientación heterosexual. En este caso estarían un gran número de mujeres de esta época, muchas otras encuadradas como mujeres históricas, o bien aquéllas cuyas madres por "x" razones las criaron dentro de roles y valores menos convencionales.

Finalmente la cuarta modalidad cubre a las mujeres que adoptan el objeto del deseo masculino como objeto del deseo propio y desarrollan una homosexualidad (15).

Cuando la etapa edípica es resuelta, tanto la niña como el niño han asumido e integrado en su psiquismo el más grande y prioritario de los tabúes impuestos en todas las sociedades humanas en el ejercicio normativo de la sexualidad: la prohibición del incesto (59).

Sin embargo como ya se mencionaba anteriormente, una vez superada esta etapa los raseros y las normas morales, religiosas, socio culturales y hasta en un tiempo, jurídicas que rigen a la sexualidad, van a ser totalmente desiguales y asimétricas en su aplicación para los dos sexos, lo cual repercutirá en el déficit narcisacional de su sexualidad.

Aunque, no es sólo por la vía de la sexualidad que en la mujer se instaura y persiste este déficit narcisístico, sino que también por tener que cumplir con las expectativas y actividades acordes a su rol va sufriendo de un déficit en su acción, en su hacer, y en el dominio de la realidad exterior por haber estado obligada a permanecer en un mayor estado de dependencia que le va a traer como consecuencia el insuficiente desarrollo de las habilidades yoicas necesarias para el incremento de la autoestima. De este modo se puede llegar a afirmar que en toda mujer en algún momento de su vida se le puede disparar un núcleo fóbico que la lleve a

desarrollar un fuerte sentimiento de "miedo a no poder" a "no saber", que le limite su actuar en el mundo (23) (15).

Por este motivo es que los perfiles de autoconcepto masculinos y femeninos tienden a presentar marcadas diferencias donde los varones van a presentar un mayor sentido de su propia eficacia, una mayor confianza en sus habilidades instrumentales y en poder producir efectos en el mundo externo por su media de la acción, y en general con una mayor orientación al logro; mientras que las mujeres tienden a presentar mayores capacidades de tipo relacional y con mayores grados de ansiedad y dependencia, en general (14) (9).

Finalmente las fuentes que se le han reservado a la mujer para alimentar su autoestima narcisística son:

- La maternidad, la belleza corporal y la seducción, y también la posible narcisización de su sexualidad.

La función procreativa sigue siendo entonces hasta nuestros días, la principal fuente de abastecimiento de autoestima para la mayoría de las mujeres, quiénes en los períodos en que están cumpliendo con esta función tienden a sentirse plenas, valorizadas, por el hecho de poder dar vida y cuidar vitalmente a los hijos, sobre todo si como es lo usual no han desarrollado otras fuentes de interés diferentes a su rol maternal (15) (11) (9) (19) (30) (64).

Sobre el uso de la belleza y la seducción como vías para obtener valoración y el cumplimiento de las metas y fines del rol se observa que las niñas desde pequeñas aprenden que estas son sus mayores armas para atraer y conseguir lo que quieren. Por lo cuál muchas de las características de la subjetividad femenina, estarán conformadas alrededor de ésto, ya que por medio de ello una mujer será capaz de atraer a un hombre, obtener la gratificación narcisística que tanto necesita como objeto digno de ser deseado amado por él y además poder cumplir con el rol de la maternidad (9).

Sobre la posible narcisización de la sexualidad femenina sería necesario que se operara un verdadero cambio de los valores psicosociales imperantes, para que se ofrecieran otros modelos con los cuales identificarse con una mayor valoración, de lo contrario es muy difícil para cada mujer individualmente lograrlo.

Al respecto Emilce Dio Bleichmar (1985:111) comenta que : "Parece imprescindible e imperiosa la incorporación al discurso analítico de la valorización dicotómica y desigual de los roles del género que la cultura viene realizando desde sus albores, para poder comprender cabalmente la articulación entre el deseo sexual y el deseo narcisista en la mujer". Y en otra parte de su obra asienta también: "No es por muy narcisista por lo que la mujer no hace bién el amor, sino por un trastorno básico en el proceso de narcisización de su género y de la puesta en acción de la pulsión".

Como corolario de todo lo expuesto a lo largo de este inciso podemos darnos cuenta que en la misma estructuración de su identidad como ser femenino desde la etapa edípica hasta la adolescencia y la adultez regida por los paradigmas y representaciones patriarcales, la mujer desarrolla todo un handicap con este déficit en su autoestima que será detonante causal de una serie de efectos en general negativos, que repercutirán en todas las instancias de su vida. Pero el que más importa señalar, por considerarlo básico y crucial, es el de que ésto haya provocado que los hombres y las mujeres se hayan creado no solo diferentes, sino desiguales, lo cual como se ha palpado más recientemente, los ha precipitado a una guerra de sexos, en la que nadie gana finalmente, pues en ella todos los componentes de la sociedad estarían destinados a perder (60).

1.3.4. La reproducción del ejercicio de la maternidad en las mujeres como eje central de su rol e identidad desde el punto de vista psicoanalítico.

Como ya se asentó en otro momento el rol de las mujeres es un producto histórico-social, pero la capacidad para el ejercicio de la maternidad es un rol de base eminentemente psicológica.

Esta capacidad y la necesidad para gratificarse con ella (o a través de ella) están fuertemente internalizadas y reforzadas

psicológicamente desde la más temprana relación con la madre, habiéndose desarrollado e incorporado progresivamente en el núcleo mismo de la identidad psíquica femenina al mismo tiempo que la formación del Self. Lo cual es explicado por el psicoanálisis, especialmente por la corriente de las relaciones objetales, de una manera más sistemática y profunda que otras teorías que se basan en la intención individual o en criterios conductistas.

Está en la base misma de las primeras internalizaciones que van conformando la estructura intrapsíquica inconsciente, la formación del Yo, y del "Self en relación" de la niña, como resultado de las estrecha, intensa y poco diferenciada relación preedípica con la madre (11).

Es un hecho que el ser humano es el ser más desvalido que hay en la naturaleza en el momento del nacimiento. Y que este desvalimiento lo va superando poco a poco y muy lentamente, a medida que se desarrolla física, intelectual y emocionalmente en el largo tránsito hacia la adultez pasando por la niñez y la pubertad.

Para poder lograr un desarrollo óptimo mínimo ha necesitado de un espacio y unos objetos que se hayan encargado de cubrir todas sus necesidades vitales y emocionales básicas para que ulteriormente él mismo pueda desempeñarse en el mundo como sujeto autónomo, independiente y maduro.

Es un hecho también que en nuestra cultura por ser la mujer quien biológicamente está dotada tanto para la gestación como para la alimentación del bebé en el primer o primeros años de la vida, es ella la principal y casi única proveedora y mediatizadora entre él y el medio en esta etapa (56). Sin embargo, como en todos los hechos humanos, en que lo biológico es siempre rebasado por la cultura, hasta en esto se han dado cambios en lo que respecta a la aparición de otros modos alternativos de alimentación y de cuidado.

De suerte que aunque el ejercicio de la maternidad sigue siendo uno de los elementos universales y permanentes de la división sexual del trabajo de mayor peso, éste tiende a variar cualitativa y cuantitativamente en el tiempo y en los diferentes tipos de sociedad.

Sin embargo, actualmente se da la paradoja en algunas sociedades occidentales, la norteamericana por ejemplo, de que aunque los requerimientos físico biológicos para la crianza de los niños han decrecido, lo mismo que el número de hijos, aparte de que cada vez a edades más tempranas los niños son insertados en los sistemas educativos institucionalizados, curiosamente el rol maternal ha ganado una mayor significación psicológica e ideológica.- Hace dos siglos la maternidad le ocupaba a la mujer casi toda su vida y una de las principales causas de defunción eran precisamente los partos; sin embargo, la maternidad no le dominaba la vida, pues dentro de su rol también estaba el de

desempeñar otra serie de trabajos productivos que combinaba con su ejercicio maternal ya que la familia conformaba una especie de cooperativa de producción en esa época preindustrial (49)(11).

Con el cambio en la organización de la producción propiciada por la revolución industrial y el capitalismo se fue dando también un cambio social en la vida familiar y por ende de las mujeres.

La familia fue perdiendo su influencia en la educación formal y en la formación religiosa de los niños, cuidado de los enfermos y de los ancianos, y por supuesto de la producción casera y se transformó cada vez más en la esfera personal de la sociedad.

De esta manera el rol de la mujer se terminó centrado en el cuidado de los hijos del esposo y del hogar haciéndose aislado, exclusivo, relacional y personal (49)(11).

Este sería el estereotipo de las sociedades occidentales, modernas urbanas de la familia nuclear y que en nuestro medio mexicano ciudadano se presenta muy combinado con el tipo de familia extensa aún con resabios provincianos o rurales pero aun así muy influenciado con las estructuras del modelo urbano (48)(47)(55).

De este modo el mundo familiar cuando los hijos están pequeños se reduce la mayor parte del tiempo casi

exclusivamente a la relación de la madre con los hijos con escasos contactos sociales, poca ayuda rutinaria y toda la responsabilidad de éstos recayendo sobre las espaldas de la mujer (38)(11).

El panorama, el escenario descrito nos tiende a mostrar un entorno socio-cultural que tiende a conformar individuos de acuerdo a sus normas, creencias e intereses y aun cuando algunos de sus roles, conductas, actitudes y hasta necesidades se les induzca por medio del adocrinamiento ideológico, la enseñanza, o el manejo de la publicidad por los medios masivos de la comunicación, lo cierto es que el rol parental como rol de género es inducido por medios mucho más complejos, profundos, insertos en el núcleo mismo de las estructuras endopsíquicas de los individuos gestados en una estructura familiar con una organización parental asimétrica que propende a que las primeras relaciones de los hijos sean con una mujer-madre que marcan indeleblemente las diferencias en las capacidades y necesidades relacionales de los hombres y las mujeres. Por ésto, se afirma que lo parental es un rol psicológico y que en el tipo de sociedad patriarcal, quien lo tiende a desempeñar prioritariamente es la mujer, quién desde niña desarrolla las capacidades relacionales insertas en su subjetividad que le van a permitir ejercitar este rol, incluso desearlo e identificarse con él (11)(49).

La madre en su especial modo de relacionarse con la hija va sembrando en ella la reproducción del ejercicio de la reproducción (11)(9)(35).

Ya se mencionó en el capítulo anterior las características de la relación preedípica con la madre a partir de la cual:

- 1) Queda fundada la actitud psicológica para lo parental.
- 2) La pequeña sale de esta etapa con el recuerdo y la aforanza de una intimidad única que va a tender a recrear en ulteriores relaciones.
- 3) La experiencia de esta temprana relación provee el fundamento de la tendencia en las mujeres para ser madres.

La clave de la subjetividad femenina y su proclividad a la maternalidad está en una estructura objetal-relacional más compleja que en los varones producto de esa confusión de límites exclusivos y ambivalentes de simbiosis prolongada con la madre con una primitiva hiperidentificación narcisista preedípica con ella, que la niña aún arrastra cuando ingresa a la etapa Edípica, en la cual se va a sumar su relación con el padre (11)(8).

A partir del complejo de Edipo, las mujeres van a construir un mundo objetal endopsíquico de mayor complejidad que las hace quedar insertas en mayores problemas relacionales, ya que las niñas no se vuelcan de manera absoluta hacia el padre sino que van a agregarlo a su mundo de objetos primarios

formado por la preocupación alternativa hacia su madre interna preedípica y edípica. Así, aunque de esta etapa suelen salir con una orientación heterosexual, habiéndose elegido al padre y a los hombres como objetos eróticos primarios, en realidad el compromiso emocional con ellos es menos exclusivo tendiéndolos a dejar como emocionalmente secundarios. De aquí que las niñas finalmente no resuleven su Edipo de igual modo que los varones, no reprimen del todo ni abandonan su apego preedípico y edípico a la madre, ni tampoco su apego edípico al padre, creciendo por tanto, con un mayor conflicto en sus relaciones objetales internalizadas y con las relaciones externas. Reflejándose ésto en una lucha ambivalente entre una necesidad de separación e independencia de la madre y una oscilación emocional entre la madre y el padre.

Todas estas experiencias estructurales dan pie a una especial disponibilidad relacional desarrollada que permanentemente les propenderá a recrear el apego y la necesidad hacia "otros", como una especie de vacío interno que tiende a ser llenado, haciéndolas seres siempre dispuestos a ser "de" o "para" otros y que ineluctablemente las torna en sujetos psicológicamente idóneos para el ejercicio de la maternidad (11).

Los sistemas socio-culturales tienen la tendencia a reproducirse a sí mismos por medio de una serie de pautas de valor común que tienden a ser internalizadas como necesidades

y disposiciones intergrados a la personalidad de sus miembros. Sobre estos principios Parson y colaboradores asientan su teoría de la sociología psicoanalítica de la reproducción social, sobre la cual Nancy Chodorow también se basó, tomándola como modelo para elaborar su propia sociología metodológica psicoanalítica aplicada al desarrollo de la subjetividad femenina, fundada también como ya se mencionaba en la teoría de las relaciones objetales (11).

Como corolario de estos dos últimos incisos tendríamos un perfil de identidad y subjetividad femeninas como condición genérica producto de la estructura familiar asimétrica imperante, conformada alrededor de los siguientes aspectos (que pueden ser considerados como secuelas).

- Una autoestima baja.
- Un desarrollo psicoemocional tendiente a lo relacional, que compromete y limita su rol instrumental de "hacer".
- El desarrollo de un sentimiento de ser "para" o "de" los demás.
- De donde se deriva que su identidad esté fincada en la maternidad prioritariamente.
- Que no se perciba como sujeto de sus deseos agresivos, asertivos, autoafirmativos, hostiles, intelectuales, espistemofilicos y menos de los sexuales.

- Que paradójicamente dentro de los elementos básicos de su psicología tenga, que desarrollar y valerse de la seducción, como vía para abrirse camino en el mundo desde su feminidad.
- Su vida debe, pues, girar dentro de los polos de la seducción y la generosidad incondicional que le requieren el ejercicio de sus roles por medio de las dos únicas vías válidas para obtener su cuota de narcisización de género: por medio de la conquista de un hombre, y por medio de su realización cumbre como mujer siendo madre.
- Topándose con el hecho enajenante de que ambas cualidades son mutuamente excluyentes por lo cual lo más común es que tempranamente la mujer quede conformada mayoritariamente alrededor de su identidad de madre renunciando, o soslayando su ya de por sí limitado y efímero derecho al despliegue de la sexualidad.
- Finalmente darse cuenta de que si llegare a desarrollar todas las características necesarias para cubrir ese Ideal femenino estereotípico, impuesto por la sociedad, devendría aún más en un sujeto por demás insano psicoemocionalmente (8).

Pero es necesario asentar que todas estas características connotadas como secuelas de su *condición de mujer desarrollada en un mundo patriarcal*, evidentemente se van a ver condicionadas, matizadas, potenciadas o neutralizados en cada mujer, por su propia situación histórica, estructural e

individual con todas las variantes que esta historia personal pueda imprimir a su condición genérica compartida por todas las mujeres de su grupo socio-cultural. Una fuerte estructura Yoica con estímulos sociales diferentes, marcaría toda una diferencia. Lamentablemente no es precisamente lo más común, dado que como se vió, el modelo de género imperante tiende a ser mantenido y reproducido ideológicamente por el grupo social de manera contumaz, de allí que sea tan difícil a nivel individual salirse del troquel que fue introyectado psíquicamente a través de todo el desarrollo del Yo y avalado por el medio.

Por tanto no es gratuito asentar que en el medio de nuestro país, el modelo de mujer más común y "valorado" es el de la madre-esposa que en general asume su rol de esposa muy contaminadamente con su rol de madre (35)(55)(57)(52).

No desarrolla su papel de esposa, como verdadera compañera sexual, emocional, intelectual, lúdica del marido porque en general, no le fue permitido en su bagage emocional y de conductas, asumir un rol de este tipo. Ser esposa significa cuidar de la casa y del marido desde su maternalidad; rápidamente desde los primeros años del matrimonio, casi después del nacimiento del primer hijo, su misma dignidad de madre recién instaurada, paulatinamente la hace ir asumiendo conductas maternales, en tanto cuidadora y sancionadora con su mismo esposo, renunciando a ser su compañera sexual y de otros intereses (35).

La fuerte represión moral imperante le impide seguir identificándose con la parte del rol que un día le sirvió para atraer a su marido. Renuncia a ésto y a muchos otros deseos propios, terminando por sepultarlos o derogarlos todos en áreas del servicio y el cumplimiento de los deseos de los demás, como lo requiere el ejercicio de esa maternalidad generosa, nutriente, proveedora que intenta asumir como modelo del Ideal.

Esta renuncia, esta generosidad constante, esta disponibilidad para los demás en detrimento de inquietudes, potencialidades, intereses, actividades propias, por su puesto no son asumidas en forma auténtica y genuina, sino casi por decreto, por imposición, aunque sea psíquica, terminan por deteriorar rápidamente la personalidad femenina en la generalidad de los casos. Reavivando sus tempranos conflictos de simbiosis, falta de autonomía e independencia que arrastraba desde la niñez y que la hacen creer que su deseo está precisamente en ser madre y ser para los demás para poder ser valorada, querida y retribuida, por el mismo proceso de culturización, adaptación y socialización fuertemente internalizado, en un futuro que nunca va a llegar como ella lo había fantaseado. El desencuentro con su pareja se instala más tempranamente y la serie de frustraciones, vacíos, sin sentidos van a tender a matizar su vida sobre todo cuando los hijos crecen y termina su rol maternal (4) (5) (60) (10).

No obstante, en general a pesar de que todo ésto se sabe por la experiencia compartida de casi todas las mujeres que han transitado antes, o simultáneamente por este avatar esterotipado del Rol, la mujer mexicana media de casi cualquier nivel socio-económico sigue aferrada al papel de madre-esposa como el principal eje definidor y valorizador de su vida (35) (55). Aunque desde luego también hay que señalar los cambios que se están dando por una serie de infiltraciones culturales que están poniendo en boga otro tipo de imagen femenina adoptado principalmente por las clases socioeconómicas altas o por la influencia de las corrientes feministas, que ya están incidiendo en las juventudes de todos los niveles por la influencia de los medios masivos de comunicación especialmente la televisión y el cine. De manera que actualmente el rol femenino se complejiza más, pero aun sigue siendo todavía central el papel materno.

CAPITULO II

A U T O C O N C E P T O

2.1. NOTAS PRELIMINARES. Generalidades sobre el origen histórico de este constructo.

Definir el Autoconcepto, rastrear sus legítimos orígenes, y tener una idea claramente delineada y delimitada de este constructo psicológico, es una tarea bastante difícil. Comprende una serie de factores y dimensiones de lo más variado, de modo que, su extensión significativa es amplísima. Además, su concepción depende mucho de los diferentes enfoques teóricos desde donde se ha abordado, y por tanto, va a haber tantas acepciones del vocablo como número de autores que se han ocupado de él. Por otro lado sus orígenes tampoco son muy claros, dado el manejo y significados ambiguos de las mismas fuentes que lo originaron.

Por tanto, no es difícil hallarlo aún hoy confundido con otros términos como: Imagen Corporal, Consciencia de Sí, Yo, Self, Autoimagen, Autorrepresentación, Autoestima, etc. -En algunos casos se trata sólo de diferentes manejos semánticos, en otros, se debe a una verdadera confusión y traslape de significados. De modo que ni siquiera existe un consenso para delimitar la extensión que como término debe abarcar, con una definición operacional.

Sin embargo en lo que sí parecen estar de acuerdo los diferentes autores, es en su carácter multidimensional y en la enorme importancia de su manejo en la investigación de la personalidad tanto a nivel individual en la psicología clínica, o para detectar tendencias, actitudes, rasgos determinados y determinantes de fenómenos sociales que permiten analizar las condiciones de influencia mutua que se suscitan entre el individuo y su medio entrando entonces en el terreno de la psicología social, pero sin poder en realidad hacer un deslinde preciso y radical que no mutile y empobrezca cualquiera de los dos acercamientos.

2.2. Principales autores que influyeron en su gestación directa o indirectamente.

Orígenes Teóricos del Autoconcepto.

Remitirse a los orígenes de la utilización y conceptualización de este término resulta, como ya decíamos, una tarea nada fácil por su relación con los avatares de la evolución de esas instancias con las que guarda una interdependencia estrecha tales como la Imagen Corporal, el Yo y el Self. Las cuales como decíamos han experimentado a su vez, transformaciones, extrapolaciones y reinterpretaciones a veces debidas a sus mismos creadores, con ajustes en sus teorías por motu proprio, o por la influencia de los puntos de vista de otros teóricos.

Esto hace que su reseña teórica resulte bastante extensa, compleja y sobre todo no muy clarificadora puesto que cada uno de los innumerables teóricos de la corriente psicoanalítica simplemente, al reinterpretar, aumentar, y/o limitar la extensión del dominio de aplicación de estos conceptos contribuyó a que aún en la actualidad no exista un consenso unificado en su limitación, diferenciación y definición. (7)

Por lo cual en este inciso se van a revisar sólo a los autores que parecen haber sido los más determinantes en la gestación desarrollo y manejo de este constructo psicológico y que son: Paul Schilder, Sigmund Freud, Heinz Hartmann y William Fittz. De estos los dos primeros en realidad nunca lo manejaron ni tuvieron cuenta de él en sus obras, sin embargo con sus propios desarrollos teóricos sentaron las bases sin las cuales hubiera sido imposible el posterior desarrollo de este concepto.

Se puede asentar entonces que al Autoconcepto aunque de hecho tenga su origen formal en el campo del Psicoanálisis, dentro de la corriente de los Teóricos del Yo con Heinz Hartmann a la cabeza, la verdad es que embrionariamente su gestación se produjo anteriormente en la Teoría de la Imagen Corporal de Paul Schilder (1923-1950) y en el devenir teórico-histórico de la instancia psíquica del Yo de la Teoría Psicoanalítica de Freud y seguidores.

2.2.1 Paul Schilder y sus aportaciones.

- Sobre el desarrollo de los estudios de la Imagen Corporal, (la cual fenomenológicamente se considera como el núcleo original a partir del cual se van a ir conformando el Yo, el Self y el Autoconcepto en cada individuo) es importante destacar el determinante papel que jugó Paul Schilder, quien lo enriqueció grandemente al sacarla de su original campo de la neurología para extenderlo hasta el campo de la Psicología, el Psicoanálisis y la Psicología Social.

Inicialmente las primeras investigaciones sobre el Esquema Corporal estuvieron dirigidos por el interés que desde fines del siglo pasado y principios de éste, despertaba la persistencia en la sensación del "miembro fantasma" en pacientes que habían sufrido la amputación de algunos de sus miembros, ésto dentro del campo de la neurología en un principio con los estudios de *Henry Head* como iniciador del modelo postural del cuerpo, ya que el interés se extendió muy pronto hacia todas las cuestiones relacionadas con la sensación de poseer un cuerpo. Se trabajaba con un modelo asociacionista de sensaciones propio y exteroceptivas que iban siendo almacenadas en forma de huellas mnemónicas en el cerebro desde los primeros días del nacimiento y que con su registro iban construyendo el modelo postural del cuerpo (62) (58).

Schilder connotado neurofisiólogo, psiquiatra, psicólogo, psicoanalista y filósofo con un enfoque gestaltista y sistémico, cambió el curso de estas apreciaciones, al considerar que la Imagen Corporal es una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con que cuenta el individuo al nacer y que va a ir consolidando con la madurez y el desarrollo el cual va a estar en un constante proceso de construcción y destrucción, que provee de unidad y cambio a través de la unidad "percepción-sensación-acción y vida afectiva" en constante interacción con el medio externo (58).

Esta imagen es tridimensional y vendría correspondiendo al Yo perceptivo o Corporal de Freud.

Schilder vá a resaltar la importancia del papel de los impulsos en la creación de la Imagen Corporal y del afecto como núcleo que va a dirigir las preferencias en la precepción de los estímulos. Lo cual se explica porque los seres humanos no actúan como meros aparatos perceptivos, sino que percibir será siempre "la manera propia de percibir", al ser seres emocionales por naturaleza. Y aquí es donde inserta su concepto de la Imagen Corporal en el campo del Psicoanálisis al incluir al afecto (58)(62).

Pero además su teoría la introduce en el área de la Psicología Social al darse cuenta del fenómeno que se sucita a la hora de que se presenta una perturbación en la capacidad

para percibir la orientación de lo que es derecha o izquierda en relación con el propio cuerpo, esta perturbación repercute también en la percepción de los cuerpos de los demás, de donde infiere que "la imagen corporal propia y las imágenes corporales de los otros son datos primarios de la experiencia, y desde el principio mismo, existe una vinculación sumamente estrecha entre la propia imagen corporal y la de los demás" (62)(58).

Seguidamente se resumirá en varios puntos lo que constituirá el meollo de lo que su teoría aporta a este tema:

1. Schilder fue el primero en concebir al cuerpo propio como primer objeto del Yo.
2. A la imagen corporal la considera como una estructura mental en constante construcción y destrucción, o sea con una parte continua y otra en constante transformación.
3. Asentó que las primeras distinciones entre el Sí mismo y el mundo exterior necesitan de una Imagen Corporal y una incipiente consciencia de este cuerpo para lograr hacer la diferenciación con los objetos externos.
4. De aquí van a partir los inicios de las primeras Autorrepresentaciones de Sí, junto con las representaciones de objeto.
5. Por lo tanto, él consideraba que la conciencia de Ser (como cuerpo) es anterior a la formación del Yo.

6. La imagen corporal es el núcleo original de un sistema omniabarcante que lleva la simiente del conocimiento de sí, como individuo único.
7. Que la imagen de Sí tiene varios aspectos paradójicos
 - a) Por un lado es constante y por otro cambiante.
 - b) Es una estructura transitoria con necesidades de dos mundos: el interior y el exterior.
 - c) Es como un fantasma en tanto representación.
 - d) Interviene totalizantemente lo simbólico no sólo en la representación sino en la autorrepresentación.
8. Para él, el Yo es la personalidad total, al cual denomina Yo Central como un esquema que contiene, dirige y organiza a varios subesquemas entre los cuales están la Imagen Corporal y el Self.
9. Al Self lo considera mas bien como conciencia de Sí, la autorrepresentación aún en un nivel de la no-conciencia.
10. Reitera que en la primera etapa de indiferenciación del Ello y del Yo, cuando estos están aún por gestarse, ya está presente potencialmente el Self en formación.
11. El Yo Corporal organiza y dá sentido en un primerísimo estadio, y es anterior al Yo Central como sistema organizador.

12. Schilder desarrolla la concepción de que al mismo tiempo que se construye al experiencia del espacio exterior, por medio de la acción y la relación con los objetos, se va a ir construyendo también el espacio interior con una imagen espacial de Sí. Asentando que al principio de la vida el sujeto y el objeto se hallan tan cercanos, casi confundidos, que la información que el sujeto obtiene sobre el objeto, el mundo, y sobre Sí, va a estar matizado por el afecto muchas veces ambivalente sobre el objeto, información que va a internalizar como fuente de conflicto psicológico.
13. Pero aun cuando en su teoría le dió amplia cabida al conflicto emocional como agente favorecedor del desarrollo psíquico, también se manifestó partidario de la postura que toma en cuenta, las potencialidades y disposiciones del ser humano para relacionarse en el mundo externo con una área libre de conflicto.
14. De donde su puede considerar a su teoría dentro de la corriente de los Teóricos del Yo también (62)(58).

2.2.2 Las aportaciones de Freud.

El enlace de Freud con el Autoconcepto tampoco se encuentra en forma directa en su obra, ya que él jamás utilizó este concepto como tal. Sin embargo, la descripción y el manejo

de ciertas instancias en su obra "Introducción al Narcisismo" pueden considerarse también como precursores fundantes del constructo que nos ocupa.

Para Freud (22) el fenómeno del narcisismo en tanto instinto erótico-libidinal depositado en el individuo desde el momento de nacer y confundido con los instintos del Yo, en esta primitivísima etapa, en base a la perentoreidad en la satisfacción de las necesidades más vitales, es lo que conforma al narcisismo primario normal presente en todos los individuos. A partir del cual, y en función de estas mismas necesidades, van a salir subsecuentes porciones de carga libidinal para investir a los objetos con los cuales se entra en relación especialmente la madre; pero subsistiendo siempre a lo largo de la vida un depósito de libido cargando al Yo junto con una libido objetivada cargando a los objetos.

Freud homologa energía sexual con libido, distinguiéndola de otro tipo de energías a las que denomina *instintos del Yo* (como el hambre) las cuales en el curso del desarrollo del mismo Yo van a tender a funcionar de manera separada a la libido.

Considera la presencia de un Autoerotismo como un estado primario de la libido que aparece cargando el sujeto en una primera instancia y de manera necesaria además, para el desarrollo del mismo Yo, ya que para Freud en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al Yo, sino

que éste se tiene que ir desarrollando con ayuda de este instinto libidinal, apoyado en los instintos del Yo, que lo incitan a "moverse" a "actuar", a buscar relacionarse con el mundo objetal para asegurar su supervivencia.

Para Freud el monto total de esta energía libidinal va a variar en el transcurso de la vida por fenómenos relacionales, de desarrollo Yoico, o por razones de patología física o psíquica. Como en el caso de las parafrenias en las que la libido es retirada de los objetos y del mundo externo a través de una introversión que va haciendo que el individuo pierda interés y contacto con la realidad, revirtiéndola en sí mismo. Igual que pareciera ocurrir en la enfermedad física de algún órgano o en la Hipocondria, en donde se retira el interés erótico libidinal externo y se concentra en el órgano enfermo, en el Yo, y en el deseo de recuperación (aunque obviamente no se pierde el contacto con la realidad como en el parafrénico).

También se remite al fenómeno del enamoramiento, para seguir explicando su modelo de economía libidinal, ya que en éste el sujeto deposita la mayor parte de esta energía en el objeto amado y deseado, presentándose una concomitante desvalorización del Sí mismo que sólo es resuelta si se consigue ser amado por este objeto (22).

Y otro aspecto más se refiere a la constitución de un Ideal de Yo, en el cual van a depositarse también grandes cargas de

energía libidinal, tan grandes y sustanciales como las que investían al Yo del narcisismo primario, las cuales propenden a que el Yo constantemente se sienta observado, evaluado y comparado con este ideal, y por tanto, la autoestima resulte condicionada a que el Yo cumpla con el Ideal o nó. Al respecto, señala Freud, que ésto varía en los individuos de acuerdo a la rigidez o laxitud con que construyeron estos Ideales muy en consonancia con los patrones sociales de cada quien y aquí viene otro dato muy importante porque Freud reconoce la parte social de este Ideal en cada individuo, como respondiendo al Ideal común de una familia, una clase social, o una nación (22).

Por lo que toca a esa instancia que observa, advierte y crítica constantemente al Yo, y que Freud identifica con la conciencia (porque en este tiempo aún no le ponían el nombre de Super Yo, al no haber hecho todavía la posterior división tripartita de la mente) que trata de controlar al Yo, para adecuarlo al Ideal considera que fue resultado de la internalización temprana de la crítica parental y posteriormente de la social (22).

Pues bién, este manejo que hace de estas dos instancias que muy bién pueden identificarse con la autoestima y la autopercepción, (aunque en ocasiones las utiliza de manera ambigua y confusa) nos lleva ineluctablemente a identificarlas como dos elementos constitutivos básicos del Autoconcepto tal como lo conocemos modernamente.

Narcisismo primario, narcisismo secundario, libido del Yo, libido objetivado, el balance entre estos términos, la función del Ideal del Yo y la crítica erigida a través de la Autoconcepción, son todos elementos que nos están hablando de una instancia superior al Yo que percibe y tasa valorativamente a éste y que en estos tiempos equivaldría al Autoconcepto (22).

2.2.3 Heinz Hartman y la psicología del yo como parte medular en la constitución del autoconcepto.

La influencia de Hartmann en el desarrollo del Autoconcepto proviene de sus aportaciones *directas* al esclarecimiento y demarcación de la instancia psíquica del Yo, junto con la de todos los demás teóricos seguidores suyos, que junto con él han formado la corriente de los Teóricos del Yo.

Todos ellos con Hartmann a la cabeza, rescataron legítimamente el importante papel del Yo en el desarrollo de la personalidad humana.

Esta corriente va a surgir a partir de los años cuarentas y cincuentas y su especial interés va a estar centrado en desarrollar ciertas partes, funciones y características del Yo, que habían permanecido soslayados, ocultos, desatendidos por el psicoanálisis tradicional ortodoxo (26) (21).

De hecho Hartmann está consciente de que Freud ya las había señalado en una primera etapa de su obra, todas o varias de estas cuestiones alrededor del Yo, pero que por múltiples factores las había dejado en el tintero. Incluso señala en su obra "Ensayos sobre la Psicología del Yo" que quizá el mismo genio intuitivo de Freud lo había guiado para posponer su trabajo en esto, hasta que no se hubo ocupado más intensa y exhaustivamente en desarrollar otros aspectos de su teoría, que finalmente fueron necesarios para sustentar el tratamiento tardío que le dió al Yo en sus últimos trabajos.

El caso es que Hartman señala que se necesitaron veinte años para que la Teoría del Yo fuera considerada como un capítulo más del psicoanálisis y para que los analistas al fin se sintieran con una mayor libertad para distribuir su interés investigativo entre el Ello, el Yo y el Super Yo.

Hubieron también ciertos intereses epistemológicos preferenciales en Freud que dirigieron por mucho tiempo su interés al estudio del Ello, los impulsos libidinales, y otros conceptos de marcado sustrato biologicista en su afán por darle a la psicología una mayor científicidad, como estaba muy en boga en el pensamiento de esa época y en contraposición a cualquier otro enfoque que implicara conceptualizaciones de tipo filosófico-metafísico de principios del siglo XIX, como quizá le sonaba un yo organizador-creativo, que podría acarrear la crítica de los filósofos contemporáneos generalmente ateos como Nietzsche,

quien llegó a decir "que la pertinaz tendencia supersticiosa a creer en la existencia del alma, podría ahora ser encubierta por la fe puesta en el sujeto y en el Yo" (26).

Es pues en los últimos escritos de Freud donde al desarrollar la formulación de la segunda tópica que se refiere a la estructura tripartita de la mente, donde finalmente Hartman se va a basar para poder desarrollar sus inquietudes e ideas sobre la estructura psíquica del Yo y gracias a él es que el concepto del Yo va a ganar en especificidad y clarificación, pues antes de Hartman quizá por tratarse de un concepto bastante nuevo, reinaba la más grande confusión en torno a él dentro de la corriente psicoanalítica e incluyendo al mismo Freud.

Esto fue claramente señalado por Hartman, sobre el ensayo de Freud "Introducción al Narcisismo" donde éste mezcla una serie de sentidos al usar el término Yo cambiándole la connotación a lo que quiere finalmente definir como narcisismo, precisamente por usar esta ambigüedad en el sentido del término.

Finalmente Hartman sugiere que en lugar de decir "que el narcisismo resultaba de la carga de libido puesta en el Yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto", era más correcto referirse a la catexia del Self (ya que Freud se estaba tratando de referir a la persona total y no a la instancia psíquica del Yo) y que en, esto reside el sentido

verdadero del narcisismo, en que el sujeto retira todas las cargas libidinales puestas en los objetos y las deposita en su persona (o Self) (26).

El Yo pues sería una subestructura de la personalidad en tanto que el Self como imagen de Sí mismo, estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al Yo, al Ello y al Super Yo; de suerte que cuando se habla de lo opuesto a la catexia de objeto se estaría hablando de la catexia de la propia persona, sin especificar si ésta está situada en el Ello, el Yo o en el Super Yo. De donde se infiere que se pueden encontrar narcisismos de los tres sistemas psíquicos.

Esta es una de las mayores aportaciones de Hartmann al psicoanálisis pues como ya se señalaba antes de él, el yo podía designar a un sistema, al Sí mismo o a la persona completa; aparte de todas sus otras innumerables aportaciones contenidas en la idea de un Yo como conjunto de potencialidades o funciones a desarrollar a través de la maduración y de la experiencia con el ambiente, que proviene de un área autónoma libre de conflicto (lo cual puede variar con el transcurso del desarrollo), además como resultado de características hereditarias, de las influencias de los impulsos instintivos y de las influencias de la realidad exterior.

Factores que incluso van a tener que ver con el tipo de mecanismos de defensa que cada individuo va a tender a utilizar en el decurso de su estructuración psicológica.

Lo importante es que este Yo abarca una serie de funciones y capacidades organizativas, directivas, de acción, de desarrollo, de adaptación y de defensa, igual que de conflicto (intra o inter sistémicos), pero con un mayor grado de conciencia y preconciencia, es decir, que la maduración, es la puesta en acción de la serie de potencialidades presentes desde el momento del nacimiento, que abarcan desde la imagen de un Yo Corporal hasta funciones como la aprehensión, locomoción, lenguaje, inteligencia, memoria, acción, etc., en el continuo y temprano interactuar de los sujetos con el medio; las cuales van dejando un registro de huellas mnémicas que retroalimentarán en sentido positivo o negativo este desarrollo dinámico del Yo, otorgándole, además de una Autoexperiencia que será el fundamento de un sentido de Identidad y de Conocimiento de Sí (Self) dinámico, cambiante y a la vez continuo, que más adelante conformará el Autoconcepto (26).

2.2.4 Inclusión de otros autores.

Aun a riesgo de que la presente revisión bibliográfica pueda parecer sesgada y quizá muy reducida se querría solo argüir que ésto se hizo de manera deliberada precisamente porque la

literatura al respecto es bastante extensa y su revisión total no ayudaría a esclarecer mayormente el término de Autoconcepto para manejarlo y entenderlo con mayor precisión y propiedad sino al contrario.

Sin embargo, también se consideró importante señalar unos cuantos autores más, que de alguna manera son también determinantes en la configuración del sentido actual de esta instancia psicológica, para ésto hubo que incluir a William James como uno de los primeros psicólogos que estudió al "Sí mismo" y que junto con otros autores renombrados identificados como fenomenologistas consideran el Autoconcepto como el constructo más central en psicología, al cual reconoció (James) tres niveles que lo conforman: el material, el social, y el espiritual (39). Dentro de la Psicología Social tenemos a Charles H. Cooley (1968) quien postula la importancia del medio social en la formación del Autoconcepto, sin el cual no se puede pensar en el Sí mismo, y en el cual está inmerso ineluctablemente.

Mead (1934) considerado con una postura más convincente y sistemática une las perspectivas de James y Cooley y aportando además el señalamiento de la importancia de lo simbólico en el proceso de formación del Sí mismo (39).

Rogers, quien definitiva y centralmente dedica su interés teórico y terapéutico al concepto del Sí-mismo, hace también el diferenciamiento de tres dimensiones dentro de este

constructo: el área cognitiva, el área evaluativa y el área afectiva. Considerando que la autoestima o sea la aceptación de uno mismo, está relacionada más con ésta última.

Aquí vamos viendo como se va perfilando con estos autores lo que nosotros vamos a utilizar y manejar como Autoconcepto ya en la actualidad.

Todos los demás autores que se dejaron de lado, la mayoría de ellos de la corriente psicoanalítica, aunque cada uno pudo haber aportado nuevas y originales luces a este constructo, producen la sensación que señala Norberto Bleichman en su libro "El Psicoanálisis después de Freud" (1989) de las apreciaciones que a su vez Bión expresó (1963, 1974) sobre "la confusión que suscita la proliferación de tantas teorías en psicoanálisis las que asemejan a una Torre de Babel que a menudo producen un verdadero caos en el uso del lenguaje teórico y técnico ya que muchas veces un mismo hecho es designado de diferentes maneras produciendo gran cantidad de problemas semánticos". (Y una enorme profusión de interpretaciones teóricas, se atrevería uno a añadir). Por eso es que queriendo evitar ese indigestamiento epistemológico se seleccionaron a los autores mencionados, esperando que no sea demasiado importante para los fines de esta tesis, el no haber dado cuenta de todos los autores que se dejaron de mencionar.

Como refuerzo de la postura asumida se incluirán ciertos críticos comentarios sobre las definiciones del Self en varios autores, incluyendo los revisados primitivamente. Por ejemplo:

- "A pesar del profuso empleo del término Self en la obra de este autor el concepto no resulta definido con precisión". Esto con referencia al inciso "¿Qué es el Self en la obra de Kohut?" (Bleichman 1989:392).

O bien: "Schilder peca a lo largo de su trabajo de la misma falta de claridad, que los demás autores, para definir ese aspecto integrante y primordial de la persona humana". (Rincón 1969:153), por supuesto refiriéndose al Autoconcepto. Después, ante otra definición que dá Schafer otro teórico que revisa Rincón, sobre el Self que resulta ultraresumida, ella comenta "Esta es la forma de eludir el compromiso de una mayor penetración como el mismo Schafer lo reconoce" y finalmente otro comentario más que dice: "Pero vemos en Hartmann la misma dificultad a pesar de haber usado el término de continuo". (Rincón, C. 1969:148) refiriéndose también a una definición no muy clara de Autoconcepto.

2.2.5 Noción de autoconcepto basado en William Fitts.

Después de ésto sólo resta exponer lo que para Willian Fitts implica el constructo Autoconcepto y señalar su importante

participación en uno de los programas más completos de investigación que sobre él se hayan hecho; iniciado en 1955, duró diez años y culminó con la estructuración de la Escala del Autoconcepto conocida como Tennessee en 1965 (20).

Fittz considera que el Autoconcepto ha llegado a ser un medio muy importante y muy socorrido para comprender y estudiar la conducta humana.- El concepto de Sí mismo, ha demostrado ser un elemento altamente influyente en la conducta, directamente relacionada con la personalidad general y el estado de salud mental, de tal manera que aquellas personas que han construido una imagen o concepto de Sí pobre, sintiéndose devaluadas, indignas o malas, tienden a conducirse de acuerdo con estos conceptos.

Lo mismo sucede con los individuos que han desarrollado un concepto irreal de Sí mismos, los cuales tienden a aprovecharse de la vida y de los demás también de una manera irreal.

Ocurriendo que si los Autoconceptos resultan muy desviados van a producir conductas consecuentes a estas autoapreciaciones; de manera que el conocimiento de cómo un individuo se percibe a Sí mismo resulta muy útil para el clínico o el investigador con el propósito de ayudarlo a hacer una evaluación de su estado de salud mental.- Como se vé pues, la preocupación de Fittz se sitúa en el área de la

clínica y del asesoramiento psicológico que lo induce a establecer una relación entre autoconcepto y rehabilitación.

El Autoconcepto revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo lo cual permite un mayor entendimiento y una más adecuada planeación a la hora de asesorarlo en el proceso terapéutico, y aunque Fittz se podría decir que se carga hacia el aspecto positivo del Autoconcepto en tanto lo traduce en Autoestima también se ocupa de otros aspectos como su *estructura, componentes y consistencia* (39).

Su modelo conceptual lo expresa en términos de relaciones *interpersonales y de competencia interpersonal*, señalando también la importancia de la libre comunicación.

En lo que respecta a una perspectiva psicológica más amplia Fittz se coloca dentro de la Psicología Humanista y su contribución es más empírica que teórica. (39).

Finalmente la definición que él da de Autoconcepto es: "El criterio que una persona tiene de Sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de Sí misma en un momento dado" (20).

El énfasis recae en la persona como objeto de Autoconcepto que incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de como es ella misma. Aparte está el hecho de que la percepción

es multidimensional y los factores más importantes que la describen son categorizados en tres áreas:

I. Identidad (quién/como soy).

II. Autosatisfacción (cómo me acepto a mí mismo).

III. Comportamiento (cómo actúo) y las dimensiones abarcan: Al Yo Físico, al Yo personal, Al Yo Etico-Moral, Al Yo Familiar y Al Yo Social.

2.3 Importancia y Justificación.

Como hemos señalado la importancia del manejo del autoconcepto es grande y su desarrollo e influencia suele ser mayor en algunas áreas o corrientes de la Psicología que en otras, pues, por decir algo, va a ser más utilizada dentro de los partidarios de la Teoría del Yo o la escuela Conductista o Humanista Psicoanalítica Norteamericana que dentro de los Psicoanalistas Ortodoxos pero en general se puede afirmar que su utilización manejo e investigación se han incrementado en todo el campo de la psicología. Su estudio lleva casi un siglo, pero actualmente se considera como una de las más recientes y significativas interpretaciones de la personalidad humana (39).

Se considera que dado que también es un constructo muy utilizado en Psicología Social se podría ver como el puente,

el enlace, que une los campos de la Psicología Clínica y de la Psicología Social, como la tierra común que une lo individual y lo social ya que se trata de un proceso psíquico cuya formación, contenidos y dinamismo son determinados socialmente.

Para George H. Mead quien instauró su uso en la Psicología Social tanto el desarrollo de la mente como del Autoconcepto se van a construir a partir de un equipo innato instaurado en el organismo mismo pero desarrollado en y con la experiencia de un proceso social, o sea en un proceso de comunicación íntima y personal (terreno de la clínica) de interacción entre personas (39).

De aquí que, pese a todas las posibles confusiones, ambigüedades y faltas de precisión que se den en su connotación y denotación (que todo concepto debe poseer para su completo conocimiento y manejo) lo consideremos como un elemento heurístico de incuestionable valor, puesto que se puede utilizar en investigación como una especie de termómetro psíquico que registra el grado de salud mental que muestran *los individuos en su devenir* adaptativo con ese medio social y en relación retroalimentaria con él, o sea que también dá cuenta del efecto tan importante que la cultura tiene sobre la personalidad (39).

El Autoconcepto es como ese índice que cada persona desarrolla en su constante interactuar con los objetos y el

medio desde el momento mismo del nacimiento y que trasluce como esa persona se autopercebe se autovalora a sí mismo a través de toda su historia personal y el modo en que ha ido estructurando esas autorrepresentaciones y autovaloraciones de sí nos dá una pauta para detectar el grado de salud mental que ha conseguido alcanzar en un momento determinado.

El estar conformado por diferentes dimensiones permite el rastreo, la auscultación, del estado y del grado en que cada una, varias o la mayoría de estas dimensiones son percibidas cualitativamente por la persona, y como esta percepción positiva o negativa, enriquecedora o empobrecedora, va a estar manifestándose en su conducta.

Sabiendo que este constructo es susceptible de ser influido y retroalimentado positiva o negativamente por diversos factores, unos de génesis interna y otros externos al individuo, pero ambos en estrecha interacción (71).

Dentro de algunos de los factores internos tenemos:

- 1) La concordancia armónica que se dé entre el Self real y el Self Ideal
- 2) La catectización libidinal del Self con cargas o descargas equilibradas de fuentes internas o externas (grado de narcisización normal personal).
- 3) La fuerza, punición y rigidez de la estructura Super yoica.

4) La mayor o menor armonía o conflictiva entre las estructuras psíquicas Ello, Yo, y Super Yo. Donde la fuerza del Yo tendría un papel determinante.

5) Muy en relación con ésto sería la estructuración de un locus de control interno o externo.

6) La noción interna del estado físico general relacionado con la salud, la edad y la apariencia.

7) La satisfacción o insatisfacción con la historia personal previa; las realizaciones del presente y las expectativas futuras muy en relación con el cumplimiento de potencialidades, sentimientos, actitudes, ideales y valores.

Dentro de los externos estarían:

1) Las gratificaciones libidinales provenientes de objetos externos.

2) El cumplimiento de patrones culturales.

3) La realización de aspiraciones personales de diversa índole.

4) La productividad, rendimiento, éxito con el consecuente reconocimiento externo.

Todos estos factores tienden a aumentar o disminuir la Autoestima, la autoaceptación, la autovaloración y el concepto de sí mismo o sea el Autoconcepto en general (71).

2.4 Las Diferentes autorrepresentaciones que ulteriormente llegan a conformar el Autoconcepto

Tratando de integrar todo lo hasta aquí expuesto en un intento de ubicar, contextualizar, los elementos utilizados en la conformación del Autoconcepto tendríamos:

1º. La Imagen Corporal como el sustrato físico y psicológico sustentante del primer núcleo de autopercepción sensorial y afectiva de unidad continua; el punto de cristalización en torno al cual se va a generar la primitiva conciencia de un Yo.

2º. Un Yo que se va a gestar en el recién nacido a partir de una fase de independización primaria de la cual sale por la necesidad de alimento, libidinizando entonces el objeto, la intermediación de los impulsos libidinales yoicos, y agresivos en su relación con la madre (el objeto satisfactor de sus necesidades) quién con su presencia y su ausencia satisfaciendo y frustrando constantemente va a generar la primera percepción de un Yo y un no-yo conjuntamente a un proceso de maduración fisiológica que lo hará desarrollar otras capacidades que le permitirán ir influyendo en su medio y al irse diferenciando e independizando de la madre en la realidad. Creando paradójicamente un sentimiento de angustia amenazante ante cualquier separación de ésta, la cual aún es necesaria e irremplazable para su todavía precario e incipiente Yo. Para el manejo de esta angustia va a

desarrollar capacidades Yoicas como defensa y estas defensas conllevan a la formación de la estructura psíquica interna. Así pasando por fases de fusión y separación se va diferenciando cada vez más gracias a la constante maduración de capacidades preceptivas, cognitivas, verbales y motrices puestas en juego en sus ulteriores experiencias relacionales de manera que, al final de los primeros años emerge ya una sensación de identidad, de un Yo en relación.

3º. Finalmente tendríamos más tardíamente el desarrollo de un proceso más integral, complejo y profundo que sería el Autoconcepto, el cual implica un mayor grado de integración y madurez (aunque ésto no garantice per se la calidad, certeza o realidad de éste). Pero en términos generales su estructuración requiere de un experimentarse, percibirse, conceptualizarse y valorarse como una persona con determinadas características físicas, producto de una historia personal y dentro de un entorno familiar y social X, con determinadas costumbres, normas e ideales ético-morales y con un modo de pensar, sentir y actuar propios. Con una conciencia de sí que incluye a las instancias del Ello, del Yo y del Super Yo y a todas las autorrepresentaciones y autoatribuciones que conformen a la Personalidad total. Todo ésto incluirá el Autoconcepto además de otra parte concatenada que es la Autoestima, ya que el hombre desde que nace no sólo trata de aprehender al mundo (incluyendo su propia persona) a través de una conceptualización mental de

él sino siempre incluye aspectos emocionales y afectivos dándole una connotación valorativa a todo lo que conoce (62) (26) (7) (20) (71).

Hacia una definición del término.

Por tanto, se puede aventurar finalmente una definición: "Autoconcepto es el conjunto de percepciones y autoatribuciones que una persona tiene de sí misma y lo que le hacen sentir al respecto."

O bien, "El conjunto de percepciones, autoatribuciones y juicios de valor que una persona tiene de sí misma y que incluye todos los aspectos de su saber, su hacer y sentir que es multidimensional, dinámico y depende mucho de la interacción con los demás".

Siendo importante señalar que:

Muchos factores que tienen significación relacional y social van a influir en él como: la raza, lugar de origen, la identidad sexual, etc.

En el presente estudio enfatizaríamos el papel que juega la identidad sexual pues se ha visto que la diferencia sexual trae como consecuencia la asignación de un rol normatizado socialmente pero internalizado a través de la relación temprana con la madre, en una acción de modelaje intrapsíquico profundo desde el momento mismo del nacimiento

y que posteriormente será reforzado por la interacción con el padre y el resto del grupo familiar y social.

En el caso femenino en la relación madre-hija van a quedar selladas las características consideradas como femeninas en la niña y, siguiendo a Nancy Chodorow, Mabel Burin, y otras psicoanalistas femeninas, como punto central de esa feminidad le quedará sembrado el deseo de ser madre.

2.5 AUTOCONCEPTO Y REPRODUCCION. La influencia del rol y el ejercicio maternal en el autoconcepto femenino.

Debido al estilo de estructura familiar nuclear en la cultura occidental patriarcal, donde las condiciones sociales hacen que la mujer sea la única y exclusiva encargada del cuidado de los hijos se reproducen en cada generación las cualidades diferenciales de las personalidades femeninas y masculinas (38) (56).

Las actuales corrientes psicoanalíticas de las relaciones objetales (especialmente desde el enfoque feminista) dan cuenta de que el fenómeno de estructuración de las personalidades sexuales se hace en razón a la temprana relación con la madre. No se trata pues de meros procesos de aprendizaje cognitivo o de identificación consciente de las

pautas, rasgos y roles impuestos por el sistema sexo/género de la sociedad (11)(8)(54).

Las autoras representantes de estas corrientes advierten que este proceso es mucho más complejo, profundo, indeleble y tenaz, que consiste en una internalización endopsíquica que va a sellar las características de personalidad dentro del propio Self del individuo. Reafirmado concomitantemente por todo el entorno socio cultural que hacer recorrer caminos de socialización diferente a ambos sexos.

En la práctica analítica se ha percibido que el trato, cuidado y experienciación de la madre para con el bebé por ser éste varón o hembra varía de tono, matiz y calidad. La madre, por encontrarse generalmente en el ámbito del hogar sola, con la responsabilidad casi total del cuidado de los hijos (sobre todo cuando son muy pequeños) tiende a vincularse y fusionarse indiferencialmente mucho más con la niña que con el niño (debido a varios factores) (15)(11)(8).

Esta madre que a su vez fue criada por otra mujer tiende a activar, incluso de manera inconsciente, toda una serie de actitudes, tendencias, creencias, conflictos, propios de su estructura psíquica femenina en el trato relacional con sus hijos desde el momento de su nacimiento. Se va a convertir en el primer objeto a través del cual el infante humano (en su relación con él) se va a transformar en persona, pues es a partir de aquí, de donde va a ir construyendo su

diferenciación Yoica a través del cuidado y la satisfacción de sus necesidades primarias (37)(11).

Ahora bien, toda la serie de frustraciones y ambivalencias inevitables surgidas en esta etapa oral de desarrollo, con su correlato ansiógeno va a poner en acción el desarrollo del Yo a través de una serie de funciones y de mecanismos defensivos que van a constituir la primitiva estructura psíquica del sujeto (21)(26).

La madre, en general, por muy amorosa que sea, es causante tanto en niños como en niñas, de sensaciones placenteras y displacenteras en esta etapa, de sentimientos agresivos que tienden a ser reprimidos, constituyendo fantasías inconscientes dicotómicas sobre la imagen de la madre como mala, omnipotente, satisfactora, temible, amenazante y buena. Sentimientos también amenazantes que se tienden a reprimir en tanto tienen como objeto a la persona de la cual depende la supervivencia misma. La influencia de esta conflictiva, aunada a otros procesos madurativos psicológicos que se van dando, va propiciando la separación, diferenciación, individulización y creciente independencia de ese Yo y de ese pequeño en formación (11)(15)(19)(21)(23).

Pues bien estas analistas han querido demostrar, cómo esta relación primaria con la madre, en las niñas contiene un apego, fusión, ambivalencia y conflicto mayor que en los niños. Es mucho más intensa y prolongada. Ya que el niño por

el hecho de pertenecer al sexo contrario, no obstante también su gran necesidad de la madre, no se fusiona tanto con ella. Además pronto entra en otro tipo de relación donde campea la *oposición por la diferencia sexual*, ya que en él el apego se sexualiza y lo va a resolver a través del Edipo.- Etapa en la que también empieza a descubrir como a las mujeres se les considera en varios aspectos fundamentales inferiores a los hombres lo cual le lleva a no querer ser criado como mujer de modo que rápidamente comienza a identificarse con el género que representa el poder y el mayor estatus social, tratando de homologar sus conductas y actitudes a los del padre como una defensa a la identificación y al apego materno (21).

La niña entra al Edipo más tardíamente y entra todavía con un gran apego preedípico a la madre con características más primitivas en tanto identificada y fusionada con ella. No obstante desarrolla conjuntamente el apego edípico igual que el niño, agregando a éste su vuelco hacia el padre, quien viene representando el papel de un gran liberador, de la única vía posible para conseguir una separación e independencia de la madre (11)(15).

El padre como agente catalizador propicia más activamente su orientación heterosexual, que la hará orientar su líbido a los hombres, aparte de toda la ambivalencia conflictiva que se gestó en la etapa preedípica.

De allí que los conflictos endopsíquicos y la complejidad relacional en la niña sean mayores y diferentes a los del niño (11)(9).

La diferenciación psíquica sexual queda así conformada en las niñas con una orientación del objeto heterosexual (según estos autores no muy precisa) y aparte con una ligazón emocional a la madre que va a persistir en sus posteriores relaciones objetales.

Aquí conviene remarcar que el papel tardío del padre aún cuando es determinante para el desarrollo de la heterosexualidad, es muy secundario en influencias porque estuvo ajeno a la formación del self primario, donde sólo imperó la figura materna en ambos sexos.

Como consecuencia de todo esto las niñas se van a experimentar como entidades menos separadas, con fronteras del Yo más permeables y se van a tender a definir en su relación con los "otros", con una tendencia más fuerte para experimentar las necesidades y los sentimientos de los demás como si fueran propios y a fusionarse y buscar la identidad en esa intimidad con los demás.

Para los varones la separación e individuación están estrechamente vinculados a la identidad sexual puesto que la separación con su madre es esencial para el desarrollo mismo de su identidad.

Mientras que en la identidad femenina la separación no fue el elemento que contó para su definición, sino el apego, la tendencia a lo relacional y a la intimidad con los demás. Y como se apuntaba más atrás, en ésto se inserta la tendencia a la maternidad. La maternidad concierne no solo a la reproducción de los hijos sino a la reproducción de la sociedad; el ejercicio de lo maternal reproduce también nuevas madres.

En toda su vida relacional con la madre (externa e interna) la niña va desarrollando su feminidad y en el centro mismo de ésta está la **maternidad**, el ejercicio de lo maternal.

La niña va aprendiendo a ser "de" y "para" los otros. Aprenderá pronto que será definida como la hija "de", o la mujer "de" y la madre "de" y todo en función de poder llegar a ejercitar esta maternidad internalizada.

En el curso de esta relación se produjo la interiorización de la madre por la hija. La madre internalizó en ella su propia feminidad y la feminidad ideal prevalecte en su mundo. Este es uno de los grandes deberes de la madre para con la hija, la sociedad y con el mundo: convertir a esa hija en una mujer. Y el deber de la hija es el de aprenderse muy bien esta lección: ella va a asumir la feminidad de la madre más el ideal de feminidad del grupo social.

La feminidad es una diferencia cultural históricamente determinada que va a caracterizar a las mujeres a partir de

su condición de género, el cual es asignado a partir de una señal: el cuerpo sexuado femenino (35).

El cual por llevar en sí la capacidad para gestar, tiene que aprender a ser tratado en forma diferente, con ciertos deberes y tabúes propios para las mujeres.

De modo que el lugar que la mujer va a ocupar en el mundo está determinado por su cuerpo y en ese proceso de internalización y aprendizaje, se aprende la "cultura específica" de las mujeres (4) (5) (19) (35) (52).

Por otro lado es necesario apuntar la diferencia que se da entre la feminidad vivida y la idealizada, pudiendo existir una gran contradicción entre ambas. Ya que la vivida, la real, cambia constantemente (por necesidades propias o del medio) en tanto que la Ideal no, ésta suele ser más permanente e inmodificada (salvo después de grandes períodos de tiempo) pero curiosamente, por lo que se evalúa toda mujer es por el ideal dominante, el cual es valorado, sostenido e impuesto por las instituciones sociales detentadoras de la ideología y del poder (52).

El ideal impone, asigna una serie de características, renunciadas, sumisiones que resultan difíciles de cumplir sin que la mujer se anule por completo como persona.

Sin embargo como fue transmitido por la madre y ésta fue incapaz de separar la enseñanza de lo que ella era en sí

misma, como si **femenidad y apego y amor a la madre** fueran en paquete, entonces el separarse del ideal es experimentado como si se estuviera traicionado a la madre misma (a la sociedad, a la humanidad entera y a Dios, si dentro de la enseñanza hubo elementos religiosos, como suele ser lo más común) (35)(53).

2.5.1 Principales elementos del autoconcepto femenino y masculino.

Así pues los psicólogos sociales hablan de una personalidad femenina basada en rasgos expresivos en contraposición a los rasgos instrumentales de los hombres, una, para desenvolverse en el ámbito interno privado de las relaciones interpersonales y el otro para ejercerse en el mundo externo del "hacer" orientado al logro y con fuertes sentimientos de control interno, autoafirmación, seguridad personal e independencia (14)(63).

De tal manera que con estos elementos se va perfilando una personalidad femenina que tuvo como núcleo la fusión, la poca diferenciación la dependencia, la pasividad y la falta de acción en la realidad extrafamiliar, rasgos base, sobre los cuales irán influyendo una serie de factores de tipo hereditario constitucional, y/o circunstanciales neutralizando, potenciando o menguando estos rasgos primigenos y generales. Si hemos de dar crédito a los teóricos y a la

experiencia, tendremos que aceptar que estos rasgos nucleares parecen ser universales y constantes en casi todas las mujeres; de manera que aún las más emancipadas, en cuanto a no aceptar desempeñar el rol que su identidad genérica les impone, tienden a tener conflictos con su estructura psíquica introyectada como definición de su ser femenino.

La mujer desarrolla a través de su vida las capacidades para el ejercicio maternal y para desearlo y gratificarse con él, internalizando, desarrollando e incorporando estas capacidades progresivamente en su estructura endopsíquica, y por la exposición constante a un bombardeo ideológico fuertemente impuesto y sancionado por el grupo social.

De manera que cuando llega a la edad de poder reproducirse y ser madre, ella ha asumido su rol subliminalmente y por la presión ideológica de la sacralización de la maternidad (11)(9).

A nivel de la práctica de la costumbre, de la vida cotidiana se asume entonces: Que una mujer en edad de procrear debe querer ser madre como punto clave de la mayor realización de su feminidad.- Que siempre debe estar dispuesta a dar la vida a los hijos que Dios o la naturaleza le mande.- Que esos hijos los debe querer y cuidar antes y por arriba de ella misma.- Que ella no debe tener intereses ni inquietudes propias que interfieran con el desempeño de esa maternidad.- Que sus deseos y necesidades ajenas a la maternidad y al

maternaje finalmente son irrelevantes, no deben existir o deben ser reprimidos o no deben estar por encima de sus deberes de madre.- Que su sexualidad debe estar siempre supeditada a la reproducción, por tanto ella no es dueña de su sexualidad, ni debe permitirse disfrutarla y ejercerla, sino con estos fines.- Su asociación emocional y sexual con una pareja debe, pues, conllevar el propósito de formar una familia como fin último. De suerte que ella debe guardar su cuerpo para su esposo y para sus hijos, en orden de poder ejercer la maternidad con el grado de integridad moral requerida.- La feminidad expresada a través de erotismo es inoconcebible y deleznable en el rol de la madre. Esta sólo se le va a permitir regularmente en su juventud cuando está "en edad de merecer", solamente para poder conquistar al hombre que la hará su esposa y madre, pero con muchas limitaciones. Desde que se casa debe adquirir la dignidad que su calidad de "esposa de alguien" o de "madre de alguien" requiere. Y debe anestesiar su cuerpo al deseo propio, sus deberes y dignidades de madre la llevan a ir deserotizando su cuerpo (de allí la cantidad de mujeres anorgásmicas) quedando desdibujada en su papel de amante activa y dando pie a la infidelidad del esposo. Internamente sabe que va a ser la contenedora emocional de su marido y de sus hijos (renunciando a ser ella contenida de esta manera, al menos no por parte de su familia). Y así se prodría seguir la lista de los innumerables requerimientos, de modo que este "ideal social de lo que una madre debe ser, se le impone

precisamente a una persona que como característica básica de personalidad no ha desarrollado una identidad precisa con una autonomía, independencia, seguridad en sí y control interno mínimo, y que tendrá sin embargo que dar cuidado contención, y seguridad e independencia a sus hijos (35) (9).

Se le impone que sea generosa, abnegada, incondicional, como condición "Sine qua non" para poder ser madre del género humano pero se le priva del derecho a ejercer este rol y estas características o cualidades por opción propia y de la capacidad de desarrollar cualidades de autonomía e independencia. Éstas quizá la harían desempeñar su papel maternal de manera más auténtica y sana y no a través de una imposición interna y externa que la han llevado a desempeñar su papel con bastante conflicto, lo que la ha hecho merecedora de grandes cuestionamientos por ser la principal gestadora de patologías psíquicas.

Pero al _quedar relegada mayoritariamente al ejercicio de estas funciones maternas y las del hogar, que contienen paradójicamente en la realidad ideológica un status menor que los quehaceres del varón, o bien si llega a desempeñar otros intereses o labores diferentes siempre debe subsumir éstos en función de su primordial desempeño maternal. Sus horizontes limitados y lo impuesto artificial de su rol le ha hecho devenir en la mujer conflictiva que pulula en nuestros días y que engancha perfectamente con el tipo de personalidad masculina, lejana, con rechazo a la intimidad, al apego

relacional más orientado a la acción en el mundo con todos sus retos (4) (5) (9).

Ya que en el aspecto emocional el varón presenta como contrapartida una identidad y un Autoconcepto que tuvo que recorrer otro camino, que como se señalaba en páginas anteriores comienza en la etapa edípica con la necesidad imperiosa de diferenciarse y desapegarse de la madre como un imperativo obligatorio para el desarrollo de su masculinidad. Lo cual sugiere que en la etapa de la latencia despliegue una especie de masculinidad compulsiva con rasgos que incluyen un fuerte rechazo a la feminidad y a las mujeres. El haber estado sometidos al dominio, dependencia, seducción y disciplina materna, propicia que posteriormente los púberes desplieguen conductas de rebelión confundiendo inconscientemente "bondad" (portarse bien) con feminidad, adoptando por esto conductas de "chicos malos" como su objetivo más deseable desarrollando conductas abiertamente antisociales e incluso hasta destructivas en la adolescencia.

Al sobrevenir la adultez los varones tienen que hacer otros reajustes para empezar a afrontar las responsabilidades que les impone su rol en el mundo trocando la anterior rebeldía en caracteres dinámicos y emprendedores. Sin embargo en el aspecto afectivo inconscientemente en la mayoría tiende a persistir un sistema anti-mujeres que les provoca grandes ambivalencias frente a éstas. Muy a menudo el hombre recrea inconscientemente en sus relaciones con su pareja el fantasma

de la relación con su madre, con aquella amenaza de simbiosis y dominio de sus días infantiles y con el sentimiento reactivo interno de no volver a dejarse asimilar por ninguna otra mujer. Por lo cual es lugar común que despliegue conductas y actitudes de alejamiento físico y emocional como si esta necesidad de mantenerse alejado le ayudara a mantener íntegra su masculinidad; de allí su gran incapacidad para reconocer y comunicar sus emociones más profundas y para captar y entender las de su pareja. Como si aquella temprana necesidad de separarse de la madre le hubiera encerrado desde la niñez en un tipo de relación que le impidiera la total entrega, la cercanía y la intimidad afectiva como un sistema defensivo que necesita para no ser devorado por la figura femenina (54)(56)(11).

Como resultado de los estereotipos masculinos y femeninos tendríamos a dos seres aparentemente incapaces de entablar una relación complementaria constructiva y madura ya que sus bagajes psíquicos típicos tenderían a ser marcadamente incompatibles, una buscando la simbiótica preedípica relación con la madre y el otro tratando de rehuir una cercanía demasiado amenazadora (que solo tolera en la etapa del cortejo, del enamoramiento, pero que no puede conservar en el transcurso de una relación permanente).

2.5.2. Autoconcepto y Reproducción en el medio cultural mexicano.

A continuación se hace necesario tratar de describir como se da el ejercicio de la maternidad en México.

Para poder abordarlo es preciso señalar que el psiquismo del mexicano es producto ineluctable de la confluencia de dos vertientes culturales, que desde que se dió el fenómeno de la conquista han venido interactuando entre sí con características muy especiales en tanto se trató de un proceso de dominación, de imposición, de arrase de una cultura sobre otra, pero dentro de o adicionado al suceso del mestizaje. El conquistador se impone y domina a todo un pueblo, pero termina por mezclarse con él. Esta situación de internalización ambivalente, autodevaluatoria y conflictiva de la identidad del mestizo va a matizar toda su conducta, actitudes, sentimientos y maneras en que se van a dar sus relaciones interpersonales y su concepción del mundo y de la maternidad (3) (57).

Sin embargo es importante señalar que estas dos culturas en algunos aspectos tan diferentes una de la otra, van a coincidir en algo que las asemeja, ambas son sociedades patriarcales de fuerte dominación masculina donde el papel de la mujer esta totalmente suscrito al ámbito de la maternidad y bajo el dominio del hombre.

La sociedad del México indígena giraba alrededor de una estructura familiar donde el padre era distante y temido, la madre totalmente abocada al ejercicio de la maternidad y con

un apego desmedido hacia los hijos a los cuales amamantaba hasta la edad de cuatro años; como consecuencia los hijos varones y hembras también tendían a desarrollar un apego relacional intenso hacia ella.

Por tanto el proceso de separación, individuación y desapego a esta madre feminizante por parte del varón propendió a hacerle necesaria una fuerte reafirmación de su masculinidad a través de las figuras de los caballeros tigre y los caballeros águila y a la fuerte desvalorización de la mujer misma en un esfuerzo inconsciente por no ser ahogado dentro de este océano materno (57).

La sexualidad erótica estaba prohibida para las mujeres decentes "normales" (sólo a las alegradoras se les permitían estas licencias), puesto que la mujer era prole no sexo y por tanto se exigía de ella que desarrollara prácticas y características tales como el ayuno, la castidad y la obediencia. Dice Santiago Ramírez (1977:189) que quizá de allí su vehemencia por considerarse el "Pueblo del Sol" para no tener que aceptar el ser realmente el "Pueblo de la Luna". Los españoles por su parte van a conformar un tipo de organización patriarcal rayando francamente en la misoginia, quizá por la influencia árabe y hebrea (57). La tradición judeo-cristiana plasmada a través de un catolicismo absoluto y cerrado como detentador único del poder y de la ideología, va a guiar este pueblo durante siglos. El poder del varón, su supremacía y su superioridad van a ser vistos como algo

natural y necesario, al igual que la sumisión y la posición secundaria de la mujer, vista únicamente como la gestadora de la progenie y objeto de satisfacción del hombre. Todo ésto legitimado por la religión misma y visto como el orden natural de las cosas y el " *único* " orden bueno a los ojos de Dios.

Esta organización tan fuertemente enraizada y sostenida, de lo familiar y lo social, va a tender a perdurar en la España peninsular hasta años bién recientes (13).

Acá en nuestro país después de la colonia poco a poco la situación se fue haciendo un poco más laxa y variada por la conjunción de otros factores (como sería la visión de otros modelos más próximos como el estilo de vida norteamericano por ejemplo); sin embargo, en grandes sectores de la población, quizá en la mayoría, van a permanecer estos estilos español e indígena internalizados junto con el impuesto conflicto del mestizaje. Ya que éste generalmente se dió a través de la relación de una mujer indígena con un varón español, con todas las repercusiones que ésto conllevó (57).

Y que es lo que se quiere remarcar: la doble posición devaluatoria de esta mujer en tanto sujeto femenino y en tanto parte del pueblo conquistado y considerado como inferior.

La internalización de degradación y denostación de esta mujer en la psique del mestizo, potencia su tendencia a la misoginia machista.

Por tanto ya entrando ahora sí al ámbito mexicano actual, se percibe que la estructura familiar se funda en más o menos los mismos lineamientos de la cultura indígena y de la española basada en:

- a) La supremacía absoluta e incuestionable del padre. Y
- b) El autosacrificio absoluto y necesario de la madre.

El papel cardinal de la madre en la estructura de la familia, produce también un exceso en el maternaje con los hijos durante la infancia y a través de toda la vida ulterior (55).

A la madre se le mitifica y venera por esa capacidad para tolerar todos los sufrimientos que el hombre le impone a ella y a sus hijos.

La familia mexicana gira, se estructura alrededor de la figura de la madre la cual en el fondo se siente sola sin la presencia de una pareja, de un compañero real, y de este modo centra sus aspiraciones en conseguir el amor y comprensión que necesita a través de sus hijos. Para conseguir ésto incoscientemente crea en ellos una gran dependencia y la idea muy cargada de emoción de no abandonarla jamás, recurriendo muy a menudo al chantaje emocional para cumplir sus propósitos.

La maternidad por tanto campea como la función básica de la mujer. El eje de la relación de pareja es la procreación.

Octavio Paz (57) dice que en la sociedad mexicana el matrimonio es confundido con engendrar hijos. De hecho no se da una verdadera relación de pareja, si entendemos por ésta la unión de dos personas que comparten intereses afines, proyectos de vida más o menos concordantes, sentimientos, afectos, comunicación, relaciones sexuales, intimidad, decisiones, etc. que los hacen crecer y desarrollarse como individuos y como la diada que han decidido constituir.

Esto se debe al exacerbado machismo del varón y a la subsumisión aceptada por la mujer. No se trata, pues, de una relación de iguales cimentada en el compañerismo y la simetría, por tanto no es concebible el tipo de relación de pareja descrita.

El machismo social imperante obliga al varón a comportarse como se comporta. El varón debe iniciar su vida sexual desde la temprana adolescencia, a él se le permite (casi se lo exige su asumisión de rol) que tenga relaciones premaritales y extramaritales casi constantes. Y que manifieste públicamente su virilidad a través de la procreación rápida de hijos (si son varones con mayor razón). Es característico su desprecio y devaluación por las mujeres, con una paradójica exaltación por la figura de la madre y lo que ésta representa.

Pero en general no duda en imponer su autoridad y superioridad de status con respecto a su mujer y sus hijos, a través de la violencia, siendo característico también en él su despego emocional, la infidelidad y el desinterés por todo lo doméstico incluyendo la educación de los hijos (55) (40).

La mujer pone su 50% de esta relación tan desigual, desarrollando una personalidad sufrida, pasiva, resignada, con una serie de mecanismos de conducta indirectos y encubiertos que su posición tan desigual le lleva a erigir como defensa. Y, como se asentó atrás, con una propensión enorme a apropiarse de lo hijos en su afán por llenar su vacío emocional, ya que además no se le permitió desarrollar otros intereses ni habilidades instrumentales necesarias para desempeñarse fuera del ámbito familiar, incluso sucede frecuentemente lo mismo a las que si se les permitió. Esa reducción tan dramática y limitante a lo doméstico la hace depositar su vida completa y el sentido de ésta únicamente en la maternidad (55).

2.6. AUTOCONCEPTO EN LA EMBARAZADA NORMAL.

Si como se vió, ser madre es el contenido esencial y el punto de llegada, la meta de la feminidad, entonces podemos colegir

lo que significa para una mujer en condiciones normales óptimas estar cumpliendo en esta sacralizada función a través de un embarazo.

Por presiones internas y externas la mujer viviendo en pareja rápidamente desarrolla la necesidad de convertir esa asociación en familia. Internamente parece ser que la mujer para cubrir y recrear su necesidad relacional de apego a la madre, (que la figura del hombre por lo general no tiende a satisfacer por el lugar que ocupa en la constitución edípica de las mujeres y por sus propias dificultades para la intimidad) la va a hacer buscar en el hijo la satisfacción de esa necesidad (37)(11).

Freud decía "que las mujeres alcanzarían el amor objetal verdadero, no en sus relaciones heterosexuales con los hombres, sino a través de su relación con los hijos, por ser éstos, a un tiempo, parte de ellas mismas y seres separados" (22).

La mujer a través de su desarrollo psíquico y emocional, ya apuntado, queda con la tendencia a permanecer ligada a la relación preedípica con su madre, de manera que ésto se traduce en un cierto interés inconsciente por reactivarla, y la posibilidad de poder hacerlo a través de un hijo (en su fantasía inconsciente) la hace desear y gozar con la idea de la maternidad (11)(37).

Esto por lo que toca a las necesidades internas, pero externamente existe una presión ideológica muy fuerte que pesa sobre cada mujer en edad y en condiciones de procrear. La cultura sobrevalora el hecho genitor de la maternidad, sacralizandola y pugnando por que cada mujer cumpla con su cuota maternizante prometiéndole tácitamente toda una retribución compensatoria de status social y emocional de veneración, dignidad, afecto y cuidado ulterior por cumplir con este sagrado papel (50)(9).

En la interioridad de toda mujer embarazada bullen pues en mayor o menor grado todas estas expectativas.

Aparte de que el Ideal de feminidad depositado en la mujer-madre incluye una serie de valores tan altos que para cualquier mujer resulta una tentación el poseerlos y ser identificada con ellos por el sólo hecho de cumplir con la procreación y el cuidado de los hijos. O sea, se propende a tener la fantasía de que por el hecho de engendrar hijos y cuidarlos (bién o mal) se va a alcanzar la alta investidura moral de esa Imagen idealizada de la madre (35). La cual contiene las siguientes características:

1.- La MADRE (así con mayúsculas) es un ser que vive para los demás. Su propio deseo y necesidad es vivir sirviendo y cuidando vitalmente a otros.

2.- Es absoluta y permanentemente "dadora". Da su cuerpo en el embarazo. Da alimento en la lactancia y en la vida

posterior de la familia. Da cuidados y atención constantes sin los cuales los hijos no sobrevivirían en edad temprana y no se formarían ulteriormente. Da ternura, comprensión, solidaridad y contención emocional.

3.- Con una capacidad para desprenderse de todos sus bienes reales y simbólicos en favor de sus hijos (quitándose la comida de la boca, renunciando a los deseos propios, amando, escuchando, etc.).

Todos sus bienes son apropiables pues si cuenta con bienes materiales, es reciente su derecho propio a heredarlos, ya que a menudo era únicamente el albacéa de los bienes de los hijos en caso de viudez.

4.- Con una capacidad de renuncia incluso a la vida autónoma; como una especie de renuncia al propio Yo, para poder ser siempre "para alguien". Con una gran habilidad para ser "ocupada" por los otros.

Una madre no sabe poner límites (no debe). Renuncia a su vida erótica, a su deseo, puesto que debe volcar todas sus energías en los hijos.

Una madre debe deserotizar su cuerpo, anestesiarlo en función del desempeño de esa maternidad sin límites.

No debe tener intereses ajenos que intercedan con el cuidado de su esposo e hijos.

5.- La madre es la lengua de la cultura.

Se da todo un hecho humanizador y civilizatorio a través de la lengua materna. Ella establece un orden frente al caos del infante desde el momento de nacer, ayudándole a gestar un orden interior un Yo, siendo su Yo auxiliar en tanto se hace persona.

6.- Y todo ésto lo debe hacer de manera invisible, incondicional y "naturalmente" (9).

¿Quién se podría resistir a la tentación de obtener semejante estatura moral? Si todo este status moral y social se alcanza sólo con la maternidad y aparte existe una necesidad de hacerlo para realizar el plan interno que se trae como identidad femenina, además de todas las presiones del propio medio familiar y social. ¿Cómo sustraerse pues a esta necesidad de asemejarse y asumir este Ideal máximo de feminidad?

Toda mujer que por estructura de personalidad y por cuestiones circunstanciales no se haya desarrollado de manera diferente a la normal, sin ningún otro tipo de realización personal que realmente la satisfaga, y toda que sí lo haya hecho, y entre ambas, otra amplia gama que llene el espacio, van a tender en algún momento de sus vidas a querer ejercitar su maternidad. Unas de manera más acendrada y tradicional con menor conflicto con el rol, las otras con mayor flexibilidad, quizá más renuentes a asumirlo totalmente, con

todas las características descritas. Pero muy pocas se querran perder de esta experiencia por decisión propia.

Por lo tanto todas estas imbricaciones mencionadas van a estar influyendo a la hora de cursar un embarazo normal. Este puede considerarse como un episodio que brinda la oportunidad de un desarrollo psicológico, en tanto implica un tiempo y un estado propicio para que se revisen y superen una serie de conflictivas no resueltas, pues ya se ha hecho mención de que en el curso del embarazo se puede reactivar la identificación con la madre en sus funciones maternas.

Esta situación no implica necesariamente entrar en conflicto con el rol maternal internalizado sino al contrario, permite la posibilidad de poder ejercitar para lo que se ha estado preparada psíquicamente toda la vida.

Así pues el embarazo adquiere gran valor en la vida procreativa de la mujer pues alude a una etapa de ajuste y de mayor madurez dependiendo por supuesto de la conjugación de una serie de factores , como serian la estructura de personalidad previa, el estado de madurez emocional alcanzado, una relación de pareja estable y armónica o nó; la asunción del rol maternal con mayor o menor grado de conflicto, la presencia de otros apoyos familiares, la posición económica, etc. (50).

Implica por tanto una serie de ajustes fisiológicos y psicológicos cuyo desenlace va a depender de los factores

mencionados. Es común sin embargo, encontrar cierto grado de ansiedad por preocupaciones sobre la salud personal y del producto; cierta depresión si se han tenido que limitar las actividades acostumbradas y ciertas modificaciones del autoconcepto y en lo que toca a la imagen corporal y de sí misma, por toda la serie de alteraciones físicas y sociales que en general se están experimentando (50).

En general en nuestro medio es tan fuerte la concepción ideológica con connotación positiva sobre la maternidad, que el embarazo suele conllevar una mejora en el Autoconcepto, no obstante todas las molestias físicas, los ajustes emocionales y sociales enunciados (66). Sobre todo si se trata del **curso de un embarazo considerado como normal**, el cual se puede definir como:

"Aquel que no fue precedido por pérdidas fetales anteriores, por violación o incesto; que no lleva presentes cardiopatías, toxemias, diabetes u otras enfermedades que impliquen riesgo para la madre y/o el producto; en el que no se hayan presentado amenazas de aborto, ni embarazo múltiple y que tenga lugar en las condiciones mínimas óptimas en que la embarazada cuente con una pareja estable, y exenta de perturbaciones graves en sus circunstancias de vida" (53).

2.7 EL AUTOCONCEPTO EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

El embarazo de alto riesgo puede ser definido como "aquel que tiene o puede llegar a tener complicaciones trascendentes para la integridad de la salud y/o de la vida de la madre, y/o del producto, por la presencia de estados mórbidos dependientes o coincidentes con el proceso gravídico" (53).

En instituciones especializadas como el Instituto Nacional de Perinatología, se detectan y tratan este tipo de embarazos después de haber recabado una historia clínica completa, y de haber sometido a cada paciente a una serie de análisis y estudios previos, para poder llegar a establecer un diagnóstico integral que contenga, aparte de los datos de su condición obstétrica (que incluye paridad, gestación, edad del embarazo y datos fetales), un juicio indicativo de las condiciones de su organismo y así poder evaluar si el embarazo es normal o si existe algún tipo de riesgo para la madre o el feto, de qué clase y en qué grado.

Dependiendo del tiempo de aparición de las condiciones de riesgo para el feto y/o la madre se habla de riesgo prenatal, intraparto o neonatal (53).

Ahora bién, la serie de factores o condiciones patógenos sumadas al evento procreacional, se han clasificado también de acuerdo a sí éstos son dependientes o condicionantes del embarazo, o si se trata de complicaciones asociadas a la gestación. Como algunos ejemplos del primer tipo tenemos:

- 1.- Abortos recurrentes.

- 2.- Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
- 3.- Embarazo Ectópico.
- 4.- Emésis o Hiperémesis aguda.
- 5.- Poli hidramnios.
- 6.- Enfermedad hipertensiva del embarazo, Eclampsia o Preclampsia, etc.

Como ejemplos de los segundo están:

- 1.- Diabetes Mellitus.
- 2.- Cardio patías.
- 3.- Infecciones Urinarias.
- 4.- Infecciones y Virosis.
- 5.- Tumores.
- 6.- Enfermedades Tiroideas, etc.

De manera que los parámetros para clasificar un embarazo con posibilidades de complicarse con mayor o menor severidad en el Hospital de Perinatología, por ejemplo, se basan en un criterio más o menos arbitrario sustentado en la experiencia médica que permite anticipar el efecto que "X" factor mórbido puede causar en el embarazo; al respecto se toman en cuenta solo dos magnitudes de riesgo: la más alta y la más baja.

En la magnitud más alta se incluyen aquellos procesos gravídicos que concurren con complicaciones del tipo de pérdidas fetales recurrentes, la posibilidad de una Eclampsia, de Poli hidramnios, etc. que por sí solos colocan al embarazo en una condición de Alto Riesgo.

La más baja comprende aquellos factores que aún cuando también pueden provocar problemas perinatales, no suelen ser tan graves, como por ejemplo, el tener 15 o 35 años en un primer embarazo, o bien el número de cesáreas previas, etc. Sin embargo, la presencia de dos o más de estos factores, automáticamente coloca al embarazo en una clasificación de Alto Riesgo también (53).

Esta discriminación temprana se hace con el fin de implementar un amplio plan de tratamiento para prevenir y tratar de solucionar, lo más pronto y eficazmente posible, los problemas que se vayan presentado en el decurso de la gestación.

Perspectiva psicológica.

Son difíciles de predecir las repercusiones psicológicas que este tipo de embarazos pueden producir en las pacientes que los cursan, puesto que se dan en una muestra poblacional muy amplia y diversa, que difícilmente podrían reunir características comunes de personalidad y circunstancia, como

para pretender enmarcarlas dentro de un perfil específico; sin embargo dependiendo del tipo de padecimiento y del grado de riesgo involucrado son de esperarse ciertos niveles de tensión, ansiedad e incertidumbre por todas las posibles vivencias negativas producidas quizá por experiencias desagradables de gestaciones previas, por el estrés que produce la necesidad de una hospitalización para someterse a una vigilancia intensiva, por tener que vivir una situación fisiológica de suyo natural y normal como enfermedad, etc.

Ahora que, paradójicamente coexisten también estados emocionales positivos de satisfacción, complacencia, gratuidad y orgullo por sentir estar cumpliendo con el deber femenino de estar gestando un nuevo ser.- Dar vida es, en nuestra cultura, un valor superior que supera cualquier sufrimiento.

Esta convicción ha sustentado la identidad femenina desde que a la niña le fue transmitida la feminidad por la madre; la mujer que la convocó a la vida y la convirtió en mujer a su vez le insufló el anhelo y la predisposición a ser madre, como la máxima función social y existencial de su vida.

Ahora ella retoma la estafeta y aún en estas condiciones adversas, respaldada por su entorno social, que incluye a la institución de salud que con todo un equipo de médicos especializados le están ayudando a cumplir con su misión

reproductiva, y en medio de los temores y riesgos, se somete a su destino.

De nueva cuenta nunca será suficiente remarcar el papel de la ideología en todo ésto. A menudo a la mujer se le juzga como masoquista, infantil, histérica e incluso estúpida o inícuca, cuando se observa como tiende a cumplir por sobre todas las cosas, con un rol que la lleva a desarrollar conductas que se antojan absurdas, muy relacionadas con la actitud de sometimiento pasivo a todo, incluido el sufrimiento, mezclado con tendencias al chantaje, al manipuleo de los demás y al aparente solazarse en estas situaciones. Considerando sobre todo que en un embarazo de este tipo, el riesgo para la integridad de la salud física y/o mental del producto también está en juego.

Lo cual hizo que Freud y la mayoría de sus seguidores consideraran estas características como parte de la esencia misma de la naturaleza femenina (en un sentido anatómico). Karen Horney lo expone con gran lucidez en su artículo "El problema del masoquismo femenino" recopilado en su obra "Psicología Femenina" (1967).

De acuerdo con lo que ella señala allí, el embarazo de alto riesgo y su papel en el autoconcepto de la mujer, psicoanalíticamente tendería a ser explicado en base al supuesto inherente masoquismo femenino, el cual es considerado una consecuencia psíquica producida por la

diferencia sexual anatómica. Horney menciona como se ha tendido un extraño parentesco entre masoquismo y biología femenina. A continuación se transcribirán una serie de postulados teóricos mencionados por ella en los cuales varias generaciones de psicoanalistas se han basado para interpretar este fenómeno de la psicología femenina.

"Las satisfacciones específicas buscadas y encontradas en la vida sexual femenina y la maternidad, son de naturaleza masoquista.- El contenido de los deseos y fantasías sexuales tempranas relativas al padre, es el deseo de ser mutilada, castrada por él.- La menstruación lleva la connotación oculta de una experiencia masoquista.- El alumbramiento le proporciona (a la mujer) una satisfacción masoquista, como también la relación maternal con el hijo" (28) (11).

Continúa después diciendo que: "H. Deutsch supone la existencia de un factor genético de naturaleza biológica que inevitablemente conduce a una concepción masoquista del rol femenino".

Por lo cual aduce Horney: "que de esta teorización psicoanalítica sobre el origen y naturaleza del masoquismo femenino, no se puede concluir sino que la vida sexual de la inmensa mayoría de las mujeres es patológica".

Prosigue diciendo: "cuando se afirma que el deseo de masculinidad es un factor dinámico de origen primario, no solo en las mujeres neuróticas sino en toda mujer y con

independencia de las condiciones individuales o culturales, no se puede por menos señalar que no hay datos que abonen semejante afirmación".

Añade que Deutsch se proponía examinar la génesis de la feminidad, entendiéndolo por tal la disposición femenina masoquista-pasiva en la vida mental de las mujeres.

Para concluir Horney en ese artículo asevera "que la unilateralidad o el franco error de los resultados obtenidos se debe a un descuido de los factores culturales o sociales, que aún cuando el psicoanálisis se rehuse a ocuparse de ellos, éstos siguen existiendo e influyendo.

Y que la omisión de esas consideraciones pueden conducir a una valoración falsa de las diferencias anatómicas y de su elaboración personal, como factores causantes de fenómenos que son resultado (parcial o totalmente) de un condicionamiento social" (28).

En la Psicología actual tomar ésto en cuenta con claridad marca toda una diferencia a la hora de abordar todo ese tipo de problemas insertados profundamente en la subjetividad femenina y el ejercicio del rol, como producto de la desigual organización sexo/género de la sociedad.

En nuestro medio la esposa-madre que no vive más que para cumplir este destino, se esforzará por realizarlo en toda circunstancia aunque vayan de por medio su salud y su vida

y/o la de su hijo, obteniendo con ello la ratificación de su identidad junto con otras ganancias secundarias.

La mujer mexicana de clase popular, media-baja y media, por lo regular es una mujer oprimida, bajo el poder de un marido dominante que no suele tomarla en cuenta y que incluso la llega a maltratar físicamente con frecuencia, es una mujer llena de obligaciones y tareas domésticas rutinarias, enajenantes y desgastantes que debe cumplir día con día y con doble jornada de trabajo, si como suele ser común, desempeña otro tipo de labor fuera de la casa (30) (55) (40) (52).

Por ésto son los periodos de gestación parto y puerperio, en los únicos en que goza del reconocimiento familiar y comunitario, cuando se ve eximida de algunas de sus obligaciones, se ve a salvo de la violencia del marido y hasta es atendida cumpliéndole sus antojos, sobre todo si su estado requiere de cuidados especiales (55) (52). Todos estos factores sumados, más toda la retórica sobre la maternidad sepultan quizá posibles dramas secretos y la conducen a exaltar su autoestima.

Horney ha sido solo un exponente de esta nueva andanada de aire fesco que cada vez penetra más en algunas corrientes del psicoanálisis contemporáneo; las cuales no dudan en considerar a los factores socio culturales como de primordial importancia en la génesis de los roles de género y las subjetividades masculinas y femeninas, tomando en cuenta la

asimetría de la estructura social y familiar, sustentada en la división sexual del trabajo entre los géneros, como la fuente de toda una serie de procesos psíquicos que determinan a los sujetos que conforman la sociedad, deviniendo en unos estereotipos rígidos, acartonados, conflictivos, limitados y cada vez menos funcionales. Estos entran en relación en una interacción nociva generalmente para ambos sexos, pero en la que a la mujer le toca representar el papel más depauperado una vez que el ejercicio de su rol le confina al estrecho mundo de lo doméstico y de la maternidad, sin tener la posibilidad de desarrollar una mayor proyección en la vida activa que le ayude al enriquecimiento de su Yo.

Esa esposa-madre frustrada es la forjadora de los psiquismos de sus hijos a través de una interrelación marcadora la más de las veces de manera conflictiva.

Ella siembra y estructura el psiquismo primario que convertirá esos hijos en los futuros hombres y las futuras mujeres, que en el transcurso de su vida tenderán a repetir el drama de los estereotipos, el drama del desencuentro de la pareja humana, el drama del hombre y el drama de la mujer (5).

La mujer no nace, se hace (12).

El masoquismo no le viene del útero, como tampoco la tendencia a la histeria y al uso del chantaje emocional.

Tampoco es producto de un proceso libre, consciente y voluntariamente elegido, ni de una iniquidad innata encubierta.

Esa mujer sufrida, pasiva, resignada, dadora vital permanente que puede terminar "devorando" a todo aquel alrededor suyo, es el producto de una sociedad desigual que la ha colocado en una posición secundaria, desventajosa negándole o regateándole un mayor espacio y libertad para crecer y crearse otro destino. Sólo tomando en cuenta esta situación con realismo y objetividad se estará terapéuticamente en posición de comprenderla y ayudarla realmente en el camino de su transformación.

2.8 Esterilidad y Autoconcepto.

Desde el punto de vista médico:

La esterilidad es el impedimento para poder concebir, gestar y parir en forma normal y a término, un hijo en el momento que se desee, ejerciendo la pareja una vida sexual con una frecuencia normal (estadísticamente) y habiendo transcurrido un período de unos tres a seis años sin resultados (69).

Los médicos suelen clasificarla de acuerdo al grado y al origen en:

a) Esterilidad absoluta (conocida también como Infertilidad)

- b) Subfertilidad (con posibilidades de revertir y ser superada) y
- b) Esterilidad Intermitente con cortos periodos de fertilidd.

Otra clasificación importante se refiere a:

Si nunca se ha logrado un embarazo, tratándose entonces de esterilidad primaria, o bien si el padecimiento surgió después de uno o dos embarazos previos (logrados o no) llamándose entonces Esterilidad Secundaria.

De acuerdo al origen se hablaría de una esterilidad debida a causas orgánicas, más o menos identificadas, detectables y en algunos casos superables o reversibles con tratamientos. Pero también se tiene un buen porcentaje de casos cuyas causas son desconocidas y entonces se habla de un tipo de Esterilidad Criptogenética, dentro de la cual se incluirán las Psicógenas, ya que orgánicamente los sujetos aparentemente están normales y con la capacidad para procrear un hijo, sin poder lograrlo (69).

Se calcula que más o menos un 25% de la población general padece de alguno de estos tipos de esterilidad.

El interés por su estudio es más frecuente en la actualidad, desde hace unos 15 años a la fecha; encontrándose con que aparentemente el problema epidemiológicamente ha tendido a duplicarse. Esto puede tener varias explicaciones: una, en relación a lo que se apuntaba, al hecho de que cada vez, más

facultativos e instituciones médicas se han dedicado a la investigación y al tratamiento de este padecimiento, y la otra que resulta de que a la vez un mayor número de parejas estériles acuden a los médicos y/o centros de salud especializados en busca de ayuda clínica (69).

Sin embargo, si esta duplicación detectada es real, los especialistas proponen varios factores psicosociales como posibles causas de este incremento en la Esterilidad. Consideran que dadas las condiciones de cambio y de movilidad social presentes en los actuales tiempos de necesidades económicas, de un mayor acceso a la educación por parte de las mujeres, de la entrada de éstas al mundo laboral, etc. puede estarse dando una mayor exposición a agentes tóxicos por parte de ellas, que pudieran estar alterando su función procreativa.

Por otro lado las nuevas parejas están tendiendo a posponer la procreación unos 3 o 4 años, después de su unión, para consolidarse como pareja como consecuencia cada vez es más frecuente que las mujeres dilaten su maternidad hasta cerca de los 30 años y según estos clínicos, la capacidad procreativa de la mujer tiende a decrecer precisamente alrededor de esta edad. Ahora bien, como además es necesaria la utilización de métodos contraceptivos para lograr esta dilación en la maternidad, mencionando que aún cuando no se puede establecer categóricamente una correlación positiva entre los anticonceptivos orales y la esterilidad, también es

cierto que su ingestión por periodos prolongados, produce después de su suspensión un periodo de subfertilidad como secuela (69).

Añadiendo que todavía más serios son los efectos del uso del dispositivo intrauterino, que pudiendo causar variadas infecciones útero-tubarias, elevan en gran medida la posibilidad de una obstrucción tubaria ulterior.

Por último señalan que la mujer por permitirse ejercer la sexualidad con varias parejas, está expuesta a que al entrar en contacto con varios tipos de sémen, su cuerpo en un tipo de reacción inmunológica produzca antígenos que ulteriormente tiendan a rechazar a los espermatozoides (69).

Todas estas posibles hipótesis, aún cuando están hechas por los portavoces científicos especializados en la materia y por tanto con todo el reconocimiento que su saber les inviste, independientemente de toda la objetividad que posean, no dejan de necesitar un posible análisis más acucioso y perspicaz, que descarte la posibilidad de contener un tejido de verdades científicas mezcladas con ideologías seculares tradicionalistas, en las que se puede leer entre líneas, que la mujer para evitarse problemas de esterilidad debe permanecer en casa con la familia, teniendo hijos a la edad adecuada dentro del matrimonio (que para eso está institucionalizado; para crear familias) y por supuesto manteniendo relaciones sexuales monógamas.

Siguiendo con el aspecto médico, las tres principales causas de Esterilidad son:

1. La anovulación.
2. Alteraciones espermáticas.
3. Obstrucción tubaria.

Secundariamente también se puede presentar la Esterilidad por:

1. Procesos inmunológicos con la presencia de anticuerpos espermáticos.
2. Alteraciones del sistema muco/cérvix.
3. Los efectos indirectos de una endometriosis.

Y como ya se mencionaba existe un 10% de casos cuyas causas va a ser desconocida. Hasta aquí el panorama clínico de la Esterilidad desde el punto de vista médico (69).

Psicológicamente el estudio de la Esterilidad todavía no está en posición de dar datos concluyentes sobre una serie de cuestiones importantes, como por ejemplo si los trastornos psicoemocionales que se presentan en las parejas estériles son producto de una problemática previa a la detección de la esterilidad o si son creados a partir de la diagnóstico y el tratamiento médico para solucionarla, o si existe una confluencia de ambos tipos de factores, interactuando y que acaban por provocar un estado de desadaptación psicológica en ellas (51) (17).

Cada uno de estos acercamientos está representado por sus respectivas hipótesis, investigaciones y seguidores que con estudios serios tienden a avalar sus propias posturas, sólo que debido a resultados contradictorios y excluyentes que presentan al compararlos entre sí, se considera que las investigaciones aún necesitan una mayor depuración en sus métodos, para que realmente se le pueda dar a los datos obtenidos la connotación de evidencia científica. Sin embargo, de toda la abundante investigación que se ha hecho, en el campo de la psicología, sí se han podido concluir varias aseveraciones y considerarlas como válidas y vigentes con respecto al fenómeno de la Esterilidad. Y así tenemos que:

1. Hay una evidencia científica incontrovertible de que los pacientes diagnosticados y tratados clínicamente por esterilidad están mucho más desadaptados y conflictuados psicosocialmente que los grupos control de sujetos normales.
2. Las mujeres resultaron significativamente más afectadas que los varones en mediciones correspondientes a su estado de ansiedad, ajuste sexual, autoestima y depresión, habiéndose detectado una autoestima reducida y negativa mucho mayor en ellas.

3. Sin embargo, ambos miembros de la pareja registraron una significativa merma en el rubro de la satisfacción marital (51)(17).

Aquí quizá sea importante señalar, antes de proseguir con el desarrollo de la aseveración número 2 el efecto del tratamiento médico en las mujeres y sus parejas, y su papel determinante en el proceso de la esterilidad.

Papel muchas veces iatrogénico del tratamiento médico sobre el aspecto emocional de la pareja estéril.

Por un lado el tratamiento médico es considerado como la única vía, el único camino científico legítimo para lograr la procreación, pero por otro, las condiciones en que se da y lo que provoca en los pacientes implica un costo tan difícil y elevado de pagar en todos sentidos que incluso es necesario señalarlo como posible agente casual de un estado disruptivo masivo y devastador para la vida total de las pacientes estériles y sus parejas.

Quizá por esto mismo ha sido difícil determinar las posibles causas psicógenas únicas o asociadas en este tipo de padecimientos, puesto que el primero en tratar con el problema es el ginecólogo, quien se encarga de diagnosticar y someter a tratamiento a las parejas. Tratamiento que termina por hacer mella en las personalidades de ambos cónyuges individualmente y en la diada de su interacción relacional (67).

En primer lugar porque la vida íntima de la pareja pasa a ser controlada, evaluada y observada por el médico o equipo de médicos que durante todo el tiempo que dure el tratamiento se van a encargar de decirles el cómo y el cuándo de sus relaciones sexuales con frecuentes chequeos postcoitales y nueva reprogramación cada vez que fallen amén de todos los estudios, análisis, recuentos, citas que le va a tomar un buen porcentaje de su tiempo. Debido a esto sus vidas cambian al tener que posponer actividades cambiar decisiones y otros proyectos de desarrollo personal y profesional en aras de conseguir el anhelado embarazo (17) (51) (67).

No es difícil que ésto sea vivido consciente e inconscientemente como una verdadera intromisión, una afrenta a su intimidad y a sus personas, con el agravante de que por las presiones internas y externas que les hacen sentir que deben cumplir con el ejercicio de su parentalidad, tengan que reprimir su rabia y frustración, sometiéndose lo más civilizadamente posible a todo lo que se les indique como necesario una vez que la falla de su esterilidad está en el cuerpo de alguno de ellos o en el concierto de sus dos químicas incompatibles, lo cual es vivido con culpa y vergüenza. Ello provoca una sensación de impotencia, de pérdida de control, de autoestima y de Autoconcepto (17) (51) (67).

Esto es en términos generales vivido con esta connotación negativa por ambos miembros de la pareja. Sin embargo como ya

se observó en la aseveración número 2 las mujeres resultaron significativamente más afectadas que los varones, por tanto a continuación se expondrán las causas explicativas de esta constante (67):

1. En primer lugar en todo el mundo la responsabilidad para concebir, gestar, parir y cuidar a los hijos es primordialmente dejado a la mujer.

2. La mayoría de las culturas troquelan social y psicológicamente a las niñas y mujeres para cifrar su sentido de valía, de autoestima en su capacidad reproductiva, en su fertilidad. Como consecuencia tienden a recibir una mayor censura social por su esterilidad que los varones.

3. Por regla general las mujeres manifiestan un mayor involucramiento para la resolución de problemas de tipo marital, sexual o de esterilidad, que sus parejas. Siendo todavía la relación de 10 mujeres por un varón, las que se someten a tratamiento.

4. El tiempo que consumen los tratamientos médicos invariablemente es mucho mayor para las mujeres que para los varones.

5. La mayoría de los tratamientos seguidos, aún cuando se hubiera detectado al varón como el agente causal, son vividos con mayor dolor y angustia por parte de las mujeres.

6. Finalmente las mujeres tienen menos la posibilidad de sublimar su dolor a través de una carrera, o en otra actividad ajena a la maternidad.

7. El peligro de abandono por parte del marido. Además de que estas tienden más pronto a admitir sus sentimientos de conflicto, de inadecuación y de dolor, mientras que los varones tienden a negarlos o reprimirlos dando altos puntajes en las pruebas detectadoras de mentiras (67).

De modo que por lo expuesto se puede categóricamente concluir que:

Las mujeres tienden a presentar una mayor conflictiva psicoemocional, con una significativa baja en su autoestima, depresión y ansiedad, por la experiencia de la esterilidad y los modernos métodos médicos para tratarla, pero ésto parece ser más un resultado que una causa, de la situación de esterilidad, no perdiendo de vista nunca el papel tan mencionado de la ideología imperante que aunque camuflado, neutralizado o atenuado, parece seguir persiguiendo el destino procreador de la mujer como fin último en su vida y que es difícil aún para los mismos especialistas librarse de su influencia.

En el Apéndice A se inserta el testimonio escrito de una paciente estéril que revela con gran expresividad el calvario y el dolor que inundaron su vida completa desde que la esterilidad se le hizo patente a través del diagnóstico y de

diversos tratamientos médicos a que fue sometida. Al final de su relato después de estar en tratamiento psiquiátrico, se vislumbra como estaba acabando por aceptar su situación, pero finalmente terminó por abandonar la psicoterapia y se desconoce su desenlace.

Por otro lado apunta Emilce Dio Bleichmar (1985:107) que parece no existir otra circunstancia que exalte con tanta intensidad el narcisismo de la mujer, como el hecho de engendrar un hijo. Ya que este hecho le prueba que ha sido capaz del acto máximo: la creación de una vida. Además de que como sus cuidados vitales son indispensables para que ese nuevo ser sobreviva y se haga persona, en general ésto la hace sentirse insustituible, imprescindible para alguien, como en ninguna otra situación en su vida.

Claro ésto en función de que su rango de actividades esté mayormente depositado en la maternidad como función sustentadora primordial de su narcisismo y la única que la hace sentirse engrandecida y valorizada (como ya se ha señalado repetidamente a lo largo de este trabajo).

2.9 Oclusión Tubaria Bilateral y autoconcepto.

En estudios hechos por la OMS con respecto a la planificación familiar, el control de la fecundidad y su nivel de aceptación a nivel poblacional, se ha visto que la

resistencia general que se ha encontrado al respecto tiene raíces histórico-psicológicas con una gran sustentación en el hecho de que durante siglos supervivencia y reproducción han ido siempre de la mano. La fecundidad abundante estaba al servicio de la especie (70).

Es sólo hasta nuestros días en que la conciencia ecologista y los serios problemas sociales debidos a una sobreproducción acusante que se ve cada día con mayor claridad, la relación negativa multicausal entre un exceso en la procreación y un descenso cada vez más pernicioso y dramático en la calidad de vida de millones de gentes.- Este problema tiene por supuesto muchas facetas y aristas puesto que involucra factores económicos, políticos, filosóficos, etc., que rebasan el objetivo de esta tesis, sin embargo aquí sólo se quería asentar de nueva cuenta el papel de la ideología sobre la conducta y la psique humana ya que las políticas poblacionales han estado manejadas y estatuidas, desde la historia de los tiempos por las instancias detentadoras de la ideología política-social-religiosa y económica en turno en cada sitio de la geografía humana.- De suerte que el espacio vital sexual reproductivo de los hombres y mujeres como individuos en los diferentes grupos sociales siempre ha estado manejado por los propósitos normas y preceptos de los sustentadores, generadores y mantenedores de la ideología y del tipo de producción imperante, invariablemente de tinte patriarcal, en las cuales los sistemas económico-políticos y

los sistemas religiosos pueden variar; pero la constante siempre presente es que éstos se mezclen, se moldeen y sirvan para retroalimentarse con esta variable siempre presente: la organización social patriarcalista con su sistema sexo-género.- Y aunque en un principio la normatividad impuesta para la procreación hubiera estado fincada en función del bienestar de todo el grupo muy pronto otro tipo de intereses se empezaron a entretrejer y a dirigir la vida de los individuos para cubrir las expectativas de los grupos de poder (41)(46).

En estos tiempos que corren nos encontramos con que la explosión demográfica se ha convertido en un gran problema especialmente en los países del tercer mundo pero la amenaza que esto representa repercute en todo el mundo, y las medidas tomadas para combatirlo se topan con el hecho de que no es posible borrar de un solo tajo los siglos de aprendizaje internalizado que habiendo normado la conducta procreativa de los pueblos la han condicionado hacia una fecundidad abundante (70).

Las crisis económicas mundiales, los cambios drásticos que se han dado en la configuración de los sistemas políticos y culturales son indicadores de la característica principal de los tiempos actuales identificada como una ola vertiginosa de cambios reestructuraciones, evoluciones constantes que generándose más frecuentemente dentro de las estructuras de los países altamente industrializados arrastra con su

influencia a todos los demás pueblos en diferentes estados de desarrollo, cimbrándoles todas sus estructuras.

Este fenómeno de la planetización potenciado exacerbadamente por los medios masivos de comunicación hace que pautas de conducta primer mundistas sean acatadas imitadas e instauradas en todo tipo de sociedades incluyendo la nuestra sin dar tiempo a que la mayoría de los individuos estén psíquica y emocionalmente preparados para ello. Las necesidades de la producción y las necesidades económicas cada vez más apremiantes de los individuos han lanzado a un número mayor de mujeres al mercado de trabajo cambiando las estructuras familiares, sociales y culturales, sin contar la mayoría de la población con el bagage educacional y psíquico para asumirlo sin conflictos internos.

En este estado de cosas habrá sujetos a los cuales se les hace imposible aceptar los cambios, simplemente ni los asumen ni los aceptan permaneciendo fieles a la tradición y las costumbres tratando de vivir aferrados a un mundo que ya no existe y sufriendo a la larga conflictos con la nueva realidad cotidiana que inexorablemente les vá rodeando y atenazando. Otros se adecuarán adoptando las conductas en boga parcialmente, sin haber hecho los cambios internos necesarios para entender y asumir las nuevas situaciones manifestando también diversos grados de desfasamiento y conflicto. O bien se sucita que dentro de todo un grupo, un círculo social o en una familia misma los sujetos que los

conforman difieren en su grado de adaptación al cambio de acuerdo con la edad, educación, rigidez o flexibilidad de su personalidad, sus valores, etc. entrando en conflicto entre sí.

Esto es lo que sucede con los cambios acaecidos en las conductas y actitudes procreativas que en un gran número de personas parecen atentar directamente contra su sentido de identidad, de autoestima y de seguridad, que durante mucho tiempo habían estado fincados en el desempeño de un rol, la parentalidad prolifera, que había sido introyectada como el ideal inmutable, natural y único.

Planificación Familiar.

En los últimos veinte años fueron apareciendo cada vez con mayor difusión diferentes medidas para controlar la fecundidad siendo divulgados y promovidos generalmente por el estado, los medios de comunicación, el sector salud, los grupos feministas, los laboratorios farmacéuticos, etc., quienes van a proclamar sus bondades, su utilidad y la trascendencia de su uso, como un fin para mejorar las condiciones de vida de las familias con hijos planeados, de la sociedad y del mundo en general (25) (45).

Colateralmente con la ganancia secundaria pero sustantiva para la mujer misma de poder liberarse de su biología de darle un mayor sesgo de humanidad a la maternidad al permitirle la libertad de elegir el ser madre sólo cuando lo

desée y no como algo inevitable y fuera de su voluntad y control.

Sin embargo, en los países católicos, la ideología religiosa vá a estar en total desacuerdo con estas medidas y vá a tender a desaprobarlas y a ejercer presión condenando públicamente la práctica de cualquiera de los métodos "antinaturales" que atentan contra la concepción, aduciendo principios éticos y morales sobre el valor divino de la vida. Como su mayor radio de acción suele estar en las clases socio-cultural y económicas media-baja y baja las repercusiones traducidas en conflictos no se dejan esperar provocando ambigüedad y ambivalencia en estos sectores cuyas condiciones de vida reales entran en conflicto con el seguimiento de los mandatos religiosos, la presión de las costumbres y tradiciones familiares sustentadas a su vez en esta ideología que les impide genuina y libremente asumir uno u otro estilo de conducta. La dureza de la realidad cotidiana concreta de los individuos entra en conflicto con el "deber ser" de la norma religiosa y "el ideal" tradicional produciendo lo que Agnes Heller denomina como "las revueltas subjetivas" que van a provocar una lucha interna que se traduce en conflicto psico-social de mayor o menor severidad dentro de cada sujeto (70)(55).

Planeación familiar en México.

En el medio mexicano en general, y en el de las mujeres que fueron incluidas en estos estudios que corresponden a las clases media-baja y baja, o sea la llamada clase popular en específico, todos estos elementos van a estar presentes a la hora de plantearse la necesidad de planificar el número de hijos que desean tener y las medidas que están dispuestas a utilizar para conseguirlo.

Las parejas, o las mujeres (en los casos en que no cuenten con su pareja para tomar una decisión sobre el control natal) se van a topar con las normas y su capacidad para transgredirlas a la hora de planificar el número de hijos deseados.

CONCEPTO DE NORMA.

Una norma es "aquella conducta, actitud o creencia que un sujeto piensa como correcta y deseable por las personas o grupos importantes para él, y que dirigen o determinan su percepción de las personas, objetos, conductas y acontecimientos".- O también "las ideas que tienen las personas en torno a la conducta reputada como usual y correcta por su círculo social" (55).

Como ya se mencionaba de todas las normas que rigen las vidas de los individuos, las más poderosas son las sustentadas en

la ideología religiosa puesto que al haber sido asumidas como sagradas comprometiendo las consciencias de los individuos en el largo proceso de socialización que comienza con la temprana relación con la madre, el padre y el grupo familiar completo conformando sus creencias, valores, mitos y tabúes es usual que su transgresión haya sido introyectada también como objeto de terribles consecuencias (ira de Dios, excomunión, ostracismo y repudio social, etc.).

Estas ideas de carácter religioso estarán también muy unidas a lo que se considera como lo "adecuado" y "normal" como femenino y masculino. Teniendo entonces que ver muy directamente con la identidad de género y sus funciones ya desarrollado también en capítulos anteriores, entrando en el terreno de lo psíquico.

Por otro lado el tipo de estructura familiar, el tipo de pareja conformada, el número de hijos que se deben tener, responden también a un conjunto de normas socio-culturales que aún teniendo un correlato de origen religioso se han hecho costumbre, tradición y práctica obligatoria también por otro tipo de factores, entre otros el machismo y la maternidad mitificada por ejemplo, tan representativos de la sociedad mexicana (55).

Tipos de planeación familiar.

La causa principal para recurrir al control de la natalidad estriba en el deseo de impedir un embarazo no deseado.- Y ésto se puede deber a muchas causas: económicas, de salud, por edad (tanto poca, como demasiada), por no contar con una pareja, por paridad satisfecha, etc. (55).

En países como Estados Unidos los métodos anticonceptivos que más se utilizan son la píldora con el 27%, la esterilización femenina con el 19% y la esterilización masculina con el 13%. De todos los más seguros son la píldora y desde luego los métodos quirúrgicos que implican esterilización y a los cuales se recurre tomando en cuenta el deseo rotundo por parte de ambos miembros de la pareja de ya no tener más hijos, de la edad de ambos, número de hijos previos, etc. (55).

En México los métodos mas usados son la salpingoclasia o ligadura (36.2%) el dispositivo intrauterino (19.4%), la píldora (18.2%), el ritmo (8.0%) y el retiro (6.3%) (40).

Los métodos existentes en la actualidad son muy variados, pero no todos poseen el mismo grado de seguridad, ni son utilizados en todas las circunstancias de la vida reproductiva de la mujer. Existen cuatro tipos principales:

Mecánicos: Condón o preservativo, diafragma, dispositivos intrauterinos.

Químicos: Espumas, jaleas, óvulos, píldoras, cremas, inyecciones.

Quirúrgicos: Vasectomía, ligadura de trompas, oclusión tubaria bilateral.

Físicos: Ritmo, coito interrumpido, abstinencia.

De todos los más seguros, drásticos y generalmente irreversibles, son los quirúrgicos (que implican esterilización), y la píldora (55) (45).

Existen una gran variedad de técnicas quirúrgicas para lograr la esterilización femenina, casi todas se basan en el bloqueo o ligazón de las Trompas de Falopio para impedir la unión del óvulo con el espermatozoide. Actualmente ya se están utilizando técnicas que no entrañan intervención quirúrgica sino que lo que hacen es ocluir ciertos puntos de las trompas de Falopio en los cuales éstas se ensanchan al unirse al útero y por vía vaginal se introducen ciertos tipos de material como bandas de Silastic o bien se cauterizan y se sellan las paredes con lo que se favorece la formación de un grueso tejido cicatrizal que termina por obstruir la luz del conducto tubárico y que es a lo que se denomina Oclusión Tubaria Bilateral.

Estos métodos dado que por lo general son drásticos e irreversibles deben ser utilizados a determinadas edades y después de que ambos miembros de la pareja estén

absolutamente conscientes y seguros de su deseo de ya no tener más hijos (68)(43).

Como se ha visto a lo largo de este capítulo sobre el control natal la actitud ambivalente y conflictiva entre la utilización franca y natural de cualesquiera de estos métodos y los sentimientos y actitudes contrarios que hacen que la otra cara de la moneda aparezca con sentimientos de culpa, autodevaluación, etc., es por supuesto mucho más marcado cuando se recurre a los métodos de esterilización femenina (68)(43).

Aquí juega un papel muy importante la Imagen Corporal, la parte del Autoconcepto que tienen que ver con la percepción que se tiene del cuerpo y sus funciones y las creencias y sentimientos que se tienen al respecto.

En la mujer se dá el caso de que su cuerpo por el hecho de poder crear vida ha sido ineluctablemente ligado a esta función. La mujer tiene la menstruación, se embaraza, pare, amamanta, tiene la menopausia, de manera que todas las fases de su historia personal han tenido que ver con las modificaciones que va sufriendo su cuerpo a través de todas estas funciones, o al menos así se le ha reducido quedando anclada a la naturaleza, en una especie de esclavitud a su cuerpo físico en donde ha depositado casi su identidad total (4)(5).

El cuerpo en el varón es un cuerpo que le ha servido como instrumento de lucha contra la naturaleza comprometido con la transformación de ésta, con la acción, el tiempo y el pensamiento. Es un cuerpo fuerte prepotente con necesidades que se supone por la misma la ideología patriarcal, que no admiten postergación y solo son frenadas por limitaciones de enfermedad y muerte pero en general está libre de vínculos naturales (4)(5).

Por el contrario el cuerpo femenino reducido a cumplir con una función específica durante siglos, le ha propiciado una condición de subdesarrollo y subordinación concomitantes en todas las demás áreas de la vida que la han privado de desarrollar otro tipo de necesidades y capacidades subjetivas y sociales creando como ya se mencionaba una identificación totalizadora entre su cuerpo y su función social (la procreación y la crianza de los hijos) (4)(5).

La mujer y su cuerpo como elementos de atracción y seducción para el hombre, y la mujer y sus órganos reproductivos que como instrumentos valiosos le harán cumplir con la máxima función que le da sentido a su vida: la maternidad.

De aquí que el decidir someterse a cualquier método de contracepción que acabe definitivamente con la posibilidad de ejercer esta función sinó ha sido totalmente asumido y revisado internamente puede ulteriormente remitir en un golpe

duro para la autoimagen, autoestima, Yo corporal y Autoconcepto en general (43)(68)(70).

El golpe al narcisismo que el sentimiento de una imagen corporal subjetiva incompleta le dá, más todos los posibles sentimientos adicionales al sentirse transgresora de la NORMA y un cúmulo de experiencias sociales y vulnerabilidades psicológicas pueden a menudo eclosionar y deteriorar el Autoconcepto de la paciente ocluida.

No obstante que este procedimiento de O.T.B. tiene un mejor pronóstico en cuanto a secuelas psicológicas que la Histerectomía, se ha observado que los factores socio-culturales involucrados directamente con la identidad, autoimagen femenina, tipo de relación de pareja, educación, escolaridad, proyectos de vida centrados o no en la maternidad, observación estricta o flexible de las normas, etc., finalmente acaban por ejercer una influencia negativa en la subjetividad de las mujeres que se someten a este método de anticoncepción esterilizante (43)(68)(70).

CAPITULO III
M E T O D O L O G I A

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

Se trata de una investigación de campo en la que las variables independientes correspondientes a las circunstancias reproductivas de Embarazo Normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral fueron utilizados para indagar la influencia que la reproducción ejerce sobre el Autoconcepto femenino.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

"¿Afecta el fenómeno de la reproducción en sus posibles manifestaciones de evolución normal, riesgo, déficit o carencia al Autoconcepto de la mujer, en edad de procrear?"

3.3. ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS.

3.3.2. Hipótesis Conceptuales.

Muchos de los rasgos de la personalidad de la mujer provienen de su subordinación a la especie, en ninguna hembra la

esclavización del organismo a la función reproductiva es tan imperiosa. *De Beauvoir (1985) pag. 55.*

La subordinación de la mujer ha pasado a través de la identificación total entre su cuerpo y su función social (la procreación), de modo que tal figura y su función social ha sido traducido en un cuerpo sexuado privado de otras necesidades subjetivas y sociales. *F. Basaglia (1983) pag. 18.*

La desgracia de la mujer es haber sido consagrada biologicamente a repetir la VIDA, cuando a sus mismos ojos la VIDA no lleva en sí sus razones de ser, y esas razones son más importantes que la vida misma. *De Beauvoir (1985) pag. 88.*

El ejercicio de la maternidad y el rol materno en la actualidad han ganado una mayor significación ideológica y psicológica y se ha convertido poco menos que en el principal definidor de la vida de las mujeres. *Chodorow (1984) pag. 14.*

Biológicamente la mujer está capacitada para tener hijos cada dos años o en intervalos más breves aún. Sus instintos se basan en una estructura biológica. Pero la cultura nos ha alejado de la gratificación plena y directa de nuestros instintos. *Marie Langer (1983) pag. 20.*

La mujer es un ser biológicamente inferior al varón, está hecha solo para ser madre, no debe tener más que una educación general, si es normal no debe trabajar, la mujer moderna se está virilizando y puede hacer peligrar la especie. *Jesús M. de Miguel (1979) pag. 9.*

Todo en la mujer es enigma y todo en la mujer tiene solución: ésta se llama gravidez. El hombre es un medio para la mujer: el fin es siempre el hijo (Nietzsche). *F. Basaglia (1983) pag. 18.*

El ejercicio de la maternidad se reproduce cíclicamente en las mujeres. Las mujeres en cuanto madres producen hijas con capacidades y deseos de ejercer la maternidad. *Chodorow (1984) pag. 118.*

3.3.3. Hipótesis de Trabajo.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los Autoconceptos de las mujeres que pueden engendrar hijos y las que están imposibilitadas para hacerlo.

3.3.4. Hipótesis Alternas.

H1.- El autoconcepto de las pacientes estériles presentará diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total positivo en los incisos correspondientes a la Identidad,

Autosatisfacción y Comportamiento con respecto a todos los demás grupos.

H2.- El autoconcepto de las pacientes con embarazo normal presentará diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total positivo en los incisos correspondientes a la Identidad, Autosatisfacción y Comportamiento con respecto a todos los demás grupos.

H3.- Habrá diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto de las estériles y las ocluidas en los niveles del Yo físico, Yo personal, Yo familiar y Yo social, en relación a los grupos de embarazo normal y alto riesgo.

H4.- Habrá diferencia en el Autoconcepto de las pacientes de Oclusión Tubaria Bilateral en los niveles correspondientes al Yo físico y al Yo Ético-Moral con respecto a todos los demás grupos.

H5.- Habrá diferencia en el Autoconcepto de las embarazadas de Alto Riesgo en los puntajes del Yo Ético-Moral y del Yo familiar en relación al resto de los tres grupos.

H6.- Habrá diferencia inversamente proporcional estadísticamente significativa en el Autoconcepto de las pacientes estériles y ocluidas en la escala de Autocrítica y en la Variabilidad Total con respecto a los otros dos grupos.

H7.- Habrá diferencia estadísticamente significativa en el Autoconcepto de las Embarazadas Normales en el Nivel Total de

Autoestima y de Autosatisfacción con respecto a todos los demás grupos.

H8.- Habrá diferencia estadísticamente significativa en el Autoconcepto de las pacientes estériles en el Nivel Total de Autoestima y Autosatisfacción con respecto a toda la demás muestra.

3.3.5 Hipótesis Nulas.

Ho1.- El autoconcepto de las pacientes estériles no presentará diferencias estadísticamente significativas en el puntaje total positivo en los incisos correspondientes de Identidad, Comportamiento y Autosatisfacción con respecto a los demás grupos.

Ho2.- El autoconcepto de las embarazadas normales no presentará diferencias estadísticamente significativas en el puntaje positivo en los incisos correspondientes a los subpunteos de la Identidad, Comportamiento y Autosatisfacción con respecto a los demás grupos.

Ho3.- No habrá diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto de las pacientes estériles y las ocluidas, en los niveles del Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo Social en relación a los grupos de embarazo normal y alto riesgo.

Ho4.- No habrá diferencia en el Autoconcepto de las pacientes de Oclusión Tubaria Bilateral en los niveles correspondientes al Yo físico y al Yo ético-moral con respecto a todos los demás grupos.

Ho5.- No habrá diferencia en el Autoconcepto de las embarazadas de Alto Riesgo en los puntajes de Yo ético-moral y del Yo familiar en relación al resto de los tres grupos.

Ho6.- No habrá diferencia estadísticamente significativa en el Autoconcepto de las pacientes estériles y ocluidas en la escala de Autocrítica, Conflicto Total y Variabilidad Total con respecto a los otros dos grupos.

Ho8.- No habrá diferencia estadísticamente significativa en el Autoconcepto de las pacientes estériles en el Nivel Total de Autoestima y Autosatisfacción con respecto a todos los demás grupos.

3.4 Definición de variables.

Variable Dependiente

Autoconcepto medido a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee de Willian Fitts.

Variabes Independientes

Embarazo normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral.

Variables Controladas

Edo. civil, casadas o con pareja estable, edad (rango que abarque el período procreativo), y que las pacientes no sean analfabetas.

Variabes extrañas

Satisfacción marital, estructura de personalidad, variables sociodemográficas, iatrogenias médicas.

La variable Autoconcepto se define:

Como el conjunto de autorrepresentaciones ideo afectivas y valorativas que un sujeto tiene de sí que contienen las instancias intrapsíquicas (Yo, Ello y Super Yo) sin ser ninguna de ellas y las endopsíquicas (Consciente, Preconsciente e Inconsciente). Es un concepto que define a la persona total, es decir, a la persona como un todo (71)(20).

Operacionalmente.- "Probabilidad de que se presente un nivel de autoconcepto o no en los cuatro grupos de pacientes estudiadas; la cual será medida a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee dentro de la cuál el puntaje más importante es el Nivel Total de Autoestima (total) considerándose altos aquellos puntajes que se ubiquen por encima de un puntaje + de 345 percentil 50; y puntajes bajos

aquellos que se ubiquen por abajo del puntaje + 345 percentil 50 (20).

El embarazo Normal se define como el proceso de gestación que evoluciona sin complicaciones para la salud de la madre y/o el producto, que no es embarazo múltiple y que no fue precedido por abortos previos, ni fue producto de incesto o violación (53) (66).

El embarazo de Alto Riesgo es aquél que tiene o probablemente tenga estados concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre y/o del producto (53).

Esterilidad es la imposibilidad para poder concebir, gestar y parir en forma normal y a término un hijo ejerciendo una vida sexual normal y habiendo transcurrido un período de 3 a 6 años en estas condiciones sin resultados (69).

Oclusión Tubaria Bilateral es la anulación de la función reproductiva de la mujer por medio de la incisión o sujeción de ciertos puntos de las Trompas de Falopio por medio de anillos o Bandas de Silastic que promueven el desarrollo de tejido cicatrizal que terminará por obstruir completamente la luz del conducto tubárico.

3.5 Muestra.

Se trabajó con un total de 239 pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología; de las cuales 109 correspondió al grupo de embarazadas normales (pues aun dentro de esta institución se da un mayor porcentaje de pacientes cursando un embarazo normal en una proporción de 70:30 con respecto a otras pacientes ginecológicas o en condiciones obstétricas diferentes); 50 correspondieron a embarazo de alto riesgo, ambos grupos a inicios y a mediados del segundo tercio del embarazo; 47 pacientes clasificadas con esterilidad primaria, 3 con esterilidad secundaria, finalmente el grupo de O.T.B. formado por 30 pacientes. En general conformaron una muestra de mujeres entre los 20 y los 35 años, de clase popular, de nacionalidad mexicana en su mayoría casadas o en unión libre pero con pareja estable, alfabetas, la mayoría dedicadas al hogar y aunque no se recabó formalmente la mayoría reportaron pertenecer a la religión católica.

3.6 Escenario.

Las pruebas se aplicaron en los cubículos del Dpto. de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología utilizados en la consulta externa.

3.7 Instrumento.

La Escala Tennessee de Autoconcepto de William Fitts (1965).

Antecedentes:

Fitts comenzó con el desarrollo de esta escala en 1955 en colaboración con el Dpto. de Salud Mental de Tennessee siendo su principal preocupación dentro del área clínica el asesoramiento psicológico, ya que para este autor la imagen que un individuo tiene de sí mismo influye sobre su comportamiento y está directamente relacionado con su personalidad y su estado de salud mental. Todo esto lo indujo a establecer la relación entre Autoconcepto y rehabilitación.

El primer paso en el desarrollo original de la escala fue recopilar un buen cúmulo de reactivos autodescriptivos. Este aservo incluía reactivos procedentes de otras medidas de Autoconcepto como el de Balester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953); también contenía un buen número de una serie de autodescripciones escritas aportadas por pacientes y gentes sanas. Después de un rígido método de análisis de cada reactivo de acuerdo a criterios específicos acordados, quedaron 90 de éstos divididos equitativamente a la mitad correspondiente a una parte positiva y a otra de reactivos negativos. Los 10 reactivos restantes corresponden a la Escala Crítica del M.M.P.I. Sin embargo después de haber sido

editados estos 90 reactivos tuvieron que pasar por el juicio de siete psicólogos clínicos para reconfirmar que todos y cada uno de los reactivos realmente cumplieran con los lineamientos estipulados. Finalmente los 90 reactivos que forman la Escala fueron aquellos que pasaron por unanimidad el consenso de los siete jueces.

Construcción y características.

La escala tiene dos formas, una para Orientación y la otra para la Investigación Clínica siendo ambas prácticamente las mismas ya que utilizan el mismo libreto y los mismos reactivos. La diferencia estriba en que la forma clínica es más compleja en la computación, análisis e interpretación de su puntajes y en el sistema de perfiles.

La Escala, como ya se mencionaba, está constituida por 90 reactivos balanceados positiva y negativamente, cuyas respuestas varían de "completamente verdadero" hasta "completamente falso", en un intervalo de 5 puntos.

Los reactivos son clasificados en cinco categorías generales que corresponden a los diferentes niveles del: Yo físico, Yo ético-moral, Yo personal, Yo familiar y Yo social. Los reactivos son además categorizados dentro de tres áreas: 1) identidad 2) autosatisfacción 3) comportamiento. Más los 10 reactivos de Autocrítica.

La escala es autoadministrable individualmente o por grupos, puede ser utilizado en un rango de edad de los 12 años en adelante considerando que las personas posean un nivel de lectura que les permita comprender el sentido de los reactivos. Se puede aplicar tanto a personas sanas como a pacientes psiquiátricos. Se suele resolver en un promedio de 10 a 20 minutos y calificar los puntajes en 6 o 7 minutos en la forma de Orientación y cerca de 20 minutos en la forma de Investigación Clínica (que fue la utilizada en el presente estudio).

Esta prueba contiene las siguientes subescalas:

El punteo de autocrítica (SC) está compuesto de diez reactivos. Estas son afirmaciones que la mayor parte de las personas admiten como ciertas. Indican la defensividad del individuo o por el contrario la falta de defensas.

Los puntos positivos (P) donde las afirmaciones comunican tres mensajes básicos:

- a) Esto es lo que yo soy.
- b) Esto es lo que yo me siento conmigo mismo, por lo que soy.
- c) Esto es lo que yo hago.

lo que representa un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo.

El punteo total (P), al que se le puede tomar como el más importante de la prueba, porque es el que refleja el nivel total de autoestima.

La Identidad, pertenece a lo "que yo soy". Aquí el individuo describe su identidad básica, lo que él es, desde la perspectiva de como él se ve.

La Hilera de Autosatisfacción, refleja el nivel de autoaceptación, describe como el sujeto se siente acerca del Yo que él percibe.

La Hilera de Comportamiento, mide la percepción que el individuo tiene de su conducta y de la forma en que él funciona.

La columna del Self Etico-Moral, describe al sujeto desde un marco de referencia ético-moral con sentimientos de ser una persona "buena o mala".

La columna del Self Personal, refleja el sentido de valer, que tiene el individuo de sí mismo, el grado en el que se siente adecuado como persona y su evaluación, aparte de la percepción de su cuerpo y de sus relaciones con los demás.

La columna del Self Familiar, describe los sentimientos propios de valer personal y de efectividad en las relaciones familiares. La percepción del Self en relación con los miembros más cercanos del círculo familiar.

La columna del Self Social, es otro aspecto más de la percepción de la persona en relación con los demás, en el ámbito social.

Los punteos de Variabilidad (V), proporcionan una idea de la inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

El V Total, es la que mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

La Hilera V Total, esta puntuación representa la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

El punteo de distribución, representa la suma que el individuo obtiene en la distribución de sus respuestas, a través de las cinco opciones que se le presentan al contestar los reactivos.

La proporción Verdadero-Falso (T/F) - "Esta es una media de los patrones de respuestas, una indicación de si el enfoque del sujeto hacia la tarea tiene una fuerte tendencia a estar de acuerdo o en desacuerdo, independientemente del contenido de las afirmaciones". (Fitts, 1961).

El resultado de la proporción V/F puede considerarse desde tres puntos de vista:

1. Solamente como una medida de patrones de respuestas.
2. Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica, distingue entre pacientes y

no-pacientes y tiene una correlación significativa con otros tests.

3. En relación con la psicología del Yo se refiere al grado en el que el individuo ha logrado la definición de su yo o su autodescripción.

Puntajes netos de conflictos - Tienen una relación estrecha con el puntaje V/F. Miden el grado de conflicto que existe entre las respuestas del individuo a afirmaciones positivas con afirmaciones negativas en la misma área de autopercepción. Esto representa una aplicación y definición operacional del término "conflicto".

El puntaje p-N es una medida de conflicto. Existen dos diferentes tipos de conflicto:

Conflicto de asentimiento - Fenómeno que ocurre cuando p resulta mayor que N. Significa que el sujeto está sobreafirmando sus atributos positivos.

Conflicto de negación - Lo opuesto a lo anterior, N es mayor que p. Significa que el sujeto exagera la negación de sus atributos negativos. El paciente se concentra en eliminar lo negativo.

Total de puntajes conflictivos - Están en relación con la ausencia o presencia de confusión, cotradicción y conflicto general en la autopercepción. Puntajes altos revelan confusión, contradicción y en general conflicto en la

percepción de sí misma. Extremadamente bajo, revela rigidez, atadura que hace sospechar de una imagen artificial estereotipada de sí misma.

A continuación veremos el significado de los punteos que mide cada uno en su forma de Consulta Psicológica, tal como fue utilizado en este estudio. También mencionaremos los reactivos correspondientes.

A) PUNTEO DE AUTOCRITICA (SC)

Los punteos excesivamente altos, (generalmente arriba de percentil 99) son punteos anormales y obtenidos solamente por personas muy perturbadas como esquizofrénicos, paranóicos, que como grupo tienen muchos punteos extremos tanto altos como bajos.

Los reactivos de esta área son:

91. Algunas veces digo falsedades.
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.
93. En ocasiones me enojo.
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal.

96. Algunas veces me gusta el chisme.
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
98. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.
99. Prefiero ganar en los juegos.
100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.

2. HILERA L. PUNTEO P: IDENTIDAD.

Estos son los reactivos de "lo que yo soy". Aquí el individuo describe su identidad básica, lo que él es, basado en como él se ve.

Los reactivos son:

1. Gozo de buena salud.
2. Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a).
3. Soy una persona atractiva.
4. Estoy lleno(a) de achaques.
5. Me considero una persona muy desarreglada.
6. Soy una persona enferma.
19. Soy una persona decente.
20. Soy una persona muy religiosa.

21. Soy una persona honrada.
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.
23. Soy una persona mala.
24. Soy una persona moralmente débil.
37. Soy una persona alegre.
38. Tengo mucho dominio sobre mi mismo(a).
39. Soy una persona calmada y tranquila.
40. Soy una persona detestable.
41. Soy un "don nadie".
42. Me estoy volviendo loco(a).
55. Mi familia siempre me ayudará en cualquier problema.
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.
57. Pertenezco a una familia feliz.
58. Mi familia no me quiere.
59. Mis amigos no confían en mí.
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
46. Me gustaría ser una persona distinta.
47. Me desprecio a mí mismo(a).

- 48. Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente.
- 61. Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares.
- 62. Trato a mis padres tan bien como debiera (Use tiempo pasado si los padres no viven).
- 63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.
- 64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.
- 65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.
- 66. Debería amar más a mis familiares.
- 79. Soy tan sociable como quiero ser.
- 80. Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente.
- 81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
- 82. Debería ser más cortés con los demás.
- 83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
- 84. Deberá llevarme mejor con otras personas.

4. HILERA 3 PUNTEO P: COMPORTAMIENTO.

Este punteo se deriva de los reactivos que dicen "esto es lo que yo hago" o "esta es la forma en que actúo". Por lo tanto

este punteo mide la percepción que el individuo tiene de su comportamiento y de la forma en que el funciona.

Los reactivos son:

13. Me cuido bien físicamente.
14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.
15. Trato de ser cuidadoso(s) con mi apariencia.
16. Soy malo(a) para el deporte y los juegos.
17. Con frecuencia soy muy torpe.
18. Duermo mal.
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.
33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.
51. Acepto mis faltas sin enojarme.

52. Con frecuencia cambio de opinión.
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.
54. Trato de no enfrentar mis problemas.
67. Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares.
68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.
69. Me intereso sinceramente por mi familia.
70. Riño con mis familiares.
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
72. No me comporto en la forma que desea mi familia.
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.
86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
87. Me llevo bien con los demás.
88. Me siento incómodo(a) cuando estoy con otras personas.
89. Me es difícil perdonar.
90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.

5. COLUMNA A-SELF FISICO.

Aquí el individuo presenta su visión de su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Los reactivos son:

1. Gozo de buena salud.
2. Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a).
3. Soy una persona atractiva.
4. Estoy lleno(a) de achaques.
5. Me considero una persona muy desarreglada.
6. Soy una persona enferma.
7. No soy ni muy gordo(a) ni muy bajo(a).
9. Me agrada mi apariencia física.
10. No me siento tan bien como debiera.
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
12. Debería ser más atractivo(a) para las personas del sexo opuesto.
13. Me cuido bien físicamente.
14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.
15. Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia.

16. Soy malo(a) para el deporte y los juegos.

17. Con frecuencia soy muy torpe.

18. Duermo mal.

6. COLUMNA B-SELF ETICO-MORAL.

Este punto describe el yo desde un marco de referencia ético-moral de las relaciones con Dios, los sentimientos de ser una persona "buena o mala" y la satisfacción en la religión o con la falta de ésta.

Los reactivos son:

19. Soy una persona decente.

20. Soy una persona religiosa.

21. Soy una persona honrada.

22. Soy un fracaso en mi conducta moral.

23. Soy una persona mala.

24. Soy una persona moralmente débil.

25. Estoy satisfecho con mi conducta moral.

26. Estoy satisfecho con mi vida religiosa.

27. Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios.

28. Quisiera ser más digno de confianza.
29. Debería asistir más a menudo a la iglesia.
30. Debería mentir menos.
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.
33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.

7. COLUMNA C-SELF PERSONAL.

Este punteo refleja el sentido de valer personal que tiene el individuo de sí mismo, el grado en el 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.

Los reactivos son:

37. Soy una persona alegre.
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo(a).

39. Soy una persona calmada y tranquila.
40. Soy una persona detestable.
41. Son un "don nadie".
42. Me estoy volviendo loco(a).
43. Estoy satisfecho(a) de lo que soy.
44. Estoy satisfecho(a) con mi inteligencia.
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.
46. Me gustaría ser una persona distinta.
47. Me desprecio a mí mismo(a).
48. Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente.
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.
51. Acepto mis faltas sin enojarme.
52. Con frecuencia cambio de opinión.
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.
54. Trato de no enfrentar mis problemas.

8. COLUMNA D-SELF FAMILIAR.

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

55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.
57. Pertenezco a una familia feliz.
58. Mi familia no me quiere.
59. Mis amigos no confían en mí.
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
61. Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares.
62. Trato a mis padres tan bien como debiera (Use tiempo pasado si los padres no viven).
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.
64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.
66. Debería amar más a mis familiares.
67. Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares.

- 68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.
- 69. Me intereso sinceramente por mi familia.
- 70. Riño con mis familiares.
- 71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
- 72. No me comporto en la forma que desea mi familia.

9. COLUMNA E-SELF SOCIAL.

Este es otro aspecto de percepción de la categoría de relación con los demás. Refleja los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las personas en general

- 73. Soy una persona amigable.
- 74. Soy popular con personas del sexo femenino.
- 75. Soy popular con personas del sexo masculino.
- 76. Estoy disgustado(a) con todo el mundo.
- 77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.
- 78. Es difícil entablar amistad conmigo.
- 79. Soy tan sociable como quiero ser.
- 80. Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente.

81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
82. Debería ser más cortés con los demás.
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
84. Debería llevarme mejor con otras personas.
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.
86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
87. Me llevo bien con los demás.
88. Me siento incómodo(a) cuando estoy con otras personas.
89. Me es difícil perdonar.
90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.

La descripción detallada y completa de esta prueba se encuentra en el apéndice.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

El grupo en que la prueba fue estandarizada fue una muestra de 626 sujetos de varias partes de los Estados Unidos, en un

rango de edades de los 12 a los 68 años, de ambos sexos, representativos de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales, que incluían sujetos de raza blanca y negros con un nivel de escolaridad que iba del 6º grado de primaria hasta doctorado.

Existen 1,350 artículos en los que se usa la Escala Tennessee de Autoconcepto publicadas en la Bibliografía de Estudios de Investigación, 1980 Western Psychological Services.

En México encontramos los estudios realizados por Alvarez, B. (1965) sobre los efectos de los grupos de orientación en jóvenes estudiantes y otra de la misma autora sobre el autoconcepto de grupos de sujetos normales y delincuentes en 1969.

Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana por Blanca Ma. Alvarez y Guido A. Barrientos y distribuido por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua México y aunque realmente esta escala no dispone de datos, de normas, validez y confiabilidad en México (aunque ya se ha empezado este trabajo) Fitts señala que cuando se trata de muestras grandes ($N=75$) no se encuentran variaciones notables de la norma y los efectos de variables demográficas tales como sexo, edad, raza, educación e inteligencia sobre los puntajes de esta escala son bastantes inapreciables. (20).

3.8 Procedimientos.

El método de selección y de aplicación psicossométrica en los cuatro grupos de pacientes se hizo en conexión con el Departamento de Trabajo Social y el Servicio Médico de Consulta Externa del mismo Instituto, para poder captar únicamente a las pacientes que reunieran las características requeridas de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos para cada uno de los grupos.

De este modo se fueron citando primero para una entrevista previa donde se verificaron los datos recabados anteriormente por Trabajo Social, que normalmente están vaciados en la Ficha de Identificación contenida en sus expedientes. En esta entrevista se les pidió su consentimiento para participar en la presente investigación, explicándoles brevemente en que consistía el estudio, y se les dió una siguiente cita para proceder a aplicarles el instrumento. Las aplicaciones se fueron haciendo en forma individual o en grupos de cuatro o cinco pacientes dependiendo del número que se presentaban en un mismo día, ya que el Departamento de Psicología cuenta con algunos cubículos con suficiente espacio en las mesas de trabajo para permitir que hasta cinco personas puedan sentarse simultáneamente para resolver los cuestionarios.

3.8.1 Criterios de selección de la muestra

Los criterios de inclusión para el grupo de Esterilidad fueron:

1. Que se tratara de pacientes cursando básicamente un proceso de Esterilidad Primaria.
2. El no haber logrado un embarazo exitoso en un período no menor a los dos años sin haber tomado medidas contraceptivas y habiendo estado las pacientes en disposición de embarazarse sin haberlo logrado.
3. Que fueran casadas o con pareja estable.
4. Que no pasaran de los 35 años.

Para las pacientes de Oclusión Tubaria Bilateral:

1. Que habiendo tenido ya el número de hijos deseado, teniendo pues la paridad satisfecha, por voluntad propia como método de planificación familiar y no por cuestiones de salud se hubieran practicado la oclusión.
2. La decisión idealmente debía ser compartida por el cónyuge.

Las Embarazadas de Alto Riesgo se seleccionaron de acuerdo con los criterios que el Instituto Nacional de Perinatología tiene establecido para su admisión como pacientes con este rubro.

Las Embarazadas Normales:

1. Debían estar cursando un tipo de embarazo definido como normal.

2. Podía tratarse de pacientes primigestas o no.

* Estos dos criterios de inclusión señalados en las pacientes Estérilies fueron establecidos para todos los grupos.

CAPITULO IV

R E S U L T A D O S

Los resultados se analizaron a través del paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (S.P.S.S) (Nie Hull, Stein, Bremer, Jenkins, 1980) por medio de la computadora.

Dentro de este paquete se utilizaron diferentes programas, el primero fue el Programa de Frecuencias, el cual se aplicó con el objetivo de obtener un análisis descriptivo de las características más relevantes de la muestra basadas tanto en datos socio-demográficos, como en datos personales.

Los resultados se irán desarrollando en las páginas siguientes empezando primero con las variables socio-demográficas: edad, escolaridad, ocupación, estado civil y clasificación socio-económica; posteriormente se describirán las variables relacionadas con las circunstancias reproductivas de las pacientes, semanas de gestación, número de gestaciones, número de partos, número de abortos, cesáreas y óbitos. Por último ya vendrán todas las variables correspondientes al instrumento aplicado.

De modo que tenemos, con respecto a la primera variable la edad, en el grupo de las Embarazadas Normales se encontró una media de 26.04 años y una desviación standard de 4.04 en un rango de edades que fluctuó de los 20 a los 35 años en 109 casos.

En el grupo de Alto Riesgo con un número total de 50 casos con un rango de 20 a 31 años, la media fue de 26 años y la desviación standar de 2.81. Por lo que respecta al tercer grupo de 50 pacientes estériles con un rango de 18 a 40 años, se encontró una media de 29 años y una desviación standar de 6.15 . Por último en el grupo de 30 pacientes ocluidas, se dió un rango de 25 a 38 años con una media de 29.4 años y una desviación standar de 6.7.

TABLA I EDAD

PORCENTAJES Y FRECUENCIAS DE EDAD DE LOS CUATRO GRUPOS								
AÑOS	E.N. %	(F)	A.R. %	(F)	E %	(F)	O.T.B. %	(F)
15-20	7.3	8	4.0	2	4.0	2	0.0	0
21-30	75.3	82	92.0	46	58.0	29	66.7	20
31-40	17.4	19	4.0	2	38.0	19	33.3	10
41-50	-	-	-	-	-	-	-	-

MEDIAS Y D.S. DE EDAD DE LOS CUATRO GRUPOS				
	E. N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	26.04	26.00	29.00	29.40
D.S.	4.04	2.81	6.15	6.7

En adelante a los cuatro grupos se les podrá designar indistintamente por orden numérico ordinal o cardinal o por sus iniciales o por su nombre completo.

Grupo Embarazo Normal = E.N. o Grupo 1 o 1º Grupo.

Grupo Alto Riesgo = A.R. o Grupo 2 o 2º Grupo.

Grupo Esterilidad = E. o Grupo 3 o 3º Grupo.

Grupo Oclusión Tubaria Bilateral = O.T.B. o Grupo 4 o 4º Grupo.

Con respecto a la escolaridad de la muestra se encontró en el Grupo 1 una media de 4.9 y una Desviación Standard de 2.36 con una dispersión muy heterogénea en general en los 109 casos. En el grupo 2 la media fue de 5.10 y la desviación standard de 2.02; en el Grupo 3 la media fue de 4.0 y la desviación standard 2.21; en tanto que en el Grupo 4 la media fue de 3.9 y la dispersión de 2.45 . La dispersión de los puntajes tan heterogénea se siguió observando en los cuatro grupos.

TABLA II ESCOLARIDAD.

PORCENTAJES Y FRECUENCIAS EN LA ESCOLARIDAD DE LOS 4 GRUPOS								
GRADO DE ESCOLARIDAD	EMBARAZO NORMAL		EMBARAZO A. R.		ESTERILIDAD		O. T. B.	
	GRUPO 1 %	(F)	GRUPO 2 %	(F)	GRUPO 3 %	(F)	GRUPO 4 %	(F)
0	-	-	-	-	-	-	-	-
1	10.1	11	2.0	1	14.0	7	26.7	8
2	6.4	7	8.0	4	12.0	6	3.3	1
3	12.9	14	16.0	8	14.0	7	10.0	3
4	19.3	21	18.0	9	30.0	15	26.7	8
5	7.3	8	10.0	5	8.0	4	10.0	3
6	9.2	10	16.0	8	6.0	3	3.3	1
7	11.9	13	14.0	7	4.0	2	6.7	2
8	22.9	25	16.0	8	10.0	5	13.3	4
9	-	-	-	-	2.0	1	-	-

MEDIAS Y D.S. DE ESCOLARIDAD DE LOS CUATRO GRUPOS				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	4.90	5.10	4.00	3.90
D.S.	2.36	2.02	2.21	2.45

Donde:

- 0 = Analfabetismo
- 1 = Primaria Incompleta
- 2 = Primaria Completa
- 3 = Secundaria Incompleta
- 4 = Secundaria Completa
- 5 = Preparatoria Incompleta
- 6 = Preparatoria Completa
- 7 = Profesional Incompleta
- 8 = Profesional Completa
- 9 = Post Grado

La media más baja de escolaridad correspondió a O.T.B. y la media más alta de E. de A. R.

Por lo que toca a la variable ocupación nos encontramos con que en el grupo de Embarazadas Normales el mayor porcentaje del 73.5% lo forman las mujeres que se dedicaban al hogar y

un 10.1% dedicado a algun empleo o actividad secretarial como porcentajes más representativos. En el grupo de Alto Riesgo el 82.0% también se encontró dedicado al hogar. En la Esterilidad el 58% estaba dedicado al hogar, el 20% eran empleadas en comercios y consultorios, el 10% eran técnicas, y un 8% se encontraba desempeñando alguna carrera profesional. Por último en el grupo de Oclusión Tubaria Bilateral el 96.7% también se encontró dedicada al hogar.

TABLA III OCUPACION

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE OCUPACION DE LOS CUATRO GPOS.								
NIVEL DE OCUPACION	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
1	73.5	80	82.0	41	58.0	29	96.7	29
2	0.9	1	8.0	4	2.0	1	3.3	1
3	10.1	11	4.0	2	20.0	10	-	-
4	4.6	5	2.0	1	10.0	5	-	-
5	1.8	2	4.0	2	8.0	4	-	-
6	1.8	2	-	-	2.0	1	-	-
7	7.3	8	-	-	-	-	-	-

MEDIAS Y D.S. DE OCUPACION DE LOS CUATRO GRUPOS				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	2.09	1.60	2.10	2.70
D.S.	1.97	1.45	1.52	1.55

1 = Hogar; 2 = Subempleada (empleada doméstica); 3=Empleada (Cajera, dependiente, secretaria) 4= Técnica; 5= Profesionista; 6 = Comerciante; 7 = Estudiante.

Como cuarta variable socio-demográfica tenemos el Estado Civil, que nos aportó lo siguiente: En todos los grupos el mayor porcentaje de mujeres resultaron casadas y así vemos que en los embarazos normales el porcentaje del 91.7% era de mujeres casadas y el 8.3% restante correspondió a las que vivían en unión libre e igualmente en los demás grupos en el de Alto Riesgo por ejemplo, el 92% resultó casado, y el 8% vivían en unión libre, en esterilidad el 90% también fue de mujeres casadas, el 2% en unión libre y el 8% estaban separados. Finalmente en el grupo de las ocluidas el 93.4% fue de casadas el 3.3% en unión libre y el otro 3.3% restante estaban separadas.

TABLA IV ESTADO CIVIL

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS 4 GPOS. DE SU EDO. CIVIL								
EDO CIV.	EMBARAZO		ALTO RIESGO		ESTERILIDAD		O.T.B.	
	%	N. (F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0	8.3	9	8.0	4	2.0	1	3.3	1
1	91.7	100	92.0	46	90.0	45	93.4	28
2	0.0	0	0.0	0	8.0	4	3.3	1

MEDIAS Y D.S. DEL ESTADO CIVIL DE LOS 4 GRUPOS				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	1.08	1.08	1.06	1.06
D.S.	0.27	0.27	0.31	0.26

0 = Unión Libre; 1 = Casadas; 2 = Separadas.

La última variable socio-demográfica que representa a la Clasificación Socio-Económica vemos que en el grupo de E.N. nos encontramos con una media de 4.11 que corresponde a una clasificación de clase media baja, con una desviación standard de 2.24; en un rango que va del 1 al 9; en el grupo de A.R. la media fue de 3.26 y la desviación de 1.8 en el de

esterilidad la media fue de 4.26 y la desviación 2.37 y en el grupo de O.T.B. la media obtenida fue de 2.7 y una desviación standard de 1.55.

TABLA V CLASIFICACION SOCIO-ECONOMICA

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS CUATRO GRUPOS								
NIVEL SOCIO ECON.	EMBARAZO		ALTO RIESGO		ESTERILIDAD		O.T.B.	
	%	N. (F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
A 1	3.7	4	6.0	3	8.0	4	30.0	9
B 2	22.0	24	36.0	18	16.0	8	16.7	5
C 3	25.8	28	28.0	14	22.0	11	26.7	8
D 4	18.3	20	16.0	8	16.0	8	13.3	4
E 5	7.3	8	-	-	12.0	6	10.0	3
F 6	5.5	6	4.0	2	4.0	2	-	-
G 7	1.8	2	4.0	2	12.0	6	3.3	1
H 8	9.2	10	6.0	3	-	-	-	-
I 9	6.4	7	-	-	10.0	5	-	-

MEDIAS Y D.S. DE LOS CUATRO GRUPOS (CLASIF. SOCIOECONOMICA)				
	EMBARAZO N.	ALTO RIESGO	ESTERILIDAD	O.T.B.
MEDIA	4.11	3.26	4.26	2.70
D.S.	2.24	1.80	2.37	1.55

Donde las letras y los números corresponden a los niveles socioeconomicos:

A1,B2 = Bajo; C3,D4= Medio bajo; E5,F6 = Medio; G7,H8= Medio Alto; I9=Alto

TABLA VI MEDIAS MAS ALTAS Y MAS BAJAS EN LOS CUATRO GRUPOS EN TODOS LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	\bar{X}	\bar{X}
EDAD	(OTB) 29.4	(EAR) 26.0
ESCOLARIDAD	(EAR) 5.10	(OTB) 3.9
OCUPACION	(OTB) 2.7	(EAR) 1.6
EDO. CIVIL	(EAR) (EN) 1.08	(OTB) (EST) 1.06
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA	(E) 4.26	(OTB) 2.70

La edad era mayor en el grupo de pacientes de OTB (de los 4). La escolaridad fué superior en el de Alto riesgo (de los 4) y la más baja OTB. La ocupación más alta de los 4 grupos fué OTB y la más baja Alto Riesgo. En el estado civil todas salieron muy homogéneas. En Clasificación Socioeconómica el más alto E. de allí le siguió E.N., luego Alto Riesgo y el más bajo fué el de OTB.

TABLA VII VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES DE LOS CUATRO GRUPOS								
VARIABLES SOCIO DEM	EMBARAZO NORMAL		EMBARAZO A. R.		ESTERILIDAD		O. T. B.	
	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S
EDAD	26.04	4.04	26.0	2.81	29.0	6.15	29.4	6.7
ESCOLARID.	4.9	2.36	5.10	2.02	4.0	2.21	3.9	2.45
OCUPACION	2.09	1.97	1.6	1.45	2.1	1.52	3.70	1.55
EDO. CIVIL	1.08	0.27	1.08	0.27	1.06	0.31	1.06	0.26
CLASIFIC. SOCIOECON.	4.11	2.24	3.26	1.80	4.26	2.37	2.70	1.55

VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS

Entramos ahora con las variables relacionadas con la función reproductiva empezando con el número de Semanas de Gestación y encontramos que en el grupo de Embarazo Normal donde mayormente se registró este dato, en un rango que va de las 4 a las 39 semanas, la media fue de 18.73 semanas con una desviación standard de 6.6. En tanto que en el grupo de embarazadas de Alto Riesgo, la media fue de 15.6 semanas y la desviación de 5.53. En el grupo de Estériles esta categoría obtuvo un valor de 0 y lo mismo ocurrió con el grupo de las Ocluidas.

TABLA VIII SEMANAS DE GESTACION

	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0	-	-	-	-	100	50	100	30
4-10	6.3	7	24.0	12	-	-	-	-
11-20	59.7	65	52.0	26	-	-	-	-
21-30	29.5	32	24.0	12	-	-	-	-
31-49	4.5	5	-	-	-	-	-	-

Ahora toca el turno al número de Gestaciones en donde al grupo 1 correspondió un porcentaje del 64.2% para aquellas mujeres que habían tenido por lo menos una gestación en su vida reproductiva, un 18.4% para quienes habían tenido 2, el

En el rubro del número de cesáreas encontramos que el grupo de E.N. el 91.7% no habían tenido ninguna, solo 9 casos que representan el 8.3% manifestaron una intervención de este tipo. En el grupo de A.R. ocurrió la misma tendencia, el 70% (35 Ss) manifestaron no haber tenido ninguna cesárea el 18% (9 Ss) reportaron 1 y el 12% (6 Ss) reportaron 2. En el grupo de E. se reportaron 0 número de cesáreas, para toda la muestra; y en O.T.B. 83.4% (25 Ss) tampoco habían sufrido ninguna y sólo 5 casos que representaron el 16.6% habían experimentado 1.

TABLA XII NUMERO DE CESAREAS

NUM. DE CESAREAS	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0	91.7	100	70.0	35	100.0	50	83.4	25
1	8.3	9	18.0	9	-	-	16.6	5
2	-	-	12.0	6	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-

Finalmente con el registro del Número de Obitos terminamos con las variables relacionadas con circunstancias reproductivas y aquí señalamos que en el Grupo de Embarazadas Normales sólo se encuentra señalado 1 caso, y en los otros 3 grupos restantes, los resultados fueron negativos.

TABLA XIII NUMERO DE OBITOS

NUM. DE OBITOS	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0	99.1	108	100.0	50	100.0	50	100.0	30
1	0.9	1	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-

XIV VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS

VARIABLES GINECO-OBS TETRICAS	EMBARAZO NORMAL GRUPO 1		EMBARAZO ALTO RIESGO GRUPO 2		ESTERILIDAD GRUPO 3		O. T. B. GRUPO 4	
	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S	\bar{X}	D.S
SEM.DE GES	18.73	6.61	15.68	5.53	0.00	0.00	0.00	0.00
NO.DE GEST	1.58	0.90	2.52	1.46	1.23	4.34	3.83	1.11
NO.DE PART	0.48	0.76	0.56	0.81	0.62	3.13	3.37	0.99
ABORTOS	0.00	0.09	0.56	0.88	1.23	2.98	0.30	0.66
NO.CESAREA	0.08	0.27	0.43	0.30	0.00	0.00	0.1	0.34
NO. OBITOS	0.009	0.09	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.00

TENNESSEE

Ahora nos seguiremos con la descripción estadística de todas las variables pertenecientes al **TENNESSEE** teniendo en primer término la Capacidad de Autocrítica (S.C.) que en el grupo de E.N. nos reporta una media de 29.08 y una desviación standard de 6.77 en un rango que va de 10 a 44. En el grupo de A.R. se obtuvo una media de 28.98 y una desviación standard de 10.48 en un rango de 16 a 41. En tanto que en el grupo de E. la media fue de 31.66 y la desviación de 6.71 en un rango de 18 a 45. Finalmente en el grupo O.T.B. nos encontramos una media de 34.0 (la más alta de los 4 grupos) y una desviación de 6.9.

TABLA XV (S.C.) AUTOCRITICA

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE LOS CUATRO GRUPOS				
	EMBARAZO NORMAL	ALTO RIESGO	ESTERI- LIDAD	O.T.B.
MEDIA	29.08	28.98	31.66	34.00
D.S.	6.77	10.48	6.71	6.9

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE AUTOCRITICA DE LOS 4 GRUPOS								
	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0-10	1.8	2	-	-	-	-	-	-
11-20	6.4	7	10.0	5	8.0	4	-	-
21-30	48.6	53	62.0	31	34.0	17	40.0	12
31-40	40.4	44	24.0	12	52.0	26	36.6	11
41-50	2.8	3	2.0	1	6.0	3	23.3	7
51-60	-	-	-	-	-	-	-	-
61-70	-	-	-	-	-	-	-	-
71-80	-	-	-	-	-	-	-	-
81-90	-	-	2.0	1	-	-	-	-

La siguiente variable corresponde al puntaje T/F que se refiere a los patrones de respuesta, reflejando la tendencia hacia algún tipo de respuesta de acuerdo o desacuerdo independientemente del contenido de las afirmaciones y resultó con que en el primer grupo la media fue de 1.28 y una desviación standard de 0.58 en un rango de respuestas que fluctuaba del 0 al 5; en el segundo grupo, la media fue de 1.19 y una desviación de 0.37; en el tercero la media fue de

Opciones Respuesta:

- 0 = Sin respuesta.
- 1 = Completamente falso
- 2 = Casi totalmente falso
- 3 = Parte falso y parte verdadero
- 4 = Casi totalmente verdadero
- 5 = totalmente verdadero.

Continuamos con la variable que representa el porcentaje neto de conflicto, que se refiere al grado de conflicto que se da entre las respuestas afirmativas y negativas en un sujeto con respecto a la misma área de autopercepción, el CONNET, y nos topamos con que en el grupo de Embarazadas Normales el número de sujetos con un margen de respuestas negativas mayor fue de 31 representando el 28.5%, y 76 Ss que representaban el 69.7% dió un mayor número de respuestas positivas obteniéndose una media X de 10.04 y una desviación de 17.4 para este grupo; en el grupo siguiente de Alto Riesgo nos encontramos con un número de 17 sujetos con mayor tendencia hacia las respuestas negativas y 31 con una tendencia hacia las respuestas positivas, con una media de 6.00 y una desviación standard de 0.16. En el grupo de esterilidad 11 sujetos dieron mayor porcentaje de respuestas negativas y 36 de positivas con una media de 9.52 y una desviación de 16.60. Finalmente en el grupo de Obstrucción Tubaria Bilateral hubo 6 casos con tendencia a las respuestas negativas y 22 hacia las positivas con una media de 15.6 y una desviación standard de 24.65.

TABLA XVII CONNET

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE PUNTAJES QUE REFLEJAN EL CONFLICTO NETO OBTENIDO EN LOS CUATRO GRUPOS								
	E.N.		A. R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
R. Negativa	28.5	31	34.0	17	22.0	11	20.0	6
R. Positiva	69.7	76	62.0	31	72.0	36	73.3	22
R. Cero	1.8	2	4.0	2	6.0	3	6.7	2

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARES DE LOS CUATRO GRUPOS				
	E.N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	10.4	6.0	9.52	15.60
D.S.	17.46	0.16	16.60	24.65

Continuando con la siguiente variable, tenemos el Total de Puntajes Conflictivos, el cual se relaciona con la ausencia o presencia de confusión, contradicción y conflicto en general, con la Autopercepción, encontrándonos con que la media y la desviación standard para el grupo de Embarazo Normal fueron de 39.06 y 12.10 respectivamente; mientras que para el grupo de alto Riesgo la media de 35.82 y 9.53 la desviación

MEDIAS Y DESVIACIONES DEL CONFLICTO TOTAL				
	EMBARAZO N.	ALTO RIESGO	ESTERILIDAD	O.T.B.
MEDIA	39.06	35.82	40.68	46.33
D.S.	12.10	9.53	10.05	13.50

La variable del Puntaje Total representa al puntaje más importante ya que demarca el nivel total de Autoestima y en el Grupo 1 obtuvo una media de 347.07 y una desviación standard de 50.49 en un rango de puntajes de 200 a 429. En el Grupo 2 se obtuvo una media de 355.64 y desviación standard de 31.72 en un rango de puntaje de 282 a 418; en el Grupo 3 encontramos una media de 334.54 y una desviación standard de 40.52 en un rango que fluctuó de 208 a 412 y en el Grupo 4 la media fue de 326.0 y la desviación standard de 46.03 en un rango de 240 a 413 .

TABLA XIX PUNTAJE TOTAL POSITIVO

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE LOS CUATRO GRUPOS				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	347.07	355.64	334.54	326.0
D.S.	50.49	31.72	40.52	46.03

NIVEL DE AUTOESTIMA DE LOS CUATRO GRUPOS								
PUNTAJE TOTAL	EMBARAZO N.		ALTO RIESGO		ESTERILIDAD		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
211-220	-	-	-	-	2.0	1	-	-
221-230	0.9	1	-	-	-	-	-	-
231-240	-	-	-	-	-	-	3.3	1
241-250	-	-	-	-	-	-	6.6	2
251-260	-	-	-	-	4.0	2	-	-
261-270	-	-	-	-	4.0	2	3.3	1
271-280	-	-	-	-	2.0	1	3.3	1
281-290	3.7	4	4.0	2	4.0	2	9.9	3
291-300	5.5	6	2.0	1	6.0	3	9.9	3
301-310	1.8	2	2.0	1	8.0	4	-	-
311-320	11.0	12	4.0	2	6.0	3	-	-
321-330	9.2	10	10.0	5	2.0	1	6.6	2
331-340	11.0	12	10.0	5	4.0	2	9.9	3
341-350	7.3	8	10.0	5	18.0	9	16.6	5
351-360	11.0	12	16.0	8	4.0	2	9.9	3
361-370	10.1	11	14.0	6	8.0	4	3.3	1
371-380	2.8	3	4.0	2	2.0	1	3.3	1
381-390	9.2	10	10.0	5	12.0	6	3.3	1
391-400	4.6	5	4.0	2	4.0	2	6.3	2
401-410	4.6	5	8.0	4	6.0	3	-	-
411-420	1.8	2	2.0	1	2.0	1	3.3	1
421-430	4.6	5	-	-	-	-	-	-

Entramos ahora a los resultados de la hilera 1 que se refiere a la Identidad de los puntajes que representan, la descripción de cómo se ve el sujeto a sí mismo y que en el Grupo de Embarazo Normal está representada con una media de 123.33 y una desviación standard de 16.22, en el Grupo de Alto Riesgo por una media de 123.68 y una desviación de 10.69; en el Grupo de Esterilidad por una media de 117.58 y una desviación standard de 15.83 finalmente en el Grupo de Oclusión Tubaria Bilateral la media fue de 115.57 y la desviación de 17.90

TABLA XX HILERA 1 (IDENTIDAD)

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN EL NIVEL DE IDENTIDAD								
	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0- 50	0.9	1	-	-	-	-	-	-
51- 60	-	-	-	-	-	-	-	-
61- 70	-	-	-	-	-	-	-	-
71- 80	-	-	-	-	4.0	2	3.3	1
81- 90	0.9	1	2.0	1	4.0	2	9.9	3
91-100	1.8	2	-	-	8.0	4	-	-
101-110	6.30	7	10.0	5	14.0	7	16.5	5
111-120	23.80	26	24.0	12	24.0	12	22.1	7
121-130	34.90	38	36.0	18	16.0	8	29.9	9
131-140	28.60	31	28.0	14	28.0	14	16.6	5
141-150	2.7	3	-	-	2.0	1	-	-

MEDIAS Y DESVIACIONES DEL NIVEL DE IDENTIDAD				
	E.N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	123.33	123.68	117.58	115.57
D.S.	16.22	10.69	15.83	17.90

En la hilera 2 de Autosatisfacción puntaje con que se percibe cómo siente, sobre lo que es y hace el sujeto revelando el nivel de satisfacción y autoaceptación; obtuvimos en el Grupo 1 una media de 107.82 y una desviación standard de 19.28 en un rango de puntajes que fluctuaron de 71 a 148; en el Grupo 2 la media fue de 114.28 y la desviación standard de 14.43 en un rango de 73 a 143 en el Grupo 3 la media fue 102.64 la desviación standard de 19.36 en un rango de 52 a 146; por último en el Grupo 4 la media fue de 101.36 y la desviación standard de 17.90 en un rango de 66 a 139.

TABLA XXI HILERA 2 (AUTOSATISFACCION)

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL NIVEL DE LA AUTOSATISFACCION								
	E. N.		A. R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0- 60	0.9	1	-	-	4.0	2	-	-
61- 70	-	-	-	-	2.0	1	3.3	1
71- 80	3.6	4	2.0	1	4.0	2	6.6	2
81- 90	5.4	6	2.0	1	16.0	8	23.3	7
91-100	22.1	24	16.0	8	20.0	10	16.6	5
101-110	26.7	29	20.0	10	20.0	10	26.6	8
111-120	16.6	18	28.0	13	14.0	7	6.6	2
121-130	12.8	14	14.0	7	16.0	8	6.6	2
131-140	7.3	8	14.0	7	-	-	9.9	3
141-150	4.5	5	4.0	2	4.0	2	-	-

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LA AUTOSATISFACCION				
	E. N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	107.82	114.28	102.64	101.36
D.S.	19.28	14.43	19.36	17.90

La Hilera 3 referente a la conducta, a la percepción que tiene un sujeto de lo que hace, nos muestra en el grupo de Embarazo Normal una media de 115.69 y una desviación standard de 18.46 en un rango de puntaje de 0 a 46; en tanto que la media y la desviación standard del grupo de Alto Riesgo fueron de 117.68 y 11.41 respectivamente, en un rango de 99 a 139; por lo que toca el grupo de Esterilidad la media fue de 102.64 y la desviación standard de 19.36, siendo su rango de respuestas de 52 a 146 y por último el grupo de Oclusión Tubaria Bilateral la media fue de 112.47 la desviación standard de 15.61 en un rango de 111 a 142.

TABLA XXII HILERA 3 (CONDUCTA)

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES EN EL NIVEL DE LA CONDUCTA								
	E. N.		A. R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0- 50	0.9	1	-	-	2.0	1	-	-
51- 60	-	-	-	-	-	-	-	-
61- 70	0.9	1	-	-	2.0	1	-	-
71- 80	-	-	-	-	-	-	-	-
81- 90	-	-	-	-	6.0	3	13.3	4
91-100	8.2	9	8.0	4	18.0	9	13.3	4
101-110	30.5	33	24.0	12	20.0	10	13.3	4
111-120	19.3	21	26.0	13	20.0	10	26.6	8
121-130	20.2	22	28.0	14	18.0	9	19.9	6
131-140	14.5	16	14.0	7	10.0	5	10.9	3
141-150	5.5	6	-	-	4.0	2	3.3	1

MEDIAS Y DESVIACIONES DE LA CONDUCTA				
	E. N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	115.69	117.68	111.22	112.47
D.S.	18.46	11.41	19.04	15.61

Ahora corresponde el turno a los resultados de las columnas, empezando por la que representa al Yo-Físico ó Columna A referente a la visión que se tiene del propio cuerpo en cuanto a la salud, apariencia, habilidades y sexualidad, encontrandonos con que en el primer grupo la media fué de 68.70 y la desviación estandar de 11.48 en un rango de respuestas que fluctuó de 40 a 89. En el siguiente grupo la media fué de 67.74 y la desviación estandar de 9.17 en un rango de respuestas de 46 a 82, finalmente en el último grupo tuvimos una media de 63.10 y una desviación estandar de 12.89 en una fluctuación de 44 a 87.

COLUMNA A TABLA XXIII YO FISICO

	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
31- 40	-	-	-	-	2.0	1	-	-
41- 50	2.7	3	2.0	1	10.0	5	19.9	6
51- 60	18.3	20	16.0	8	20.0	10	30.0	9
61- 70	34.0	37	42.0	21	36.0	18	16.7	5
71- 80	31.3	34	34.0	17	12.0	6	23.4	7
81- 90	13.7	15	6.0	3	20.0	10	10.0	3

	E. N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	68.70	67.74	67.80	63.10
D.S.	11.48	8.57	9.17	12.89

La columna B que representa al Yo-Etico Moral con referencia a sentimientos de ser bueno o malo y en clara conexión con valores religiosos nos muestra en el grupo 1 una media de 71.06 y una desviación standard de 10.94 en un puntaje que fluctuaba de 30 a 90; en el grupo 2 la media fue de 74.60 y la desviación standard de 6.38 con una fluctuación en los puntajes de respuesta de 58 a 85; en el grupo 3 la media que se obtuvo fue de 66.88 y la desviación de 11.31 en un rango de puntajes de 46 a 82; finalmente en el grupo 4 encontramos una media de 69.17 una desviación standard de 9.02 en un rango de puntajes de 53 a 86.

COLUMNA B TABLA XXIV YO ETICO MORAL

	E.N. %	(F)	A.R. %	(F)	E. %	(F)	O.T.B. %	(F)
0-30	0.9	1	-	-	-	-	-	-
31-40	-	-	-	-	-	-	-	-
41-50	0.9	1	-	-	6.0	3	3.3	1
51-60	8.2	9	4.0	2	16.0	8	16.7	5
61-70	38.6	42	22.0	11	34.0	17	33.3	10
71-80	33.0	36	58.0	29	38.0	19	36.7	11
81-90	18.4	20	16.0	8	6.0	3	10.0	3

	E. N.	A. R.	E.	O.T.B.
MEDIA	71.06	74.06	66.88	69.17
D.S.	10.94	6.38	11.31	9.02

Columna C del Yo personal. Los puntajes de esta columna reflejan el sentido del valor personal que la persona tiene de sí misma, su grado de adecuación que incluye la percepción de su cuerpo y sus relaciones con los demás. De la muestra lo que se obtuvo fue en el primer grupo en un rango de puntajes de 30 a 90 una media de 70.33 y una desviación standard de

11.35; en el segundo grupo con un rango de 51 a 86 encontramos una media de 72.00 y una desviación standard de 7.97; en el tercer grupo se obtuvo una media de 65.93 una desviación standard de 11.27 en un rango que fluctuó de 29 a 85; por último en el cuarto grupo la media fue de 63.90, la desviación standard de 10.07 y el rango de 44 a 83.

COLUMNA C TABLA XXV YO PERSONAL

	E.N. %	(F)	A.R. %	(F)	E. %	(F)	O.T.B. %	(F)
31-40	0.9	1	-	-	-	-	-	-
41-50	-	-	-	-	6.0	3	10.0	3
51-60	13.8	15	6.0	3	20.0	10	26.7	8
61-70	37.7	741	36.0	18	36.0	18	40.0	12
71-80	32.2	35	42.0	21	28.0	14	16.6	5
81-90	14.5	16	16.0	8	8.0	4	6.7	2

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DEL YO PERSONAL				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	70.33	72.00	65.93	63.90
D.S.	11.35	7.97	11.27	10.07

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DEL YO FAMILIAR				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	70.39	73.06	66.88	69.10
D.S.	10.60	6.78	11.31	11.91

La última Columna E corresponde al Yo-social que refleja lo que la persona siente respecto a su manera de relacionarse con las demás personas en general, produjo los siguientes resultados: en el grupo 1 la media fue de 66.71 la desviación standard de 11.13 en un rango de puntajes de 33 a 87; en el grupo 2 la media fue de 68.48 la desviación standard de 8.32 en puntajes que fueron de 52 a 85; en el grupo 3 la media fue de 64.94 la desviación standard de 11.68 y el rango de 30 a 86, en el grupo 4 la media resultó de 65.0 la desviación standard de 10.71 y el rango de fluctuación de 41 a 83.

COLUMNA E TABLA XXVII YO SOCIAL

	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
31-40	0.9	1	-	-	2.0	1	-	-
41-50	1.8	2	-	-	4.0	2	6.6	2
51-60	20.0	22	18.0	9	26.0	13	23.1	7
61-70	40.6	44	42.0	21	32.0	16	36.5	11
71-80	27.6	30	34.0	17	26.0	13	26.6	8
81-90	8.2	9	6.0	3	8.0	4	6.6	2

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DEL YO SOCIAL				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	66.71	68.48	64.94	65.0
D.S.	11.13	8.32	11.68	10.71

La siguiente puntuación expresa el total de variabilidad en todos los puntajes y está en relación con la unidad o integración personal (V TOTAL) y en nuestros grupos se obtuvieron así los resultados; en el grupo 1 la media fue de 46.14 y la desviación standard de 14.41 en un rango de fluctuación de 20 a 95; en el grupo 2 la media fue de 44.84. La desviación standard de 10.64 y el rango de 26 a 70; en el

	MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE		LA VARIACION TOTAL	
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	46.14	44.84	52.64	56.13
D.S.	14.41	10.64	16.05	18.71

La Columna V TOTAL mide y resume las variaciones dentro de las columnas dándonos en el grupo de Embarazo Normal una media de 22.78 una desviación standard de 9.56 en un rango de 0 a 55; en el grupo de Alto Riesgo nos dió una media de 25.14 una desviación standard de 7.41 en un rango de 6 a 40. En Esterilidad la media fue de 30.10 la desviación de 11.27 en un rango de 16 a 76 y finalmente en el grupo de Oclusión Tubaria Bilateral la media fue de 33.87 la desviación de 15.18 y el rango de 13 a 88.

TABLA XXIX (COLUMNA VARIACION TOTAL)

	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0- 10	1.8	2	2.0	1	-	-	3.3	1
11- 20	23.0	25	28.0	14	20.0	10	6.7	2
21- 30	37.7	41	48.0	24	40.0	20	33.4	10
31- 40	27.5	30	22.0	11	26.0	13	40.0	12
41- 50	10.5	11	-	-	8.0	4	10.0	3
51- 60	-	-	-	-	4.0	2	-	-
61- 70	-	-	-	-	-	-	-	-
71- 80	-	-	-	-	2.0	1	3.3	1
81- 90	-	-	-	-	-	-	3.3	1

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE LA VARIACION TOTAL DENTRO DE LAS COLUMNAS				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	27.28	25.14	30.10	33.87
D.S.	9.56	7.41	11.27	15.18

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DEL ROW TOTAL				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	19.15	19.74	21.74	24.20
D.S.	6.78	4.79	7.13	8.73

El puntaje de Distribución (D) representa la suma que se obtiene en al distribución de las respuestas por medio de las cinco opciones con que hay que contestar cada afirmación de la escala, y que en los grupos se presentó así: en el grupo de Embarazadas Normales se obtuvo una media de 125.73, una desviación standard de 33.56 en un rango de 58 a 198; en el grupo de embarazadas de Alto Riesgo la media fue de 125.08 la desviación de 26.54 y el rango de 68 a 186; en el grupo de las Estériles la media fue de 125.34 la desviación standard de 37.91, el rango de 47 a 200; y en el de las Ocluidas la media fue de 130.70 la desviación standard de 28.69 y el rango de 58 a 178.

TABLA XXXI DISTRIBUCION

	E.N.		A.R.		E.		O.T.B.	
	%	(F)	%	(F)	%	(F)	%	(F)
0- 40	0.9	1	-	-	-	-	-	-
41- 50	-	-	-	-	2.0	1	-	-
51- 60	0.9	1	-	-	2.0	1	3.3	1
61- 70	3.6	4	2.0	1	2.0	1	-	-
71- 80	1.8	2	4.0	2	8.0	4	3.3	1
81- 90	6.6	7	8.0	4	4.0	2	-	-
91-100	6.6	7	4.0	2	6.0	3	13.3	4
101-110	10.1	11	6.0	3	14.0	7	-	-
111-120	15.6	17	16.0	8	10.0	5	6.7	2
121-130	9.2	10	16.0	8	12.0	6	13.3	4
131-140	12.9	14	14.0	7	6.0	3	23.5	7
141-150	10.9	12	12.0	6	4.0	2	10.0	3
151-160	4.6	5	12.0	6	8.0	4	10.0	3
161-170	8.2	9	2.0	1	6.0	3	13.3	4
171-180	2.7	3	2.0	1	10.0	5	3.3	1
181-190	2.7	3	2.0	1	2.0	1	-	-
191-200	2.7	3	-	-	4.0	2	-	-

MEDIAS Y DESVIACIONES STANDARD DE LOS PUNTAJES DE DISTRIBUCION				
	E.N.	A.R.	E.	O.T.B.
MEDIA	125.73	125.08	125.34	130.70
D.S.	33.56	26.54	37.91	28.69

La variable D5 en un rango de 0 a 55 en el grupo de Embarazo Normal obtuvo una media de 24.11 y una desviación standard de 12.62; la D4 en un rango de 0 a 50 obtuvo una media de 19.25 y una desviación standard de 10.47; la D3 con un rango de 0 a 58 nos dió una media de 20.11 y una desviación standard de 13.19; la D2 en el mismo grupo con un rango de 0 a 48 sacó una media de 11.22 y una desviación standard de 7.67; por último en la D1 en un rango de 0 a 49 la media fue de 23.50 y la desviación standard de 11.23

TABLA XXXII D5, D4, D3, D2, D1.
EMBARAZO NORMAL

	D5		D4		D3		D2		D1	
	%	(F)								
0 -10	17.3	19	24.7	27	24.8	27	48.7	53	13.8	15
11-20	17.3	19	32.1	35	28.4	31	43.1	47	28.4	31
21-30	35.2	38	27.7	30	24.8	27	6.4	7	29.3	32
31-40	21.2	23	12.8	14	14.7	16	0.9	1	19.3	21
41-50	7.2	8	2.7	3	5.5	6	0.9	1	9.2	10
51-60	1.8	2	-	-	1.8	2	-	-	-	-

	D5	D4	D3	D2	D1
MEDIA	24.11	19.25	20.11	11.22	23.50
D.S.	12.62	10.47	13.19	7.67	11.23

Las mismas variables de distribución: D5, D4, D3, D2 Y D1 serán ahora descritas en el grupo de Alto Riesgo. Para D5 en un rango de 1 a 44 la media fue de 21.10 y la desviación standard de 10.18 . Para D4 en un rango de 7 a 37 la media fue de 20.88 y la desviación standard de 6.53. Para D3 en un

rango de 0 a 40 la media fue de 19.88 y la desviación standard de 9.94. Para D2 con un rango de 2 a 38 la media fue de 13.36 y la desviación standard de 7.86. Por último para D1 con un rango de 6 a 51 la media fue de 24.76 y la desviación standard de 9.73.

**TABLA XXXIII D5, D4, D3, D2, D1
EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

	D5		D4		D3		D2		D1	
	%	(F)								
0 -10	14.0	7	6.0	3	20.0	10	42.0	21	6.0	3
11-20	34.0	17	48.0	24	34.0	17	40.0	20	32.0	16
21-30	30.0	15	38.0	19	28.0	14	16.0	8	40.0	20
31-40	20.0	10	8.0	4	18.0	9	2.0	1	14.0	7
41-50	2.0	1	-	-	-	-	-	-	6.0	3
51-60	-	-	-	-	-	-	-	-	2.0	1

	D5	D4	D3	D2	D1
MEDIA	21.10	28.88	19.88	13.36	24.76
D.S.	10.18	6.53	9.94	7.86	9.73

Para el grupo de Esterilidad los resultados en estas variables de Distribución fueron: D5 con un rango de 3 a 53 obtuvo una media de 24.4 y una desviación standard de 12.56. D4 con un rango de 0 a 42 obtuvo una media de 19.80 y una desviación standard de 16.70. D2 en un rango de 3 a 54 obtuvo una media de 27.74 y una desviación standard de 12.02.

TABLA DE XXXIV D5, D4, D3, D2, D1.
ESTERILIDAD

	D5		D4		D3		D2		D1	
	%	(F)								
0 -10	10.0	5	20.0	10	30.0	15	48.0	24	18.0	9
11-20	32.0	16	26.0	13	30.0	15	36.0	18	30.0	15
21-30	26.0	13	38.0	19	12.0	6	14.0	7	28.8	14
31-40	20.0	10	14.0	7	14.0	7	2.0	1	16.0	18
41-50	10.0	5	2.0	1	6.0	3	-	-	6.0	3
51-60	2.0	1	-	-	6.0	3	-	-	2.0	1

	D5	D4	D3	D2	D1
MEDIA	24.40	19.80	21.68	11.66	22.74
D.S.	12.66	10.51	16.70	8.01	12.02

En el grupo de Oclusión Tubaria Bilateral los siguientes: D5 con un rango de 5 a 56 nos dió una media de 28.7 y una desviación standard de 11.59. D4 con un rango de 4 a 33 nos dió una media de 18.7 y una desviación standard de 7.88. D3 en un rango de 1 a 51 obtuvo una media de 20.16 y una desviación standard de 11.71. D2 en un rango de 0 a 22 obtuvo una media de 8.5 y una desviación standard de 5.76. Por último D1 con un rango de 2 a 47 obtuvo una media de 22.96 y una desviación standard de 11.46.

**TABLA XXXV D5, D4, D3, D2, D1.
OCLUSION TUBARIA BILATERAL**

	D5		D4		D3		D2		D1	
	%	(F)								
0 -10	6.7	2	20.0	6	23.3	7	66.7	20	20.0	6
11-20	16.7	5	33.3	11	36.7	11	26.7	8	23.3	7
21-30	36.7	11	40.0	12	20.0	6	6.6	2	30.0	9
31-40	23.3	7	6.7	2	13.4	4	-	-	20.0	6
41-50	13.3	4	-	-	3.3	1	-	-	6.7	2
51-60	3.3	1	-	-	3.3	1	-	-	-	-

	D5	D4	D3	D2	D1
MEDIA	28.73	18.70	20.16	8.57	22.90
D.S.	11.59	7.88	11.71	5.76	11.46

Con respecto a las últimas seis escalas o Escalas Empíricas que junto con otras cinco ya anteriormente descritas forman parte de un grupo de variables que se incluyen en la forma clínica y de investigación que ayudan a diferenciar estados clínicos más marcados ayudando, pues a diferenciar a un grupo de sujetos de otros, vemos en todos nuestros grupos que nuestros puntajes fueron iguales a cero, a excepción de un sólo caso en el grupo de Esterilidad en la escala Defensiva Positiva (D.P).

B.- ANALISIS INFERENCIAL

El segundo programa aplicado fue el de Análisis de Varianza, el cual permite encontrar diferencias significativas entre los grupos con respecto a las diferentes variables de la prueba aplicada (en este caso Tennessee) y algunas de las variables sociodemográficas como la escolaridad y la ocupación.

Obteniendo los siguientes resultados: con respecto al nivel de S.C. (Autocrítica) se encontraron diferencias significativas en los grupos [$F(3/235)=4.29$, $P=0.006$] habiéndose dado la media más alta en el grupo de Oclusión Tubaria ($X=34.07$) y la más baja en el de Embarazo Normal ($X=28.98$).

En los puntajes de T/F también se encontraron diferencias significativas [$F(3/235)=3.18$, $p=0.025$] con la mitad más alta para el grupo de Oclusión Tubaria ($X=1.59$) y más baja para el de Alto Riesgo ($X=1.19$).

A continuación los resultados del CON NET también nos muestra diferencias significativas en los grupos [$F(3/235)=3.35$, $p=0.020$] donde la media más alta se obtuvo también en el grupo de Oclusión Tubaria ($X=15.60$) y la menor en el grupo de Alto Riesgo ($X=2.76$).

En el siguiente puntaje referido al CON TOT igualmente se encontraron diferencias significativas [F (3/235)=5.54, p=0.001] cuya media más alta se encontró en el grupo de Oclusión Tubaria (X=46.33) y la más baja en el de Alto Riesgo (X=35.82).

La siguiente variable correspondiente al Puntaje Total Positivo (T) igualmente nos reporta la presencia de diferencias significativas en los grupos [F(3/235)=3.39, p=0-019] donde la media más grande fue para el grupo de Alto Riesgo (X=355.07) y la menor fue para el grupo de Oclusión Tubaria (X=326.00).

Los puntajes de la H1 (Identidad) por lo consiguiente reportaron también diferencias en los grupos [F (3/235)=3.53, p=0-015] con la media más alta en el grupo de Alto Riesgo (X=123.68) y la más baja en la de Oclusión Tubaria (X=115.57).

Los resultados de la H2 (Autosatisfacción) reportando igualmente diferencias significativas [F (3/235)=4.64, p=0.004] siendo la media más alta para el grupo de Alto Riesgo (X=114.28) y la más baja para el grupo de Oclusión Tubaria (X=101.36).

En las dos siguientes variables que corresponden a H3 (Conducta) y a la Columna A (Yo Físico) no se encontraron diferencias significativas en los grupos.

En tanto que en las tres siguientes Columnas B, C y D, sí se encontraron diferencias. En la B (Yo Etico-Moral) la diferencia fue [F (3/235)=3.90, p=0-009] donde la media mayor (X=74.06) fue para el grupo de Alto Riesgo y la menor (X=67.80) para el de Esterilidad. En la Columna C [F (3/235)=5.67, p=0.001] la media más alta (X=72.00) fue también para el grupo de Alto Riesgo y la más baja (X=63.90) para el de Oclusión Tubaría Bilateral. Por último en la Columna D, [F (3/235)=3.20, p=0.024] donde la media más alta (X=74.06) correspondió nuevamente a Alto Riesgo y la más baja (X=66.88) al de Esterilidad.

En la siguiente Columna E no hubo diferencias significativas en los grupos.

Continuando con la siguiente puntuación de la VAR TOT sí se nos muestran diferencias significativas [F (3/235)=5.98, p=0.001] siendo la media mayor para el grupo de Oclusión Tubaría (X=56.13) y la menor para el grupo de Alto Riesgo (X=44.84).

Igualmente en la puntuación de la C.V. TOT [F (3/235)=5.23, p=0.002] la media más grande correspondió al grupo de Oclusión Tubaría (X=33.87) y la más baja al de Alto Riesgo (X=25.14). Y lo mismo en la siguiente de ROW TOT donde también hubo diferencias significativas [F (3/235)=5.17, p=0.002] la media mayor (X=24.30) fue para el grupo de Oclusión Tubaría y la menor (X=19.16) fue para el de Embarazo Normal.

La siguiente variable Puntajes de Distribución no presentó diferencias significativas.

La variable D5 sí presentó diferencias significativas [$F(3/235)=2.52$, $p=0.058$] con una media superior para el grupo de Oclusión Tubaria y una media inferior para el grupo de Alto Riesgo, ($X=28.73$) y ($X=21.10$) respectivamente.

En las dos siguientes tampoco hubo diferencias significativas (D4 y D5). En tanto que en la siguiente D2 sí hubo [$F(3/235)=2.54$, $p=0.057$] siendo la media del grupo de Esterilidad la mayor ($X=11.66$) y la Oclusión Tubaria ($X=8.57$) la menor.

A partir de ésta en todas las demás variables restantes (ocho más) no hubo diferencias significativas con respecto al instrumento aplicado.

**TABLA XXXVI ANALISIS DE VARIANZA
MEDIDAS Y D.S DE TODAS LAS VARIABLES DEL TENNESSE
EN LOS CUATRO GRUPOS**

	EN		AR		E		OTB	
	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.
S-C	29.08	6.77	28.98	10.48	31.66	6.71	34.07	6.9
T-F	1.28	0.58	1.19	0.37	1.30	0.50	1.59	0.85
CON NET	10.4	17.46	6.0	0.16	9.52	16.06	15.6	24.65
CON TOT	39.06	12.10	35.82	9.53	40.68	10.05	46.33	13.50
T	47.07	50.49	355.64	31.72	334.54	40.52	326.0	46.03
R1	23.33	16.22	123.68	10.69	117.58	15.83	115.5	17.90
R2	07.82	19.28	114.28	14.43	102.62	19.36	101.3	17.90
R3	15.7	18.46	117.68	11.41	111.22	19.04	112.4	15.61
CA	68.7	11.48	67.74	8.57	67.8	9.17	63.1	12.89
CB	71.06	10.94	74.06	6.38	67.8	11.31	69.1	9.02
CC	70.33	11.35	72.0	7.97	65.92	11.27	63.9	10.07
CD	70.39	10.6	73.06	6.78	66.88	11.31	69.8	11.19
CE	66.72	11.13	68.48	8.32	64.94	11.68	65.0	10.71
VAR TOT	46.15	14.41	44.84	10.64	52.64	16.05	56.1	18.71
ROW TOT	27.28	9.56	25.14	7.41	30.10	11.27	33.8	15.18

	EN		AR		E		OTB	
	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.
ROW TOT	19.15	6.78	19.74	4.79	21.74	7.13	24.30	8.73
D	125.73	33.56	125.08	26.54	125.34	37.91	130.77	28.69
D 5	24.11	12.62	21.10	10.18	24.40	12.66	28.73	11.59
D 4	19.26	10.47	20.88	6.53	19.80	10.51	18.70	7.88
D 3	20.12	13.19	19.88	9.94	21.68	16.70	20.10	11.71
D 2	11.23	7.67	13.36	7.86	11.66	8.01	8.57	5.76
D 1	23.50	11.23	24.76	9.73	22.74	12.02	22.90	11.46

A continuación el Análisis de Varianza se hizo con respecto a dos variables sociodemográficas más, la escolaridad y la ocupación y se encontró lo siguiente:

Con respecto a la escolaridad las variables del Tennessee se ve que en lo que respecta al S-C, T-F y CON NET no hubo diferencias significativas entre los grupos. En cambio en los puntajes del (CON-TOT) si se encontraron diferencias significativas $|F(8/258)=4.55, p=0.000|$ con una media superior ($X=45.67$) correspondiente al grupo de Primaria Incompleta y una inferior al de Profesional Completa ($X=33.76$). Después en el Puntaje total Positivo (T) también se encontraron diferencias significativas

| $F(8/258)=3.44, p=0.003$ | donde la media más alta correspondió al grupo de Profesional Completa ($X=357.10$) y la más baja al grupo de Primaria Incompleta ($X=311.60$). A continuación en la R1 (Identidad) donde también hubo diferencias significativas | $F(8/258)=3.01, P=0.003$ |, la media más alta también correspondió al grupo de Profesional Completa ($X=125.22$) y la más baja ($X=112.40$) al grupo de Primaria Incompleta. Ocurriendo lo mismo con la R2 (Autosatisfacción) donde la diferencia fue | $F(8/258)=3.19, p=0.002$ |, con una media superior para el grupo de Profesional Completa ($X=112.82$) y la inferior para el de Primaria Incompleta ($X=94.80$).

En lo que se respecta a los resultados de la Hilera 3 (R3, Conducta) también se encontraron diferencias significativas | $F(8/258)=2.00, P=0.046$ | hubo dos medias más altas, bastante similares de los grupos correspondientes a Secundaria Completa y Profesional Completa ($X=118.53$) y ($X=118.50$) respectivamente y una media más baja correspondiente al grupo de Post-Grado ($X=101.00$). Seguidamente en los puntajes de las Columnas se ve que en la CA (Yo Físico) la diferencia | $F(8/258)=2.71, p=0.007$ | nos muestra una media mayor para el grupo de Preparatoria Incompleta (Y Carrera Comercial o Técnica) de ($X=70.29$) y una menor para el grupo de Primaria Incompleta ($X=61.01$). En CB (del Yo Ético-Moral) también con diferencias significativas | $F(8/258)=2.67, p=0.008$ | donde la media más alta correspondió de nuevo al grupo de Profesional Completa ($X=71.76$) y la más baja ($X=62.63$) al de Primaria

Incompleta. Posteriormente en la CD (Yo familiar) la diferencia fue de $|F(8/258)=2.19, p=0.029|$ con una media superior ($X=73.20$) para el grupo de Profesional Completa y una menor ($X=61.00$) para Post-Grado. Finalmente en la última columna CE (Yo Social) donde la diferencia fue $|F(8/258)=3.155, p=0.002|$ la media mayor ($X=69.64$) fue también para Profesional Completa y la menor ($X=60.23$) para Primaria Incompleta.

Los siguientes puntajes correspondientes a la Variabilidad (VAR TOT; COL VAR TOT y ROW TOT) no demostraron diferencias significativas.

En los puntajes D sí hubo diferencias $|F(8/258)=1.19, p=0.048|$ con una media ($X=136.95$) más grande en el grupo de Secundaria Completa, una media menor ($X=114.97$) en el grupo de Primaria Incompleta.

En los siguientes puntajes de Distribución sólo en D3 y D1 hubo diferencias significativas, en tanto que no hubo en D5, D4 y D2. La diferencia $|F(8/258)=3.04, p=0.003|$ con una media superior para el grupo de Primaria Incompleta ($X=26.37$) y una media inferior ($X=17.18$) para el grupo de Profesional Completa. En D1 la diferencia $|F(8/258)=3.20, p=0.002|$ obtuvo la media mayor para el grupo de Profesional Completa ($X=26.66$) y una media menor ($X=16.50$) para el grupo de Post Grado.

ANALISIS DE VARIANZA

" Diferencias significativas entre ciertos puntajes del tennessee y la escolaridad "

TABLA XXXVII

VARIABLES	PRIMARIA INCOMPLETA	PREPARATORIA INCOMPLETA	PROFESIONAL INCOMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
Con-Tot	45.67 <		33.76 >	
Total	311.60 >		357.10 <	
Identidad	112.40 >		125.22 <	
Autosatisf	94.80 >		112.82 <	
Conducta			118.50 =	118.50 =
YO Fisico	61.07 >	70.29 <		
EticoMoral	65.87 >	73.43 <		
YoPersonal	62.63		71.76 <	
Yo Familia			73.20 <	
Yo Social	60.23 >		69.74 <	
D	114.97 >			136.95 <
Resp 3	26.37 <			17.18 >
Resp 1				26.66 <

Finalmente con la Ocupación no se encontró absolutamente ninguna diferencia significativa en los grupos con respecto a ninguna variable del Instrumento.

**ANALISIS DE VARIANZA EN TODAS
LAS DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS
EN 15 DE LAS 22 VARIABLES DEL INSTRUMENTO**

TABLA XXXVIII

	\bar{X} EN	\bar{X} AR	\bar{X} NORMA	DS $\bar{X}-\bar{X}$	\bar{X} E	\bar{X} OTB
AUROCRTICA	29.08	28.98	35.34	6.70	31.66	34.00
T/F	1.28	1.19	1.03	.29	1.31	1.59
CON-NET	10.043	2.76	- 4.91	13.01	9.52	15.60
CON-TOT	39.06	35.82	30.10	8.21	40.68	46.33
TOTAL	347.07	355.64	345.57	30.70	334.54	326.00
R1 IDENTIDAD	123.33	123.68	127.10	9.76	117.58	-115.50
R2 AUTOSITIS FACCION	107.822	114.28	103.67	13.79	102.64	101.30
COL B ETICO	71.06	74.06	70.33	6.70	67.80	69.10
COL CPERSONAL	70.33	72.00	64.55	7.41	65.93	63.90
COL DFAMILIAR	70.39	73.06	70.83	8.43	66.88	69.10
VAR TOT	46.14	44.84	48.53	12.42	52.64	52.00
VAR COL	27.28	25.14	29.03	9.12	30.10	33.87
VAR R	19.15	19.74	19.60	5.76	21.74	24.20
RESP 5	24.11	21.10	18.11	9.24	24.40	+28.75
RESP 2	11.22	13.36	18.85	7.99	11.66	-8.57

TABLA XXXIX
ESCOLARIDAD Y SU CORRELACION CON LAS
VARIABLES DEL TENNESSEE

VARIABLES TENNESSEE	X 1	X 2	X 3	X 4	X 5	X 6	X 7	X 8	X 9	F	P	GRUPOS
S-C, T/F	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	
CONET	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	
CON TOT	45.67+	****	****	****	****	****	****	33.67+	****	4.55	0.000	1-8
T	311.60+	****	****	****	****	****	****	357.10+	****	3.44	0.001	8-1
R1	112.40+	****	****	****	****	****	****	125.22+	****	3.01	0.003	8-1
R2	94.80+	****	****	****	****	****	****	112.82+	****	3.19	0.002	8-1
R3	****	****	****	118.53+	****	****	****	118.50+	101.90+	2.00	0.046	4,8-9
CA	61.07+	****	****	****	70.29+	****	****	****	****	2.73	0.007	5-1
CB	65.87+	****	****	****	73.43+	****	****	****	****	1.93	0.055	5-1
CC	62.63+	****	****	****	****	****	****	71.76+	****	2.67	0.008	8-1
CD	****	****	****	****	****	****	****	73.2+	61.00+	2.19	0.029	8-9
CE	60.23+	****	****	****	****	****	****	69.74+	****	3.15	0.002	8-1
VAR DDL	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	
ROM TOT	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	
D	114.97+	****	****	136.95+	****	****	****	****	****	1.19	0.048	4-1
OS, O4, D2	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	****	
D3	26.37+	****	****	****	****	****	****	17.18+	****	3.04	0.003	1-8
D1	****	****	****	****	****	****	****	26.66+	16.50+	3.20	0.002	8-9

- 1.- Primaria Incompleta
- 2.- Primaria Completa
- 3.- Secundaria Incompleta
- 4.- Secundaria Completa
- 5.- Preparatoria Incompleta-Carrera comercial o técnica
- 6.- Preparatoria Completa
- 7.- Profesional Incompleta
- 8.- Profesional Completa
- 9.- Post-grado

CAPITULO V

INTERPRETACION Y ANALISIS

Los resultados anteriormente expuestos nos presentan los hallazgos siguientes:

Para empezar, es importante señalar que las variables sociodemográficas son variables esenciales en este estudio porque reflejan toda una diferencia ideosincrática y vivencial de experimentar la maternidad. De manera que el hecho de que la mayoría de las mujeres de la muestra perteneciera a un estrato socio-económico bajo, reconocido como mujeres del medio popular, con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta, casadas, dedicadas al hogar, nos está mostrando a un tipo de mujer mexicana que tiene su identidad femenina y su autoconcepto sustentadas en la maternidad de manera más acendrada (Ver tablas I, II, III, IV, V).

De hecho la variable referida a la escolaridad mostró un grado de significancia importante al haberse correlacionado con las variables del instrumento, demostrando una correlación positiva entre altos grados de escolaridad y otros puntajes positivos en los diferentes niveles del Autoconcepto en los cuatro grupos estudiados (Ver tabla XXXVII). De aquí la importancia de enfatizar el papel de

estas variables sociodemográficas en la interpretación de resultados (55) (Ver tablas VI y VII).

La historia gineco-obstétrica nos muestra a cuatro grupos de mujeres con muy diferentes circunstancias reproductivas:

Por un lado estarían las de Embarazo Normal y de Alto Riesgo cursando un embarazo alrededor del inicio o a mediados del segundo trimestre de gestación, unas en condiciones normales y las otras con diferentes tipos y grados de riesgos concomitantes a su estado de gravidez y además con el mayor número de abortos previos de toda la muestra (Ver tablas VIII y XI).

Las mujeres del grupo de Esterilidad en general reportaron no haber logrado hasta el momento del estudio ningún embarazo exitoso a excepción de tres casos de esterilidad secundaria que habiendo tenido previamente un hijo en tres años no habían podido volver a embarazarse (Ver tabla X).

El número mayor de hijos nacidos lo dió el grupo de Ocluidas con un promedio de tres hijos, las Normales con uno y las de Alto Riesgo con dos (Ver tabla X).

Las pacientes más desfavorecidas en su historia ginecoobstétricas fueron las de Esterilidad y las de Alto Riesgo (Ver tabla XIV).

En lo tocante a las variables sociodemográficas los puntajes más desfavorables fueron exhibidos por el grupo de Oclusión

Tubaria Bilateral que mostró la media mayor de edad ($X=29.4$ años), el mayor número de hijos, con la condición socio-económica más baja, el mayor índice de ocupación como subempleadas y con el nivel de escolaridad más bajo (Ver tabla VI) .

Con respecto a las variables del instrumento de Escala de Autoconcepto del Tennessee el programa estadístico utilizado demostró la presencia de diferencias estadísticamente significativas en quince de las veintidós variables que componen la escala Clínica y de Investigación y en la variable ya mencionada de la Escolaridad correlacionada con aquéllas (Ver tabla XXXVIII y XXXVII).

Es de señalarse que no se utilizaron las escalas empíricas (DP; GM; PSY; PD; N; PI; NDS) para la investigación psiquiátrica, por tratarse de un estudio hecho en una muestra de mujeres normales. También es importante destacar que aun cuando la comparación de los puntajes de los cuatro grupos con la norma estandarizada es importante y necesaria para la correcta interpretación de los resultados, fueron mucho más importantes y reveladoras las diferencias estadísticas que se dieron entre los cuatro grupos de acuerdo con lo supuesto en el marco teórico y metodológico.

Por esto se considera que los datos numéricos no sólo muestran una significancia estadística sino que también se les puede inferir una significancia psicológica puesto que

muchas de las diferencias encontradas se dieron en cierta manera justo en los puntajes previstos de acuerdo a los postulados teóricos (Ver tabla XXXVIII), no obstante que no se hayan dado en todas las variables de la escala, o que se hayan dado de manera parcial a lo esperado en las propuestas de las hipótesis alternas (H1, H2, H3, H5 y H8).

Una interpretación general de los resultados revela una polarización en los puntajes de la muestra en dos pares de grupos muy similares entre sí, por un lado Embarazo Normal y de Alto Riesgo y por el otro Esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral. Destacándose Alto Riesgo y O.T.B. como los grupos puntales que jalaban los resultados hacia extremos opuestos, dándose entre ellos la mayoría de las diferencias significativas obtenidas. Este fue un hallazgo inesperado puesto que en la Hipótesis Alternativa (H1) se esperaba que estas diferencias se dieran entre el grupo de Embarazo Normal y de Esterilidad.

Sin embargo, esto sólo corrobora cómo la reproducción en la mujer mexicana de este medio social, es una función tan exaltada y determinante en su identidad genérica, que aún experimentada en condiciones de Alto Riesgo es un factor que incide de manera importante en la sustentación de un Autoconcepto positivamente alto (66) (50) (55) (30). Con respecto al grupo de mujeres ocluidas que computó los valores más bajos de los cuatro grupos es necesario asentar múltiples perspectivas de interpretación ya que la pura deprivación de

la función reproductiva elegida por voluntad propia como medida anticonceptiva, no alcanza a explicar la compleja e inesperada situación autodevaluatoria que se manifestó en estas mujeres, toda vez que sí se encontraban cumpliendo con el rol materno al haber sido madres de varios hijos. Por tanto es necesario considerar una serie de factores adicionales que pudieron haber estado incidiendo en estos bajos niveles de autoestima y de autoconcepto deteriorado.

Un factor podría deberse a la conflictiva proveniente de la ambigüedad ética-moral y emocional que aún se da en nuestro país sobre los métodos contraceptivos no naturales junto con la necesidad insoslayable de ejercer un método de control natal debido a las críticas condiciones económicas imperantes que hacen que las parejas en la actualidad tengan que limitar el número de hijos. La confusión afectiva no se hace esperar al tratar de cumplir con los patrones gestacionales tradicionales introyectados como los deseables o válidos y la influencia de las nuevas políticas poblacionales que a través de las campañas publicitarias inducen ideológicamente a reducir la familia para lograr mejores condiciones de vida (70) (55) (Ver tabla XXXVIII).

Otro es el papel que puede estar jugando el cónyuge de estas mujeres al aceptarlas o rechazarlas abierta o encubiertamente, realista o fantasiosamente, al ya no considerarlas plenamente como mujeres por no poder engendrar más hijos. Esta puede ser una situación muy compleja y muy parecida a la

de las mujeres menopáusicas, donde el rechazo real o subjetivo está incidiendo en la identidad genérica de la mujer, pero que en muchos casos, la devaluación sentida por la pérdida de la función reproductiva es sólo como efecto de rebote por el rechazo o falta de interés sexual manifestado por su pareja (55).

Es común que en ciertos medios aún se homologue la función reproductiva con la función sexual de manera que al perderse una se le extrapola a la mujer una pérdida de su derecho a sus relaciones sexuales por las creencias que el entorno social cultural y familiar ejercen sobre el esposo y ella misma. La idea de ya no ser una mujer completa incide en su autoimagen retroalimentada por las actitudes de su entorno cercano pero especialmente del marido o compañero habiéndolo, pues, una pérdida de identidad de valía y del sentido de su feminidad (43)(68).

Un tercer factor importante ya señalado es el que corresponde a las variables sociodemográficas, que en el caso de estas mujeres podrían estar potenciando también su conflictiva. Sus bajas condiciones económicas y de instrucción, el número mayor de hijos que quizá no puedan ser atendidos y provistos de manera satisfactoria estaría reflejado en la decisión de ocluirse, el índice ocupacional de subempleados por la necesidad de aportar recursos a la familia y que las hace formar parte de las huestes que conforman a las trabajadoras de doble jornada, (55) teniendo que dejar a los hijos solos o

al cuidado de otra persona mientras trabajan con la consabida culpa que generalmente esto ocasiona son todos motivos suficientes para favorecer los estados conflictivos y de valoratorios que manifiestaron (Ver tablas VI y VII).

Según Beckett: Los individuos que desarrollan repertorios limitados y pobres de conductas e intereses sin muchas otras alternativas introyectadas o permitidas, con limitadas condiciones externas para desplegar un mayor tipo de actividades y modos de realización personal, con la sensación de tener el control de sus vidas dependiente de las circunstancias externas que les lleva a desarrollar un estado de desesperanza aprendida y de pasividad, suelen ser personas proclives a la depresión con sentimientos de inseguridad, baja autoestima y por ende con un Autoconcepto pobre. Y esta podría ser la situación en que se encuentran colocadas muchas de estas mujeres (72).

Finalmente estaría el sentimiento de culpa, por factores intrapsíquicos que llevan a la mujer a vivir como una transgresión su decisión de ocluirse creándole la sensación de haber atentado contra su función reproductiva como un acto deleznable por ser la maternidad una función sacralizada y enaltecida por todos los tradicionales medios ideologizantes encabezados por la religión y que en esos medios socio-culturales aún siguen pesando sobre sus conciencias (55).

Todos estos factores sumados sirven para comprender mejor como una mujer que está cumpliendo con el rol materno dentro de las circunstancias que sus condiciones de vida le permiten, al tomar una medida que debería ser liberadora y positiva devenga en una mujer autodevaluada y conflictuada.

Los resultados de los dos grupos restantes Esterilidad y Embarazo Normal pueden ser más fácilmente explicados por la imposibilidad o posibilidad para ejercer la maternidad de acuerdo a lo sugerido en el marco teórico, aunque también pudieran presentar otros factores sumados (11)(9)(37)(27).

De la comparación de los resultados de los cuatro grupos con la norma, y entre sí en cada una de las quince variables mencionadas tenemos:

En el primer puntaje (S/C) que se refiere al nivel de Autocrítica, el grupo de Alto Riesgo fue en el único que puntuó de manera disruptiva, desviado de la norma en sentido negativo, con puntajes muy similares pero más ascendrados que el grupo de Embarazo Normal; mientras que Esterilidad y O.T.B. puntuaron dentro de la normalidad (Ver tabla XV). Interpretar estos datos fuera del contexto del resto de puntajes, podría llevar a consideraciones erróneas como sería el considerar a las mujeres de Alto Riesgo y de Embarazo Normal con un alto grado de defensividad que conduciría a tomar con cautela todos sus demás puntajes de la prueba. Por otro lado las mujeres estériles y las Ocluidas estarían

manifestando un mejor sentido de objetividad y honestidad sobre si mismas sin embargo al observar y correlacionar los puntajes obtenidos por los cuatro grupos en su totalidad induce a otorgarle a estos primeros puntajes otra interpretación, de manera que las cifras obtenidas por Alto Riesgo que registraron una unidad de desviación estandard por abajo de la Norma estaría reflejando la presencia de un grupo de mujeres tan identificadas con el rol materno, tan identificadas con la mística de la mujer-madre habiéndolo asumido de tal manera que no sólo no se reconocen descritas en las diez aseveraciones que revelan conductas o actitudes trasgresivas, sino que en realidad no se permitirían llevarlas al cabo por no concordar con el estilo de conducta que han asumido.

Por otro lado en la literatura sobre Esterilidad fue lugar común encontrar dentro de los posibles perfiles de personalidad adscritos a las mujeres que padecían de este problema la presencia de grandes sentimientos de culpa, de autocrítica acerva, sentimientos de inadecuación y de falla. Pudiéndose inferir la misma situación para las mujeres Ocluidas, que se pueden experimentar como trasgresoras de las normas tradicionales (67) (51) (55) (68).

Los siguientes tres puntajes T/F, CON NET y CON TOT que corresponden al nivel total de Falso-Verdadero, Conflicto Neto y Nivel Total de Conflicto deben ser interpretados de manera correlacionada y en los cuales Embarazo Normal

compartió con Esterilidad y O.T.B. los puntajes más alejados de la Norma lo cual está indicado un mayor grado de confusión y conflicto para autopercebirse con claridad en estas mujeres, mostrando muchas contradicciones en el concepto de sí mismas, de lo que son, de lo que hacen y lo que sienten al respecto muy en consonancia a la pérdida de marcos de referencia para reconceptualizarse y redefinirse que presentan las Ocluidas y que también parecen desarrollar las Estériles (Ver tablas XVI, XVII y XVIII).

En el caso de las Embarazadas Normales estos niveles de confusión y conflicto pueden estar hablando de una ambivalencia afectiva hacia el hijo que están engendrando y que en la literatura se encuentra señalado más frecuentemente en las primeras etapas del embarazo, aunque también suele presentarse en el transcurso de éste o aún después del nacimiento manifestándose por medio de la depresión post-parto (50)(11)(66). Estos sentimientos de aceptación y rechazo hacia el producto, reflejado por ese estado de confusión y conflicto, reveladoramente no se registraron en el grupo de Alto Riesgo lo cual se explica porque para este grupo cursar un embarazo en las condiciones azarosas y -dificiles implica un mayor grado de determinación y seguridad, sustentando su deseo por el hijo.

Las Embarazadas Normales en todas las subsecuentes variables arrojaron resultados altos y positivos muy cercanos a los de Alto Riesgo.

La comprobación de la Hipótesis de Trabajo principal, se dió por la diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de Alto Riesgo y O.T.B. en el Nivel Total de Autoestima (el puntaje más importante de toda la prueba) que revela los sentimientos de autosatisfacción y de valía que una persona tiene de sí, en el cual Alto Riesgo y Embarazo Normal sacaron los puntajes más altos y Esterilidad y O.T.B. los más bajos. Pudiendo aseverarse que la reproducción en tanto capacidad genitora sí incidió sobre el Autoconcepto de las mujeres de los cuatro grupos estudiados con un efecto diferencial significativo. Que las mujeres que se encontraban gestando con sus cuerpos sanos y aún más en las que lo hacían con complicaciones para su salud, el grado de autoestima fue mayor que en aquellas incapacitadas para hacerlo por decisión propia o por causas ajenas a su voluntad (66) (Ver tabla XIX).

Los resultados del siguiente rubro referido a la Identidad también reportaron datos interesantes, de nueva cuenta los puntajes más bajos fueron arrojados por las pacientes Estériles y las Ocluidas, y los más altos por Alto Riesgo y Embarazo Normal (Ver tabla XX) y al respecto se puede señalar que para algunos autores la Identidad es una función sintética del Yo, que contiene los modelos sociales del medio y las imágenes de la realidad construídas desde la infancia y que por medio de esta identificación con los modelos del contexto social al que pertenece una persona, ésta puede

definirse a sí misma (71); por tanto las mujeres cuyo Yo real se percibe diferente al Ideal introyectado, estarían sufriendo una especie de vacío representacional que desestructura y conflictúa su identidad como mujeres. En el caso de las Estériles este problema se explica de manera lógica y patente y en el caso de las Ocluidas es necesario anexar todos los otros factores ya expuestos aparte de considerar que de la operación a que fueron sometidas, no habían hecho aún los ajustes psicológicos necesarios para adaptarse a su nueva condición.

Con respecto a la siguiente área de la Autosatisfacción también fue significativo como destacaron los grupos de Alto Riesgo y Embarazo Normal con niveles por arriba de la Media Normal y el primer grupo todavía más acentuadamente. Así se manifiesta el grado de autoaceptación por considerar que lo que se es y lo que se hace vale, otorgando sentimientos de seguridad y satisfacción (Ver tabla XXI).

Alto Riesgo a la cabeza de los puntajes demostró una magnífica autoaceptación (casi rayando en exaltación) que bien puede explicarse por saberse cumpliendo con el Ideal materno internalizado en condiciones que podrían considerarse heroicas obteniendo aparte una cuota externa de prestigio consideración y cuidado, todas estas circunstancias que conllevan un sentimiento de bienestar y complacencia consigo mismas. Embarazo Normal reportó un estado ideo-afectivo parecido y Esterilidad y O.T.B. reportaron estar menos

satisfechas consigo mismas y aceptándose menos en sus condiciones (Ver tabla XXI).

Los puntajes correspondientes al Yo ético, Yo personal y Yo familiar también salieron con puntajes marcadamente más favorecedores para Alto Riesgo y Embarazo Normal corroborando la hipótesis alterna (H5). En el primero se esperaba que Alto Riesgo obtuviera los puntajes más altos de los cuatro grupos como ciertamente sucedió. Y en los dos siguientes se hipotetizaba que Embarazo Normal y Alto riesgo saldrían con las diferencias positivas más altas, pero siempre considerando que Embarazo Normal puntuaría por arriba de todos los demás. Como se puede apreciar en los resultados, Alto Riesgo fue el grupo puntual en los tres rubros y O.T.B. también, pero en sentido contrario, pudiendo aseverarse que las implicaciones de tipo ético-moral se encuentran bastante implicadas en el deber ser de la maternidad de manera que el ser Madre como supremo deber de la mujer la impele a cumplir con el rol aún a costa de la propia salud y/o de la propia vida y de las del hijo (Ver tablas XXIV, XXV y XXVI). Por el contrario privarse voluntariamente de esta función pudiera estarse viviendo como una conducta atentatoria en contra de las normas religiosas, morales y sociales que van en contra de lo debido, lo establecido y esperado (55)(35)(9).

Por otro lado aparte de que las pacientes de Alto Riesgo y Embarazo Normal se sienten cumpliendo con el máximo deber casi sacralizado de la maternidad dentro de estas

connotaciones éticas, están también actualizando las potencialidades físicas y emocionales para las que han estado preparadas toda su vida cumpliendo además las posibles necesidades parentales de sus cónyuges, los deseos, creencias y expectativas del entorno familiar y social con respecto a la maternidad desarrollando un sentido de realización personal y familiar muy egosintónico con su identidad femenina (11)(64). La otra cara de la moneda es presentada por las Estériles y las Ocluidas como transgresoras del rol muy posiblemente culpándose por su esterilidad voluntaria o involuntaria, sintiéndose internamente poco valiosas con sentimientos de inadecuación y de falta. Con la preocupación real o subjetiva de ser abandonadas y/o rechazadas por sus cónyuges sintiéndose en deuda con él y con la familia por haber fallado. (Como se pudo constatar en el documento insertado de una paciente judía cursando este tipo de conflictos causados por su esterilidad). Esta sensación de rechazo podrá ser en algunos casos sólo propiciada por conflictos intrapsíquicos sin embargo es frecuente que la presión familiar y del entorno cercano sean reales y quizá en la mitad de los casos también la presión del cónyuge expresada abierta o encubiertamente de manera consciente o inconsciente retroalimente la propia conflictiva interna de estas mujeres (17). Por otro lado también es frecuente la presencia de sentimientos de culpa que se hayan generado por el uso de contraceptivos o incluso por abortos al haber sostenido relaciones premaritales o

simplemente por haber querido dilatar la maternidad ya dentro del matrimonio o de la unión formal con la pareja. En estos casos la esterilidad llega a experimentarse incluso como producto de un castigo divino o por el contrario como por un designio injusto que llena de resentimientos a la persona o a la pareja completa (67)(17). De allí que sus estructuras éticas, sin sentido de realización personal y familiar se hayan encontrado bastante afectadas, afectando a la vez casi todas las áreas de su vida (17)(67).

Los siguientes tres puntajes referidos al grado de integración y congruencia personales, coherentemente también demuestran en Alto Riesgo y Embarazo Normal los más altos niveles positivos que coinciden con todo el panorama general demostrado a través de todos los anteriores puntajes; pudiendo decirse lo mismo en sentido negativo de los grupos de Esterilidad y O.T.B. (Ver tablas XXVIII, XXIX y XXX). Los cuales presentaron además en las dos últimas variables diferencias significativas, un índice de esterotipia que los llevó a sesgar sus respuestas de una manera rígida (Ver tablas XXXIV y XXXV).

Finalmente, como ya se mencionaba, aunque no todas las áreas propuestas se vieron afectadas, y las que sí lo fueron no hayan sido precisamente en los grupos que se prédió en la Metodología los hallazgos reportados sólo contribuyen a reforzar la hipótesis conceptual y la parte nodal de esta investigación que se refiere: al carácter primordial de la

maternidad en el Autoconcepto femenino, específicamente en una población de mujeres con las características mostradas aquí.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1. Al comprobarse por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, que este constructo en los cuatro grupos de mujeres estudiados (Embarazo Normal, Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral) sí fue significativamente influenciado por la circunstancia reproductiva particular que cursaba cada uno, se puede afirmar que la Hipótesis conceptual con que se trabajó ha quedado corroborada: Que la función de la reproducción que incluye la gestación y el maternaje resultó ser un elemento sine qua non para la obtención de un Autoconcepto alto y positivo; que para la mujer que ha sido educada y troquelada psíquicamente desde la infancia en un medio que sigue potenciando a la maternidad como el elemento ineluctable y nuclear de la feminidad resulta crucial el poder desempeñar esta función para sentirse valiosa, plena y realizada como mujer (11) (9) (4) (5) (15) (19) (30) (49).

2. También se puede concluir que la ausencia de esta función provocó una merma significativa en el nivel general de autoestima y en la mayoría de las diferentes áreas del Autoconcepto en los grupos de Esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral. Sin embargo, sobre todo en el grupo de las Ocluidas, aunque en la base del conflicto computado a través de los puntajes más pobres de toda la muestra, esté esta de

privación, es necesario considerar la influencia de otros factores adicionales sumados ya que este grupo de mujeres al estar cumpliendo con el rol materno con un promedio de tres hijos no pueden ser consideradas completamente en las mismas condiciones de imposibilidad total para cumplir con este rol como en el caso de las Estériles.

3. Las áreas del Autoconcepto que más afectadas resultaron fueron: Autocrítica, Nivel General del Conflicto, Identidad, Yo Etico-Moral, Yo personal, Yo Familiar, el Grado de Integración y Congruencia Personal, la Autosatisfacción y el nivel Total de Autoestima. Todos ellos puntajes de lo más elocuentes para apoyar la mayoría de las hipótesis expuestas.

4. La escolaridad fue otra variable importante que manifestó su influencia patente sobre el autoconcepto, ya que las mujeres con un mayor nivel de escolaridad dentro de cada grupo obtuvieron también puntajes más altos en el Autoconcepto. Lo cual indica que las mujeres que han desarrollado otros intereses ajenos a la maternidad pueden sentirse mejor consigo mismas aún sin ejercer ésta. Sin duda la influencia de las demás variables sociodemográficas es importante de ser remarcada también (55) (9).

5. El hecho de que el conflicto reportado por las Ocluidas y las Estériles esté afectando los rubros de la Identidad, Autopercepción e Integración Personal, es muy significativo clínicamente, pues está indicando que se trata de un tipo de

mujeres que habiendo constituido su personalidad genérica a través o alrededor de su deseo maternal están atravesando por una especie de vacío representacional sin haber podido hacer un nuevo reordenamiento psíquico para superar esta identidad introyectada representada por la ecuación mujer=madre sustituyéndola por otro más afin a su situación. Esta crisis de identidad, de dificultad para autoperibirse correctamente y de desarrollar un sentido de integración y congruencia personal muestra esa necesidad para promover cambios no sólo en su universo de representaciones psíquicas con el desarrollo de otras pulsiones, intereses, otras subjetividades, sino también con nuevos modos de insertarse en el mundo diversos a la maternidad.

La importancia de esta investigación estriba, aparte de haber corroborado los supuestos básicos propuestos, en la necesidad de implementar programas de atención psicoterapéutica para ayudar a estos dos grupos de mujeres a desarrollar un mejor ajuste psicológico tendiente a promover una redefinición de su identidad mediante todo un reordenamiento pulsional que les permita la ruptura con los vínculos identificatorios anteriores.

En el caso de las Estériles contenerlas apoyarlas y ayudarlas a reelaborar los posibles y frecuentes efectos iatrogénicos de los tratamientos médicos que a menudo suelen ocasionar la erosión de su vida sexual y en general la de la pareja

completa, al estar sometida su vida un buen tiempo a estos tratamientos (67)(17)(50).

Lo mismo se deben contemplar planes de ayuda que posiblemente puedan llegar a necesitar algunas de las pacientes de Alto Riesgo para afrontar las secuelas que hubieran podido ocurrir en la salud física y/o mental de sus hijos, en algunos casos en que el riesgo haya incidido sobre sus productos. En estos casos los niños serán tratados en el Departamento de Desarrollo Infantil haciéndoles un seguimiento y las madres podran ingresar a las terapias de grupo para contenerlas en éstos por efectos adversos secundarios al parto por los que pueden estar atravesando los hijos.

Por otro lado por medio de la retroalimentación interdisciplinaria, sensibilizar a los médicos sobre todas estas cuestiones psicoemocionales involucradas alrededor de estas circunstancias reproductivas.

6.1. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

No obstante que la presente investigación cumplió satisfactoriamente con los postulados y predicciones que se plantearon en las hipótesis, pudiendo aseverarse que sus resultados son válidos con significancia estadística y psicológica para la muestra en que se llevó a cabo en las

condiciones y con el instrumento que se utilizó, es de señalarse que en su elaboración hubo varias limitantes.

Una de las más importantes fue, la a veces difícil captura de las pacientes, debido a que aunque existen acuerdos entre los diferentes departamentos del Instituto Nacional de Perinatología para cooperar en los diferentes protocolos de investigación que se llevan a cabo en esa Institución, el Servicio Médico de Consulta Externa encargado de canalizar a los diferentes tipos de pacientes hacia el Departamento de Psicología, muy a menudo, por la carga de trabajo que suelen tener olvidaban hacerlo de acuerdo a lo planeado; por lo que finalmente se tuvo que ir a apostarse dentro o en las inmediaciones de los consultorios médicos para convocar a las pacientes a participar en el estudio, aunque no fuera éste el modo más idóneo para lograr su colaboración.

Por otro lado las mismas pacientes debido a las constantes citas para estudios, análisis y consultas médicas, más la muy frecuente lejanía de sus hogares con respecto a la sede del Instituto aducían la dificultad para disponer de más tiempo que implicaba una o dos citas del Departamento de Psicología para la entrevista y la resolución del instrumento que se les tenía que aplicar.

De hecho el grupo de Oclusión Tubaria se formó únicamente con 30 pacientes porque el tiempo mínimo necesario para aplicarles el Tennessee después de haber sido ocluidas tuvo

que ser sólo de dos meses, porque para entonces pocas mujeres asistían todavía al Hospital para revisiones rutinarias, pues cada vez tenían menos razones para acudir a él.

De aquí partió la limitante en este grupo con respecto al corto período que tuvieron para desarrollar un ajuste mejor a su situación de Ocluidas. Y otra más sería el no haber rastreado más a fondo la actitud del cónyuge con respecto a la Oclusión aunque supuestamente la decisión para tomar esta medida incluía la voluntad de ambos.

Finalmente en el grupo de Alto Riesgo no se indagó el grado de información que estas mujeres tenían sobre las condiciones de salud, que finalmente también podían redundar en secuelas físicas y/o mentales para sus hijos.

SUGERENCIAS.

Por lo antes expuesto sería útil diseñar una investigación que tenga un muestreo aleatoria probabilístico con mujeres de otros estratos socio-económicos más altos y/o con mayores grados de cultura, inclusive de los medios intelectuales de mujeres universitarias con ocupaciones e intereses científicos, tecnológicos, humanísticos, literarios, sociales o artísticos.

También sería recomendable utilizar otra serie de instrumentos además del Tennessee como la prueba de

Satisfacción Marital, Eventos de la Vida, Idare y M.M.P.I. para lograr un enfoque más completo y establecer con mayor seguridad la implicación de otros factores que podrían estar afectando colateralmente al Autoconcepto.

Finalmente con respecto a los resultados referentes al nivel total de Autoestima y del Autoconcepto general es necesario tener presente que la Autoestima es un mecanismo dinámico que varía de acuerdo a los estado físicos y psíquicos, por influencias externas e internas constituyendo un proceso permanente y activo a la vez de modo que el grado o tipo de autoestima que se tiene en un momento dado está sometido a la influencia de las vivencias específicas de ese momento de la vida. Y que el Autoconcepto aunque constituye un sistema más complejo estable y permanente, no deja de ser susceptible al cambio y a la evolución por procesos de maduración, resignificación y reelaboración de sucesos y autorepresentaciones del pasado que por supuesto requieren de un mayor tiempo y trabajo personal (71). Por lo tanto estos resultados obtenidos deben ser considerados como si se tratara de una impresión fotográfica del Autoconcepto y Autoestima de estas mujeres estudiadas en un momento dado de su vida.

La capacidad de cambio en estos aspectos estaría dado por el tipo de estructura de personalidad previa con un mayor o menor estado de vulnerabilidad y conflicto, con mejores o deficientes mecanismos de adaptación y ajuste.

Para aquellas pacientes que resultaron más vulnerables y afectadas se requerirá de un necesario apoyo terapéutico, que les permita transitar nuevos caminos y configurar nuevos modelos de vida que ya no les lleve a vivir con frustraciones y/o culpa, su imposibilidad para ser como el Ideal Tradicional: la mujer-madre.

Sin embargo, para lograr un buen manejo de esto, el clínico debe estar entronizado y convencido de que el papel asimétrico y opresivo que le ha tocado desempeñar a la mujer es de por sí fuente de la mayoría de la conflictiva femenina y que para elevar en estas mujeres y en la mujer en general los niveles de salud mental es necesario reconocer y legitimar otros modelos de feminidad que ya no descansen únicamente en su biología ni para la seducción del varón ni para la maternidad, como las únicas y primordiales funciones de la mujer y sus únicas fuentes de narcisización y Autoestima (60)(9)(10).

La mujer como objeto de deseo y/o la mujer cuyo deseo primordial es el hijo deben dar lugar a la mujer sujeto de los deseos más diversos (sexuales, epistemológicos, de poder, en el sentido de actuar e incidir creativamente en el medio, etc.) (9). Un modelo femenino que pueda libremente desarrollar rasgos de personalidad tales como la asertividad, el locus de control interno, de seguridad y confianza en sus capacidades instrumentales y operacionales, de decisión y de orientación al logro que aunque tradicionalmente se

consideren masculinas deben estar en el bagaje psíquico de todo ser humano que los desarrolle como herramientas psíquicas necesarias para enfrentarse al mundo.

Así los requerimientos de la sociedad actual serán enfrentados por una mujer capacitada psíquicamente para hacerlo, pudiéndose desempeñar en el mundo con mayores opciones para escoger libremente su propio proyecto de vida que puede incluir a la maternidad o no, sin que necesariamente tenga que renunciar a ella tampoco, pero en un marco de libertad de circunstancias que le permitan desarrollarse de una manera más enriquecedora, autónoma e integral en los ámbitos que ella elija.

A P E N D I C E - A -

DOCUMENTO SOBRE ESTERILIDAD. Manuscrito de una esposa judía.

Con frecuencia se mencionan e incluso crean polémicas el aborto, y el control de la natalidad. Pero, ¿qué sucede con el reverso de la medalla, aquél tema tabú del que nadie habla? ¿Qué sucede con la infertilidad? ¿Quiénes, cuántos son aquellas mujeres que llevan el título de "mujer estéril"?

¿Por qué nuestro mundo no da cabida a esta mujer, haciéndola sentir que sin la capacidad de reproducirse su vida no tiene sentido?

¿Por qué su vida también tiene que ser estéril? ¿Por qué se le acosa, se le acusa, se le tiene lástima e incluso se le teme? ¿Por qué se le margina?

¿Qué es lo que esto representa para el hombre? A ambos se les señala en esta sociedad. A ambos se les culpa. Como si la reproducción fuera algo que un hombre y una mujer le "deben" a la suegra, a la madre, y por si fuera poco a toda la sociedad. Y la mujer se lo debe al marido. Y se busca al culpable como si fuera un criminal.

Un caso particular. Mucho tiempo después de estar sumida en el más profundo dolor y desesperación noté que no eramos los únicos.

Existen miles de casos de parejas con problema de infertilidad. Clínicas a donde asisten matrimonios con rostros angustiados y vergüenza en el semblante. Médicos que aún estan en la experimentación. Mujeres que se someten al martirio físico y emocional. El costo elevado que representa. La desilusión. La culpa con cada menstruación. ¡Otra vez he fallado!

¿Cómo nació esta obsesión?

Cuando eramos novios pensábamos tener dos hijos, a lo sumo tres, queríamos cuidarnos el primer año para disfrutar de nuestra vida juntos.

Bromeábamos diciendo: ¿Y si tenemos gemelos?

De vuelta de la luna de miel, la familia, los amigos y los simples conocidos me preguntaban en secreto: ¿Ya? ¿Ya? Lo mismo a él.

Con la primera menstruación sentí que lo defraudé.

(A las mujeres que les sucede lo mismo después de haber usado anticonceptivos, se les culpa por no haber deseado tener hijos. Se les hace sentir que ése es el castigo)

Mis amigas estaban embarazadas o tenían a sus bebitos, cambiaban la conversación cuando yo me acercaba; o bien me miraban de reojo, o me miraban con lástima. Mi madre se sentía culpable o agredida.

La estaba haciendo quedar muy mal.

Fuí por primera vez al ginecólogo, íbamos de incógnito. Yo me sentía asustada.

¿Cuántos años tienes?: 18

¿La edad de tu marido?: 22

Me recetó un termómetro para registrar la temperatura basal.

Tenía que usarlo durante 5 minutos todos los días, antes de levantarme o de poder ir al baño siquiera.

Tenía que llevar una gráfica y marcar los días en que teníamos relaciones sexuales. Nos convertimos en amebas bajo el microscopio.

La gente nos seguía preguntando. Nos daban recetas, amuletos, remedios caseros y sin haberlo pedido me hicieron una limpia. A los niños recién nacidos los protegían para que no les echara yo el "ojo".

Llevábamos ya un año y medio casados. Me llevaron a ver a tro especialista. Una eminencia. Me dió pastillas. A los cuatro meses de tratamiento, supe que se le murió una paciente en el parto. Se había embarazado después de siete años. El niño se logró. La familia nos prohibió seguir con ese médico. Volví con el primer ginecólogo. Al revisarme me dijo que tenía un ovario crecido. Había que operar. Fue dura la intervención quirúrgica *Nota: La cirugía era innecesaria. El ovario había

crecido por la estimulación de las pastillas que anteriormente había tomado. Hubiera vuelto por sí mismo a la normalidad.

** En el hospital más de una vez sentí el morbo de los médicos asistentes.

Tres años y nada. Seguía usando el termómetro.

Me cambié con otro especialista de renombrada fama. Consultorio de ultra-lujo. Me cambió el carácter. Después de varios meses, hacer el amor para nosotros no existía. Era una obsesión, era una rutina llena de angustia y plegarias.

Después de meses de dolorosas pruebas, el médico me hizo una biopsia.

Una prueba sencilla que se hace en el consultorio. Dos días más tarde me revolcaba de dolor. Me sacaron cargada del cine. Me llevaron al hospital. El médico no se presentó. No estaba de guardia. Ardía en fiebre. El dolor era como si tuviera un puñal clavado en las entrañas. El médico de guardia me revisó la lengua y dijo que no tenía nada. Me mandaron a mi casa.

El Hospital ABC Hilton.

Vomitó toda la noche. Seguía el dolor clavado y yo me revolcaba. Mi marido lloraba y se desesperaba. No me podía hacer nada. Regresé al hospital deshidratada. Un médico

gastroenterólogo amigo de la familia dijo que había que operar - ¿para qué?-

- A ver que encontramos -

Me sacaron del hospital y me llevaron al extranjero. Creían que era cáncer. Pruebas horribles. No hubo necesidad de operar. Fue una posible peritonitis (¿?).

Meses después me recomendaron una clínica en el extranjero, especializada en infertilidad. Me hicieron pruebas. El médico de lujo, muy conocido en esta clínica, por las intervenciones innecesarias a varias de sus pacientes, debido a su incapacidad profesional, jamás volvió a aparecer en mi vida. (Aún sigue ejerciendo)

Me había perforado el útero.

Las trompas se me habían llenado de adherencias.

Había que operar.

Duró seis horas la operación.

No sé de donde sacamos el dinero. Seguía usando el termómetro.

Comenzó el tratamiento.

Pruebas y más pruebas.

Cortisona. Me hinché como globo.

Iba todos los días a la clínica.

Diario inyecciones. Mi marido se regresaba a México. Recuperé mi peso. Cuando estaba ovulando le llamaba de larga distancia. Tenía que tomar el primer vuelo. Revisión postcoito.

Nos regresábamos los dos.

Nada.

Después de mi menstruación, regresaba.

se repetía lo mismo.

Tres años más.

Seguía usando el termómetro.

Todavía la gente me decía: "Que tengas un hijo varón". Empecé mi carrera. Siete años de casada: Tiré el termómetro a la basura.

Nueve años: Terminé mi carrera. Adopté un hijo. Vivíamos en un mundo de muertos. Mi marido no me hablaba. ¿Hacer el amor? ¿Ya para qué? Se burlaba. Los dos estábamos destruidos. Yo me volví un núcleo de angustia. El frío, calculador y déspota. No estaba yo siendo la madre perfecta. Cuantas y cuantas culpas.

Catorce años. Ya me siento más integrada como persona. Todavía no termina por derretirse el hielo entre los dos. Soy

una madre humana y adecuada, falible. El está todavía lleno de resentimiento. No ha podido recuperar su seguridad como hombre. Teme la impotencia. Ama al niño.

Ya no tengo que pagar por no haberle dado un hijo.

Nota: Recientemente fui al ginecólogo para una revisión rutinaria. Trató de convencerme de someterme a tratamiento para embarazar.

al estirpado como si fuera un (E)
abnormal

Un caso particular. Muchos tiempo
después de esta curación en el
más profundo dolor y desesperación
noté con un examen los úteros.

Existen miles de casos de parejas
con problemas de infertilidad. Mujeres
a veces son matrimonios con
problemas anatómicos, o vejigancia en
el momento. Médicos que aún están
en la experimentación. Mujeres que
se someten al tratamiento físico
y emocional. El costo elevado que
representa. La desilusión. La culpa
de la causa anatómica. El fin de las
~~esperanzas~~ ~~esperanzas~~ la felicidad

¿Cómo usar esta información?

Como un medio de información
para los médicos y los enfermos. Para
informar al público sobre el
problema de infertilidad y su
tratamiento. Para ayudar a
los médicos a decidir si se debe
operar.

De vuelta de la línea de
la vida, los amigos y los amigos
que se preocupan en secreto.
La vida se vuelve a él.

Con la primera menstruación sentí que lo defraudó.

(A las mujeres que los usados lo mismo después de haber usado anticonceptivos se les culpa por no haber usado tener hijos. Se les hace sentir que era su castigo.)

Mis amigos evitan conversaciones íntimas con mi mamá. Cuando hacen la conversación cuando le me asustaba, e incluso me hacían de veces. E me miraban con lastima. Pero seis meses de embarazo me usaron se sentía muy culpable y culpaba de haber nacido. ¿Por qué me?

Fui poco premiada con sus generosos. Siempre en camino de una buena amistad.

¿Cuántos años tienes? 16
¿En edad de mi mamá? 20.

Me usé con los mismos para registrar la temperatura cada.

Tenia que usarlo ^{durante cinco minutos} todos los días
antes de levantarme, ~~tenia que~~
~~usarlo~~ de puerca in al baño siguiente.

Tenia que hacer una grafica
y marcar los días en que teniamos
relaciones sexuales. Nos concentramos
en pararnos bajo el microscopio

ya ~~se~~ ~~me~~ ~~negaba~~ ~~propugnando~~.
Nos daban recetas, ~~omnibus~~ ~~recetas~~
caseros y sin haberlo pedido, nos
hicieron una limpieza a los
niños ~~recien~~ nacidos ~~los~~ ~~anda~~
preparan para que no les
hiciesen "yo se" "yo se"

Levabanos ~~en~~ ~~un~~ ~~auto~~ y ~~medic~~
dos ~~casados~~ ~~no~~ ~~teniamos~~ ~~a~~ ~~un~~
a otro especialista ~~una~~ ~~en~~ ~~una~~
ile ~~de~~ ~~familia~~ ~~tenia~~ ~~usando~~
el ~~tecnico~~ ~~de~~ ~~los~~ ~~cuatro~~
meses ~~de~~ ~~tratamiento~~ ~~que~~ ~~se~~
no ~~lo~~ ~~viene~~ ~~una~~ ~~paciente~~ ~~en~~
el ~~parto~~ ~~estaba~~ ~~en~~ ~~los~~ ~~parazos~~
después ~~de~~ ~~siete~~ ~~años~~ ~~del~~
nido ~~no~~ ~~logra~~ ~~la~~ ~~familia~~
no ~~podian~~ ~~requer~~ ~~con~~ ~~ese~~
medico ~~volv~~ ~~con~~ ~~el~~ ~~primer~~

me: hizo una biopsia. Una prueba
 crucial de ~~la~~ retina que
 - hace en el consultorio. Dos
 días más tarde me recalcaron
 el dolor. Me sacaron cargada
 del cine. Me llevaron al
 hospital. El médico me se
 presentó. No estaba de guardia
 había en firme. El dolor
 era como si tuviera un
 puntal clavado en las
 entrañas. Si me iba de
 guardia me avisé la
 semana y dije que me
 tenía nada. Me mandaron
 a mi casa. El hospital
 A.T.C. Illinois.

Van a ir a la noche. Llegó
 el dolor clavado, me me
 mandaron a mi casa. Si
 me ocupé de ir me
 podía hacer nada.

Epigastrio

~~Llegó~~ al hospital deshidratada.
 Un médico gastroenterólogo amigo
 de la familia dijo que había

¿Se operará? — ¿Para qué?
 & — ~~¿Para qué?~~ que ~~se operara~~ ~~se operara~~.

Me sacaron del hospital, y
 me llevaron al cirujano.
 Creían que era cáncer. Pruebas horribles.
 No hubo necesidad de operar.
 Fue una posible peritonitis.

Después, me ~~se~~ ~~operó~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 una cirugía ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ en ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~.

Me hicieron ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 médico de ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 a ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 volví a ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 algún ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 Me ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 me ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 solamente

Habría que operar.

Duró seis horas la operación.
 Me sé de ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~
 cirugía. Se ~~una~~ ~~operación~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~ ~~en~~ ~~el~~ ~~hospital~~

Comenzó el tratamiento.

Pruebas y más pruebas.

Persepolis. Me hinchó como globo.

Ibu todos los días a la clínica.

Diez inyecciones. Mi marido

se regresó a Viena. Recupere

mi peso. Cuando estaba con la

la. Me ablandó la lengua de estufo.

También que tener el primer vuelo.

Revisión post-cónc.

Vivo nuevamente los días.

Nada.

Después de mi intervención quedé

se repite lo mismo.

• con otros más

Se va usando el Tamoxifeno.

~~Se va usando el Tamoxifeno.~~ Todavía

la gente me dice: se va.

Se va a la clínica. ~~Se va a la clínica.~~ mi casaca

Siete meses. Se va al tamoxifeno a la

casaca.

Nueve meses: Tamoxifeno mi casaca. Adopté

un hijo. Viví en un

mundo se me olvidó. Mi marido

no me hablaba. ¿Hacen el amor?
 ¿Van para qué? ~~se~~ se besaba
 los dos estabamos desahogados.
 Yo me volví un modo de angustia.
 Sol, fiero, calculador y déspota.
 No estaba yo siendo la madre
 perfecta. Cuántas y cuántas culpas

Catorce años. Ya me siento
 más ^{integrada como} política. Todavía no termina
 por desentarse el hijo en sus
 los dos. Soy una madre leonesa
 y adecuada, fatible. Él está todavía
 lleno de conocimiento. Yo he
 perdido ~~comprender~~ su capacidad como
 sereno. Tiene la impotencia. Que
 al niño

Ya me tengo que pagar por
 no haberle dado un hijo.

Mira. Escarmentado. Fui al ginecólogo
 para una revisión rutinaria.
 Traté de convencirme de someterme
 a tratamiento para embarazarse.

A P E N D I C E - B -

LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

Durante los últimos años se han estado utilizando algunos instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo se ha continuado con la necesidad de tener una escala que sea sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multidimensional en su descripción de la autoimagen.

En 1965 El Dr. William Fitts inició uno de los programas más completos de investigación sobre autoconcepto. Una de sus primeras contribuciones ha sido el desarrollo y estandarización de la Escala Tennessee de Autoconcepto, quizá la más confiable que tenemos hasta ahora para la medición del mismo. El programa de Fitts a diez años de duración abarca no solo el desarrollo de formas de medición, sino también busca dar respuesta a las muchas interrogantes que nos presenta todavía el autoconcepto, como por ejemplo; el autoconcepto en relación a la adaptación, los factores que contribuyen al desarrollo del autoconcepto y como se puede predecir la conducta partiendo de él.

La Escala de Autoconcepto de Tennessee fué desarrollada para satisfacer esta necesidad, puesto que la autoimagen se ha convertido en un medio popular y tan importante para estudiar

y comprender el comportamiento humano, también se pensó que una escala adecuada para medir el autoconcepto proporcionaría el lazo que ataría los descubrimientos que se han logrado a través de las investigaciones y del trabajo clínico

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de su salud mental. Las personas que se ven a sí mismas como lo indeseable o "malas" tienden a actuar de acuerdo con esta idea.

Aquellas que tienen un concepto poco realista de sí mismos, tienden a enfocar la vida y a otras personas en forma también poco realista.

Aquellas que tienen autoconceptos desviados tienden a comportarse en forma desviada. Así pues, el conocimiento de como el individuo se percibe a sí mismo es muy útil para poder ayudarle o para evaluarlo.

La escala puede usarse para varios propósitos; en la consulta Psicológica, evaluación y diagnóstico clínico investigación en las ciencias del comportamiento, selección de personal, etc. ...

La escala consiste en cien afirmaciones autodescriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de si mismo.

La escala se autoadministra y se aplica a individuos o a grupos. Puede usarse con sujetos desde los catorce años que sepan leer. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas, sino también a pacientes psicóticos.

La escala está disponible en dos formas: Forma para Consulta Psicológica y Forma Clínica y de investigación. Con las dos formas se usa el mismo libreto y los mismos items. La diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles. La forma para consulta psicológica es apropiada para la autointerpretación y para comentarla en la entrevista con el sujeto y requiere menos sofisticación en psicometría y en psicopatología. La escala requiere de 10 a 20 minutos para ser contestada.

A continuación se describen las variables de la escala y su significado.

A.- Puntaje de autocrítica: (SC).

Esta escala está compuesta de 10 items. Estas son afirmaciones ligeramente devaluatorias que la mayor parte de

las personas admiten que son ciertas de si mismas; los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones con frecuencia están siendo defensivos y están haciendo un esfuerzo deliberado de presentar una imagen favorable de si mismos.

Los puntajes altos generalmente indican una capacidad normal, amplia y sana para la autocrítica. Los puntean extremadamente altos (arriba del percentil 99), indican que al individuo pueden faltarle defensas y puede de hecho estar patológicamente indefenso. Los punteos positivos están posiblemente elevados por esta defensividad.

B.- Puntajes positivos: (P)

Estos punteos se derivan directamente de un esquema de calificación fenomenológico. De un número de afirmaciones autodescriptivas que parecen contener tres mensajes primarios: 1) Estos es lo que yo soy. 2) Esto es como yo me siento conmigo mismo, por lo que soy. 3) Esto es lo que yo hago. Estos marcos de referencia se encuentran en las hojas de calificación distribuidos en tres categorías horizontales y cinco verticales.

1.- PUNTAJES TOTAL: (P).

Este es el punteo que puede considerarse por si solo como el más importante en la forma de consulta psicológica. Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con punteos altos tienden a estar contentos consigo mismos, se sienten que valen, tienen confianza en si mismos y actúan de acuerdo con esta imagen.

Las personas con punteos bajos dudan de su propio valer, se ven a sí mismos como indeseables, con frecuencia se sienten llenos de ansiedad, deprimidos, e infelices; tienen poca fé y confianza en sí mismos.

2.- HILERA 1 PUNTAJE P: IDENTIDAD.

Estas son las afirmaciones sobre "lo que soy" El individuo describe su identidad básica partiendo de como se ve a sí mismo.

3.- HILERA 2 PUNTAJE P: AUTOSATISFACCION.

Afirmaciones con la que el individuo describe sus sentimientos acerca del yo que él percibe. En general releva el nivel de satisfacción y autoaceptación.

4.- HILERA 3 PUNTAJE P: COMPORTAMIENTO.

Afirmaciones que dicen "Esto es lo que yo hago" o "Está es la forma en que actúo". Mide la percepción que el individuo tiene de su comportamiento y de la forma en que funciona.

5.- COLUMNA A: YO FISICO.

Presenta la visión del propio cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

6.- COLUMNA B: YO ETICO MORAL.

Descripción del Yo desde un marco de referencia ético-moral
Relaciones con Dios, Sentimientos de ser "bueno" o "malo".
Satisfacción con la religión o con la falta de ésta.

7. COLUMNA C: YO PERSONAL.

Refleja el sentimiento de valer personal que tiene el individuo de sí mismo, el grado en el 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: YO FAMILIAR.

Refleja los sentimientos propios de valer personal y de 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: YO SOCIAL.

Refleja los sentimientos de la persona respecto a su forma de relacionarse con las personas en general.

C.- PUNTAJE DE VARIABILIDAD (B).

Proporciona una medida sencilla de variabilidad o inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

1.- V TOTAL.

Representa el total de variabilidad entre todos los puntajes. Está en relación con la unidad o integración personal.

2.- COLUMNA V TOTAL:

Mide y resume la variaciones dentro de las columnas.

3.- HILERA V TOTAL:

Representa la suma de las variaciones en las diferentes hileras.

D.- PUNTAJE DE DISTRIBUCION (D):

Representa la suma que el individuo obtiene en la distribución de sus respuestas por medio de las cinco opciones que le representan al contestar cada afirmación de la escala.

Se puede interpretar como una medida adicional la autoimagen: La certeza o seguridad de cómo se percibe uno a sí mismo.

Las variables hasta aquí descritas se incluyen tanto en la forma para consulta psicológica como en la clínica y de investigación.

II.- A continuación se presentan aquellas variables que solamente se incluyen en la forma clínica y de investigación.

PROPORCION VERDADERO-FALSO (T/F).

Esta es una medida de los patrones de respuesta, una indicación de fiel enfoque del sujeto hacia la tarea tiene una fuerte tendencia a estar de acuerdo o en desacuerdo independientemente del contenido de las afirmaciones (Fitts, 1961).

El significado de la proporción T/F puede considerarse desde tres puntos de vista:

- 1.- Solamente como una medida de patrones de respuestas e interpretada en términos de los descubrimientos sobre el significado de los patrones de respuesta desviada.
- 2.- Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica. Distingue entre pacientes y no pacientes y tiene una correlación significativa con otros test.
- 3.- En relación con la psicología del YO. Grado en el que el individuo ha logrado la deficiencia de su YO o su autodescripción.

PUNTAJES NETOS DE CONFLICTO:

Tienen una relación estrecha con el puntaje V/F miden el grado de conflicto que existe entre las respuestas del individuo a afirmaciones positivas con afirmaciones negativas en la misma área de autopercepción. Esto representa una aplicación y definición operacional del término "Conflicto".

El puntaje p-n es una medida de conflicto. Existen dos diferentes tipos de conflicto:

CONFLICTO DE ASENTAMIENTO

Fenómeno que ocurre cuando P resulta mayor que N. Significa que el sujeto está sobre-afirmando sus atributos positivos.

CONFLICTO DE NEGACION

Lo opuesto al anterior N es mayor que P. Significa que el sujeto exagera la negación de sus atributos negativos.

TOTAL DE PUNTAJES CONFLICTIVOS:

Están en relación con la ausencia o presencia de confusión, contradicción y conflicto general en la autopercepción.

ESCALAS EMPIRICAS

Se trata de seis escalas que diferencian a un grupo de sujetos de otros.

ESCALA DEFENSIVA POSITIVA: (DP)

Proporciona una medida de defensividad más sutil que la escala SC, se basa en una hipótesis de la teoría del Self que postula que los individuos con problemas psiquiátricos

definidos registran conceptos negativos del Yo a determinados niveles de consciencia a pesar de que en un instrumento de este tipo presentan una descripción positiva de sí mismos, El puntaje es significativo en los dos extremos. Un puntaje alto indicaría una autodescripción positiva que resulta de una distrorsión definitiva. Un puntaje demasiado bajo indicaría la falta de defensa necesaria par mantener la autoestima.

ESCALA DE DESAJUSTE GENERAL: (GM).

Se componen de 24 items que diferencian a los pacientes psiquiátricos de los sujetos normales, pero no diferencian entre un grupo psiquiátrico y otro. Sirve como un índice general de ajuste-desajuste.

ESCALA DE PSICOSIS: (PSY).

Se basan en 23 items que diferencian entre psicóticos y otros grupos.

ESCALA DE DESORDENES DE PERSONALIDAD: (PD).

Consta de 27 items que diferencian este amplio grupo de diagnóstico de los demás grupos.

ESCALA DE NEUROSIAS: (N).

Consta de 27 items, indica la similitud con el grupo neurótico.

ESCALA DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD: (PI).

Consta de 25 items que diferencian a este grupo de otros. Este grupo se formó con personas que fueron juzgadas a través de varios criterios, como normales por su nivel de ajuste o integración de personalidad.

NUMERO DE SIGNOS DE DESVIACION: (NDS).

Diferencia entre pacientes y no pacientes. Es el mejor indice de perturbación psicológica que la escala presenta.

A continuación se anexa el cuadernillo que contiene las instrucciones, los cien reactivos y las cinco opciones con que estos pueden ser respondidos y que constituyen la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

I N S T R U C C I O N E S

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios en la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba solamente en la hoja de respuestas y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Ud. se describe a sí mismo tal como Ud. se ve. Conteste como si Ud. se estuviera describiendo a sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas, ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que Ud. escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre, escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que Ud. desea.

Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado - anote la hora en que terminó en el espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO".- Al comenzar, asegúrese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que Ud. ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS:

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE SI NO HA COMPRENDIDO CLARAMENTE LAS INSTRUCCIONES.

1.	Gozo de buena salud	1
3.	Soy una persona atractiva	3
5.	Me considero una persona muy desarreglado	5
19.	Soy una persona decente	19
21.	Soy una persona honrada	21
23.	Soy una persona mala	23
37.	Soy una persona alegre	37
39.	Soy una persona calmada y tranquilo	39
41.	Soy un "don nadie"	41
55.	Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema	55
57.	Pertenezco a una familia feliz	57
59.	Mis amigos no confían en mí	59
73.	Soy una persona amigable	73
75.	Soy popular con personas del sexo masculino	75
77.	Lo que hacen otras gentes no me interesa	77
91.	Algunas veces digo falsedades	91
93.	En ocasiones me enoja	93

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

2.	Me agrada estar siempre arreglado (a) y pulcro (a)	2
4.	Estoy lleno (a) de achaques	4
6.	Soy una persona enferma	6
20.	Soy una persona muy religiosa	20
22.	Soy un fracaso en mi conducta moral	22
24.	Soy una persona moralmente débil	24
38.	Tengo mucho dominio sobre mi mismo	38
40.	Soy una persona detestable	40
42.	Me estoy volviendo loco (a)	42
56.	Soy importante para mis amigos y para mi familia	56
58.	Mi familia no me quiere	58
60.	Siento que mis familiares me tienen desconfianza	60
74.	Soy popular con personas del sexo femenino	74
76.	Estoy disgustado (a) con todo el mundo	76
78.	Es difícil entablar amistad conmigo	78
92.	De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse	92
94.	Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor....	94

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

7.	No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a)	7
9.	Me agrada mi apariencia física	9
11.	Hay partes de mi cuerpo que no me agradan	11
25.	Estoy satisfecho con mi conducta moral	25
27.	Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios	27
29.	Debería de asistir más a menudo a la Iglesia	29
43.	Estoy satisfecho(a) de lo que soy	43
45.	Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser	45
47.	Me desprecio a mi mismo(a)	47
61.	Estoy satisfecho(a) de mis relaciones familiares	61
63.	Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera	63
65.	Debería depositar mayor confianza en mi familia	65
79.	Soy tan sociable como quiero ser	79
81.	Trato de agradar a los demás pero no me excedo	81
83.	Soy un fracaso en mis relaciones sociales	83
95.	Algunas de las personas que conozco me caen mal	95
97.	De vez en cuando me dan risa los chistes colorados	97

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

8.	No estoy ni muy alto(a) ni muy bajo(a)	8
10.	No me siento tan bien como debiera	10
12.	Debería ser más atractivo(a) para con personas del sexo opuesto	12-
26.	Estoy satisfecho(a) con mi vida religiosa	26-
28.	Quisiera ser más digno(a) de confianza	28
30.	Debería mentir menos	30
44.	Estoy satisfecho(a) con mi inteligencia	44
46.	Me gustaría ser una persona distinta	46
48.	Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente	48
62.	Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado si sus padres no viven)	62
64.	Me afecta mucho lo que dice mi familia	64
66.	Debería amar más a mis familiares	66
80.	Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente	80
82.	Debería ser más cortés con los demás	82
84.	Debería llevarme mejor con otras personas	84
96.	Algunas veces me gusta el chisme	96
98.	Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras	98

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

13.	Me cuido bien fisicamente	13
15.	Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia	15
17.	Con frecuencia soy muy torpe.....	17
31.	Mi religión es parte de mi vida diaria	31
33.	Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.	33
35.	En algunas ocasiones hago cosas muy malas	35
49.	Puedo cuidarme siempre en cualquier situación	49
51.	Acepto mis faltas sin enojarme	51
53.	Hago cosas sin haberlas pensado bien	53
67.	Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares	67
69.	Me intereso sinceramente por mi familia	69
71.	Siempre cedo a las exigencias de mis padres	71
85.	Trato de comprender el punto de vista de los demás	85
87.	Me llevo bien con los demás	87
89.	Me es difícil perdonar	89
99.	Prefiero ganar en los juegos	99

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE, FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

SCORE SHEET
Clinical and Research Form
Tennessee Self-Concept Scale

NAME	SCHOOL GRADE	SEX	AGE	DATE	TIME STARTED	TIME FINISHED	TOTAL TIME
------	--------------	-----	-----	------	--------------	---------------	------------

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

N TERMS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF				COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF				COLUMN C PERSONAL SELF				COLUMN D FAMILY SELF				COLUMN E SOCIAL SELF				SELF CRITICISM		ROW TOTALS													
	P-1	P-2	N-4	N-6	N-8	P-18P-20P-21	N-22N-23N-24	P-27P-28P-29	N-40N-41N-42	P-55P-56P-57N-68N-69N-70	P-73P-74P-75	N-76N-77N-78	91	92	93	94	Posi. Tot. P + N	Confl. Tot. Algebr. E (P - N)	Total Non-Algebr. E (P - N)	Varia. Range P - N																
IDENTITY	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	95	96	97	98				
WHAT HE IS	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3								
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2								
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1								
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N												
	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N																		
SELF SATISFACTION HOW HE ACCEPTS HIMSELF	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5								
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4								
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3								
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2								
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1								
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N												
	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N																		
BEHAVIOR HOW HE ACTS	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5								
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4								
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3								
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2								
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1								
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N												
	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N	P + N	P - N																		
TOTAL POSITIVE (E + N)																																				
E (Algebr.) P - N																																				
N (Algebr.) P - N																																				
V. (Range of P - N Col. Scores)																																				

DISTRIBUTION OF RESPONSES

NUMBER OF 5's = 45 7's = 15 9's = 15 T/F = 90 =

SELF CRITICISM RESPONSES = 10

TOTALS = 100

D = + + + + =

EMPIRICAL SCALES

DP = - - - - =

GM = - - - - =

PSY = (100 +) - () =

PD = - - - - =

N = - - - - =

P = - - - - =

PUBLISHED BY
COUNSELOR RECORDINGS AND TEST
BOX 1818 ACKLEN STA
NASHVILLE, TENN. 37202

**Perfiles gráficos de los puntajes
del Tennessee en que se encontraron dife
rencias estadísticamente significativas
entre los cuatro grupos estudiados.**

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Amoros, C. (1985): Hacia una crítica de la razón patriarcal. (1a. ed.). Madrid. Anthropos.
- 1'.- Badinter, E. (1981): ¿Existe el amor maternal? Barcelona: Paidós.
- 2.- Baker, M. J. (1975): Hacia una nueva psicología de la mujer. Barcelona: Argos Vergara.
- 3.- Bartra, R. (1987). La jaula de la melancolía. México: Grijalbo.
- 4.- Basaglia, F. (1985): Mujer, locura y sociedad. Puebla: Univ. de Puebla.
- 5.- Basaglia, F. (1986): Una voz: Reflexiones sobre la mujer. Puebla: Univ. de Puebla.
- 6.- Benería, L. (1984): Reproducción, producción y división sexual del trabajo. Rep. Dominicana: Cipaf.
- 7.- Bleichmar, N. M., Leiberman, C. (1989): El psicoanálisis después de Freud. México: Elcia.
- 8.- Braunstein, N. A.: ¿Cómo se constituye una Ciencia?. En Braunstein N.A., pasternac, M., Benedicto, c. Seal, F. Psicología Ideología y Ciencia
- 9.- Burin, M. (1987): Estudios sobre la subjetividad femenina. Buenos Aires. Controversia.

- 10.- Burin, M. (1990): El malestar de las mujeres. México: Paidós.
- 11.-Chodorow, N. (1984): El ejercicio de la maternidad. (1a. Ed) Barcelona: Gedisa.
- 12.-De Beauvoir, S. (1985): El segundo sexo. Benos Aires: Siglo XX.
- 13.- De Miguel, J. M. (1979): El mito de la inmaculada concepción. Barcelona:Anagrama.
- 14.-Díaz-Loving, R., Díaz-Guerrero, R., Helmreich, R. L. Y Spende, L. T. (1981): Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculino (instrumentales) y femeninos (expresivos). Revista de la Asoc. Latinoamericana de Psic. Social, Vol 1, No. 1 (3-32).
- 15.-Dio Bleichmar, E. (1985): El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid: Adotraf.
- 16.-De Ceccaty, M (1965): Ensayo de enunciado biológico. En Belvet, P., Bernard, J. et al La sexualidad. México:Manual Moderno (71-85).
- 17.-Eck, M. B. (1980): The emotional needs of infertile couples. Modern Trends. Vol 34, No. 4 E.E.U.U. (313-319).

- 18.-Engels, F. (1980): El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. (3a. Ed.)_México: Editores Unidos Mexicanos, S.A.
- 19.-Flores, P. F. (1989): El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo. En Bedolla, M. P., Bustos, R. O., Flores, P. F., García, G. B. (Compils). Estudios de género y feminismo I. México: Fontamara (85-102).
- 20.-Fitts, W. H. (1965): Tennessee Self Concept Scale. Nashville Tennessee Counselor Recording and Test Manual. Western Psychological Services
- 21.-Freud, A. (1990): El yo y los mecanismos de defensa. (6a. reimpresión)_México: Paidós.
- 22.-Freud, S. (1989): Introducción al narcisismo y otro de ensayos. México: Alianza Editorial (7-37).
- 23.-Guilligan, C. (1985): La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. (1a. Ed) México: F.C.E.
- 24.-González de Alba, L. (1990): Amor y diferencias En Debate feminista. Año 1, Vol 1, México (200-207).
- 25.- Gotwald, W. H., Holtz, G. G. (1983): Sexualidad la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- 26.- Hartmann, H. (1987): Ensayos sobre psicología del Yo. México: F.C.E.

- 27.-Heller, A. (1985): Historia y vida cotidiana. México. Grijalbo.
- 28.-Horney, K. (1989): Psicología femenina. México: Alianza Editorial.
- 29.-Jauregui, J. (1990): Las estructuras elementales del parentesco de Claude Levi-Strauss por Simone de Beauvoir. Debate feminista. México. Año 1, Vol 1, (294-302).
- 30.-Jimenez, D.M. (1989): La construcción del ser mujer desde la vida cotidiana. En Bedolla. M.P., Bustos, R.O., (Compils). Estudios de género y feminismo I. México: Fontamara (103-115).
- 31.-Jonas, D. F. (1988): La vida, la muerte, la conciencia de la muerte. En Toynbee, A. Koestler, A. La vida después de la muerte. México: Hermes (213-227).
- 32.- Kanoussi, D. (1989): La crítica feminista de la cultura. Memoria Vol 4 No. 28 Centro de estudios del movimiento obrero y socialista (9-23).
- 33.-Kaplan, H. A. (1979): El sentido del sexo. México: Grijalbo.
- 34.-Katchadourian, H. A. (compilador) 1984: La terminología del género y del sexo. La sexualidad humana. México: F.C.E. (15-45).

- 35.-Lagarde, M. (1990): Cautiverio de las mujeres: madres esposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM.
- 36.-LAMAS, M. (1986): La antropología feminista y la categoría de género. Nva. Antropología Vol 3, No. 30, México. (173-193).
- 37.-Langer, M. (1983): Maternidad y sexo. Barcelona. Paidós.
- 38.-Linton, R. (1986): La historia natural de la familia. En Fromm, E. Horkheimer, Parsons, T.. La familia. Barcelona: Edic. Península (5-29).
- 39.-La Rosa , J. (1986): Escalas y locus de control y autoconcepto, construcción y validación. UNAM Tesis de doctoraro en psicología social. 277 p.
- 40.- La salud de la mujer en México. Sist. Nac. de Salud (1990).
- 41.-Levi-Strauss, C. (1974): La familia. En Levi-Strauss, C., Spiro, M. E., Gough, K. Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. Barcelona. Anagrama (7-49).
- 42.-Lewontin, R. C., Rose, C., Kamin, L. J. (1987): No esta en los genes. Barcelona: Crítica.
- 43.-Ley, CH. E. (1987): Repercusiones biopsicosociales de la oclusión tubaria en las mujeres. Actualidades en ginecología y obstetricia. Vol 3 México. (265-272).

- 44.-Marcuse, H. (1971): Razon y reproducción. Madrid. (8a. reimpresión) Alianza Editorial.
- 45.-Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R. C. (1987): La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo.
- 46.-Meillassoux, C. (1987): Mujeres, graneros y capitales. México: Siglo XXI.
- 47.-Michel, A. (1974): Sociología de la familia y del matrimonio. Barcelona: Península.
- 48.-Millet, K. (1975): Política sexual. México: Aguilar.
- 49.-Mitchel, J. (1985): La condición de la mujer. México: Extemporáneos.
- 50.-Morales, C. F. Repercusiones emocionales de la reproducción. En Karshmer, S. (Ed): Temas Selectos en Reproducción Humana. Inst. Nac. de Perinatología México, D.F. 1989 (753-762).
- 51.-Morales, C. F. : La pareja estéril. Aspectos emocionales. En Atkin, L. Arcelus, M., Fernández, A., Tolvert, E. (Eds.): La Psicología en el Ambito Perinatal. Inst. Nac. de Perinatología. México D.F. 1988 (88-101).
- 52.-Naranjo, C. (1981) (compiladora): La mujer y la cultura: Antología. México: S.E.P.

- 53.-Normas y procedimiento de obstetricia. Inst. NC. de Perinatología. (1987).
- 54.-Olivier, CH. (1987): Los hijos de Yocasta. México: F.C.E.
- 55.-Pick de Weiss, S. (1979): Un estudio social psicológico de la planificación familiar. México: Siglo XXI.
- 56.-Parsons, T. (1987): La estructura social de la familia. En Fromm, E., Horkheimer, Parsons, T. La familia. Barcelona: Edic. Península (31-65).
- 57.-Ramírez, B. (1977): Infancia es destino. México: Siglo XXI. (177-186)(187-190)
- 58.-Rincon, C. E. (1969): La imagen corporal. México. UNAM. Tesis de Doctorado.
- 59.-Rubin, G. (1986): El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. Nva. Antropología Vol 7. No. 30. México (95-145).
- 60.-Saal, F. (1991): Algunas consecuencias políticas de la diferencia Psíquica de los sexos. En Lamas, M. y Saal, F. (compils). La bella (in)diferencia. México: Siglo XVI (10-34).
- 61.-Sacks, S. (1984) Engels revisitado: Las mujeres, la organización de la producción y la propiedad privada. En Harris, O. y Young, K. Antropología y feminismo. Anagrama. (11-37).

- 62.-Schilder, P. (1987): Imagen y apariencia del cuerpo humano. México: Paidós.
- 63.-Tamayo, A. (1982): Autoconcepto, sexo y estado civil. Revista de la Asoc. Latinoamerica de psicología social. Vol 2. No. 2. (3-15).
- 64.-Texier, G. (1965): Sexualidad femenina y maternidad. En Belvet, P., Bernard, J., et al. La sexualidad. México: Manual Moderno (334-344).
- 65.-Trimbos, C. (1968): Hombre-mujer. Buenos Aires. Ediciones Carlos Lohle.
- 66.-Valderrama, G. A. (1988): Perfil psicológico de pacientes del INPER con un embarazo de curso normal. Tesis de licenciatura UNAM.
- 67.-Wright, J., Allard, M., Lecours, A., Sabourin, S. (1989): Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. Int. J. Fertil 34 (2), (126-142).
- 68.-Youngs, D. D., Wise, T. N. (1980): Psychological sequale of elective gynecologie surgery. Psychosomatic obstetric and Gynecology U.S.A.
- 69.-Zarate, A. C., MC Gregor, C. (1987): Manejo de la pareja estéril. México: Trillas.
- 70.-Haynal, A. Pasini, W. (1984): Manual de medicina psicosomática. México: Masson Edit.

71.-Bar-on, B.J.L. (1985): Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. Tesis de Doctorado en Psicol. Clinica. México:UNAM.

72.-Freden, L. (1986): Aspectos psicosociales de la depresión. México F.C.E.

"FE DE ERRATAS"

- INDICE- Pag. # 1.- (1. 3. 4.) faltó una "a" en la palabra psicoanalítico.
- INTRODUCCION.- Pag. 2.- Renglón 11.- faltó una "i" en la palabra limitándose.
- Pag. 5.- Renglón 6.- dice: complió en lugar de cumplió.
- Pag. 5.- " 17.- faltó una "a" en la palabra terapéutica.
- Pag. 11.- " 9.- faltó una "r" en la palabra natural.
- Pag. 29.- " 20.- dice "acojida" debe ser acogida.
- Pag. 46.- " 12.- faltó una "a" en la palabra desigualdad.
- Pag. 47.- " 2.- faltó una "a" en la palabra cualquier.
- Pag. 48.- " 20.- sobra una "r" en la palabra heterosexual.
- Pag. 49.- " 17.- dice "expactativa" en vez de expectativa.
- Pag. 49.- "" 25.- faltó una "e" en la palabra pude.
- Pag. 52.- " 7.- faltó una "i" en la palabra sere.
- Pag. 59.- " 1.- sobra una "r" en la palabra intergrados.
- Pag. 89.- " 2.- dice: llagan en lugar de llegan.
- Pag. 90.- " 5.- dice: "preceptivas" y creo que debe decir perceptivas.
- Pag. 99.- " 19.- duda: deferenciación?(no conozco esta acepción).
- Pag.101.- " 25.- sobra una "r" en la palabra prodría.
- Pag.103.- " 9.- dice "sucita" debe decir suscita.
- Pag.116.- " 20.- dice "excenta" debe decir exenta.
- Pag.125.- " 7.- dice "noscciva" debe decir nociva.
- Pag.137.- " 8.- dice "acusiante" debe decir acuciante.
- Pag.139.- " 25.- dice "sucita" debe decir suscita.
- Pag.151.- " 10.- dice "meterternidad" en lugar de maternidad.
- Pag.158.- " 14.- dico "aservo" debe decir acervo.
- Pag.201.- " 8.- faltó una "a" en la palabra varible.
- Pag.226.- " 3.- letras invertidas en la palabra "desviación".
- Pag.231.- " 1.- faltó una "a" a la palabra igualmente.
- Pag.237.- " 20.- letras invertidas en la palabra media.
- Pag.240.- " 5.- dice "ideosincrática" debe decir idiosincrática.
- Pag.240.- " 19.- sobra una "r" en la palabra altros.
- Pag.247.- " 17.- dice "ascendrados" debe decir acendrados.
- Pag.248.- " 3.- sobra una "e" en la palabra "obtenidos".
- Pag.248.- " 19.- dice "acerva" debe decir acerba. (en este caso)
- Pag.249.- " 22.- se omitió la preposición "de" después de la palabra grado.