



120
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DEL IMPACTO EMOCIONAL
EN HOMBRES Y EN MUJERES ESTERILES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LIC. EN PSICOLOGIA

PRESENTA :

MARGARITA PERALTA HERNANDEZ

ASESOR : MTRO. FRANCISCO MORALES CARMONA
ASESOR ESTADISTICO : MTRA. SOFIA RIVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
MEXICO, D.F.

1992



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.

INDICE

Tema	Página
INTRODUCCION	3
CAP. I ASPECTOS ANTROPOLOGICOS DE LA ESTERILIDAD	7
CAP. II LA ESTERILIDAD	21
A) Significado de la esterilidad	
B) Tipos de esterilidad	
C) Esterilidad fisiológica	
D) Impacto emocional de la esterilidad	
CAP. III ANSIEDAD Y DEPRESION	38
-ANSIEDAD	38
A) Definición de ansiedad	
B) Tipos de ansiedad	
C) Ansiedad normal y patológica	
D) Aproximaciones teóricas sobre la ansiedad	
E) Factores predisponentes y precipitantes	
F) Síntomas de la ansiedad	
-DEPRESION	52
A) Historia de la depresión	
B) Duelo y melancolía	
C) Clasificación de la depresión	
D) Factores predisponentes y precipitantes	
E) Características de la depresión	
-ANSIEDAD Y DEPRESION	68
A) Diferencias entre ansiedad y depresión	
B) Ansiedad, depresión y género	

CAP. IV METODO	77
CAP. V RESULTADOS	85
CAP. VI DISCUSION DE RESULTADOS	101
CAP VII CONCLUSIONES Y LIMITACIONES	122
BIBLIOGRAFIA	149

INTRODUCCION

La esterilidad es un problema que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes. La fertilidad de los campos, animales y del propio ser humano era y sigue siendo importante para el contexto en que se desarrolla éste último, por tanto el tener hijos no sólo ha significado el preservar la especie, sino el estatus económico, político, cultural, etc.

Veevers, en 1980⁴ menciona que sólo el 5% de las personas casadas en el mundo no desean tener hijos, por tanto argumenta que el rol de la paternidad-maternidad continúa siendo uno de los objetivos de la vida para muchos hombres y mujeres.

La importancia de alcanzar este objetivo ha sido reforzado a través de los tiempos, ya que la paternidad-maternidad influye en el desempeño personal, aceptación social, madurez, identidad sexual, ajuste emocional, religión, etc.

Hoy en día, aunque pareciera ser que el deseo de tener hijos disminuye, por lo menos en nuestra sociedad mexicana, la finalidad de la familia, la sexualidad y del propio individuo es en buena medida la procreación de los hijos.

Además, cuando las personas se percatan de que son estériles, el tener descendencia se convierte en una obsesión, ya que en nuestra cultura, en ciertas etapas de la vida, la fertilidad da identidad y valor social.

Muchas veces se piensa que la esterilidad es un problema
citado por Daniluk en 1968.

trivial. Asimismo, es difícil determinar exactamente cómo la esterilidad impacta positiva o negativamente al individuo (Daniluk, 1988), pero lo que sí se sabe es que la esterilidad ha sido reportada como la experiencia más desagradable (Fagan, 1986).

El proceso de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad causa un profundo impacto en la vida de los individuos, lo cual se ve incrementado cuando el tratamiento es prolongado y no con un buen pronóstico, es decir, cuando el paciente ve que no puede concebir como lo había planeado, por tanto el componente psicológico aumenta.

En la mayoría de los casos, la persona estéril pierde autoestima, confianza, seguridad, salud y sus relaciones interpersonales y sexuales se ven deterioradas.

Hoy en día se sabe, médicamente, que la esterilidad es un trastorno propio de la mujer y del hombre. Sin embargo, la sociedad sigue asociando la esterilidad a la mujer, por tanto cuando el varón es estéril, tiene que enfrentar su propia actitud hacia la esterilidad, así como la de la sociedad, que por lo general es de rechazo y desvalorización.

Por tanto, cabría preguntar si al varón le impacta en la misma forma la esterilidad, o en mayor grado que a la mujer; si presenta ansiedad y depresión como sintomatología primaria, o bien si las características de personalidad se modifican después de un lapso de 5 años o más de tratar de concebir.

Para dar respuesta a estas interrogantes y motivados por la escasez de investigaciones psicológicas en torno al varón

estéril, la presente investigación tiene como objetivo central estudiar el impacto emocional que causa la esterilidad en el varón a través de la comparación con las mujeres estériles, teniendo como variables dependientes a la ansiedad, depresión y características de personalidad.

Para que los resultados reflejaran una mayor confiabilidad, fue necesario comparar los grupos de hombres estériles y mujeres estériles con dos grupos control: hombres fértiles y mujeres fértiles.

Para sustentar el presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica que abarca tres capítulos.

En el capítulo uno, se aborda la esterilidad desde el punto de vista histórico, antropológico y social, aspectos que influyen directamente en la actitud que tiene el individuo y la sociedad hacia la esterilidad.

El segundo capítulo consiste en una recapitulación de las investigaciones que se han hecho sobre la esterilidad desde el punto de vista físico y psicológico, lo cual permitió delimitar el contexto de este trabajo.

En el tercer capítulo, se abordan las diferentes aproximaciones teóricas que explican la depresión y la ansiedad, con el propósito de entender los cambios anímicos que produce la esterilidad.

El cuarto capítulo comprende la metodología de la presente investigación, en donde se mencionan los objetivos de la misma, las variables estudiadas, las hipótesis, las características de la población, los instrumentos utilizados y el procedimiento

estadístico empleado.

Los capítulos 5 y 6 abordan los resultados y el análisis de los mismos; el capítulo 7 comprende las conclusiones y las limitaciones de la presente investigación.

Finalmente se presentan las tablas y gráficas que resumen los resultados obtenidos y que apoyaron el análisis de resultados; y la bibliografía.

CAPITULO I

ASPECTOS ANTROPOLOGICOS DE LA ESTERILIDAD

La esterilidad es un problema que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes. Ya desde los tiempos primitivos se encuentran testimonios de la existencia de ritos para propiciar la fertilidad de los animales, los campos y del propio ser humano; por tanto el tener hijos no sólo ha significado el preservar la especie, sino el estatus económico, político, social y cultural.

El concepto de esterilidad y sus correspondientes implicaciones tienen su origen a la par del desarrollo de la familia a través de la historia de la humanidad, la cual según Morgan¹, se divide en salvajismo, barbarie y civilización.

Se denomina salvajismo al período en donde surge el lenguaje articulado, se emplea el fuego, el arco y la flecha.

El período de la barbarie comienza con la introducción de la alfarería; la domesticación de los animales; la agricultura; el uso de los metales; y se aprendía a incrementar la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano.

La civilización es el período en que el hombre sigue aprendiendo a elaborar los productos naturales, en donde surge la industria y el arte.

Existen tres formas principales de matrimonio o familia que corresponden aproximadamente a estos 3 estadios según Morgan²:

Al salvajismo corresponde el matrimonio por grupos, a la

1,2 Citado por Engels en 1884.

barbarie el matrimonio sindiásmico y a la civilización la monogamia.

En el matrimonio por grupos, los sistemas de parentesco diferían de los reinantes hoy en día; así, cada hijo tenía varios padres y madres, ya que los hombres practicaban la poligamia y sus mujeres la poliandria, por tanto los hijos de unos y otros se consideraban comunes.

Según Bachofen³, en ninguna forma de familia por grupos podía saberse con certeza quién era el padre de la criatura, pero sí quién era la madre, por tanto, la descendencia sólo podía establecerse por línea materna, lo que se conoce como matriarcado.

Con la creciente complicación de las prohibiciones del matrimonio, se hizo cada vez menos posible las uniones por grupos, lo cual dió lugar a que surgiera la familia sindiásmica, que se caracterizaba por el hecho de que el hombre vivía con una mujer, pero de tal suerte que la poligamia y la infidelidad ocasional seguía siendo un derecho para los varones, quienes exigían la fidelidad de la mujer.

El surgimiento de esta forma de familia de alguna manera se encontraba ligado a la importancia que ya empezaba a tener la procreación, ya que según Morgan⁴ "el matrimonio entre tribus no consanguíneas engendra una raza más fuerte tanto en el aspecto físico como en el mental" (pag. 55)

En la familia sindiásmica existía un reconocimiento especial a la madre, ya que seguía prevaleciendo el matriarcado ante la

3,4 Citado por Engels en 1884.

imposibilidad de conocer con certidumbre al verdadero padre.

Con el descubrimiento de la agricultura, el hombre se vuelve sedentario y el tener hijos se convierte en una necesidad, pues había que cultivar la tierra, domesticar animales; por tanto se necesitaban más personas para realizar estas actividades, y que mejor que los propios hijos.

Así pues, a medida que las riquezas iban en aumento, el hombre iba obteniendo una posición más importante que la mujer en la familia, y ante la necesidad de heredar los bienes a sus propios hijos abolió el matriarcado e instituyó el patriarcado (Engels, 1953), es decir, en la familia regida a través del matriarcado, los bienes que heredaban los hijos eran aquellos que provenían de la madre, ya que todo aquello que poseía el varón, al momento de su muerte, pasaba a manos de sus hermanos sobrinos, o de aquellos familiares consanguíneos por línea materna más próximos, por tanto el hombre nunca aspiraba heredar a sus hijos, lo cual se modificó al instaurarse el patriarcado.

Los hijos y el trabajo de horticultor, eran dos elementos que contribuían a garantizar la expansión y continuidad del grupo, por tanto la mujer representaba una inversión para el patrilineaje de su padre y su marido, de ahí que la riqueza se midiera con base en el número de hijos (Martín, 1978).

Cuando una mujer era estéril, el hombre podía tomar a una hermana de su esposa para reemplazarla, afirma Levi-strauss⁵.

En el sistema patrilineal, la mujer era valorada por el

⁵ Citado por Shapiro en 1975.

número y cualidades de sus hijos. La esterilidad, una infertilidad relativa, la frecuencia de abortos, la elevada incidencia en la mortalidad infantil postnatal, eran fenómenos que reducían notablemente la categoría de una esposa (Martín, 1978).

El embarazo y el parto eran acontecimientos importantes entre los antiguos y existían supersticiones, ritos, ceremonias y eventos especiales, por lo que la mujer embarazada hacía uso de ellos para protegerse.

La soltería como la esterilidad producían un auténtico sentimiento de repulsión. Sin duda la pareja o el individuo sin hijos podía ganarse la vida, pero nunca llegaban a alcanzar un estatus completo dentro del grupo, ni más allá del mismo (Martín, 1978).

El tener hijos también tenía su repercusión en los ancianos y difuntos, pues sólo a través de ellos se podía esperar reconocimiento y culto (Martín, 1978).

En general la imposibilidad de concebir significaba un castigo de los dioses, una disminución en el patrimonio familiar, la imposibilidad de heredar los bienes y el poder.

Existen actualmente algunas sociedades en las que aún prevalece el matriarcado sin llegar a la familia monogámica.

Los tiwi que viven en Australia, consideran a las mujeres como magníficos bienes económicos. Las mujeres estériles son conceptualizadas como inmaduras, y sea cual sea su edad cronológica, nunca pueden ocupar posiciones importantes (Martín, 1978).

A menudo la mujer sólo puede alcanzar la adultez cuando llega a dar a luz un hijo varón, en esta comunidad.

Cuanto mayor es el número de hijos, mayor éxito tendrá la empresa familiar y más seguro estará el marido cuando llegue a la ancianidad.

Engels en 1884, habla de que el derrocamiento del derecho materno establece la procreación como principal función de la mujer, por tanto el establecimiento del patriarcado da paso a la monogamia para asegurar la fidelidad de la mujer y la paternidad de los hijos, de ahí que el fin expreso de la monogamia es la procreación de los hijos, cuya paternidad sea indiscutible, lo cual es necesario para que éstos posean los bienes del padre.

El suelo cultivable se distribuye entre los familiares particulares; el paso a la propiedad privada completa se realiza poco a poco, paralelamente al tránsito del matrimonio sindiásmico a la monogamia, donde la familia empieza a convertirse en la unidad económica de la sociedad.

Por tanto la importancia de procrear hijos radicaba en una cuestión meramente económica, incluso se llegó a tal extremo, entre los atenienses, según Engels (1953), que cuando el producto de la venta de un lote de tierra no bastaba para cubrir el importe de una deuda, el deudor tenía que vender a sus hijos como esclavos en el extranjero para satisfacer a su acreedor.

Dentro de las sociedades con familia monogámica la esterilidad propiciaba que el varón tomara una segunda mujer,

costumbre muy difundida entre los griegos.

En este período la mujer tenía valor a la par de su fertilidad. En Atenas, por ejemplo, la mujer fuera de la procreación de los hijos no era para el varón sino simple servidumbre.

En cuanto a la sociedad mexicana, se puede decir que ya desde sus orígenes también la fertilidad era un aspecto importante.

De acuerdo a los documentos existentes que narran la historia de nuestro país, los aztecas (pueblo del grupo náhuatl) llegaron a formar el estado más importante del México prehispánico.

Siendo al principio una tribu insignificante y poco tolerada por sus vecinos, llegó a constituir no sólo la potencia más vigorosa de Mesoamérica, sino también fue portadora de las grandes culturas del continente americano, teniendo su mayor esplendor en el siglo XV.

Como en todas las sociedades, la familia constituía la base de la cultura azteca, regida a través del patriarcado, donde se practicaba la poligamia.

El varón estaba obligado a cultivar un nuevo campo por cada mujer que toma. De este modo, la generalidad de los hombres se conformaban con una sola mujer, siendo los varones con mejor posición económica y social los que podían mantener un mayor número de mujeres (Riva, 1985).

La mujer azteca no tenía más misión que la de procrear hijos y atender las necesidades domésticas. El varón por el contrario

era educado para la guerra o el sacerdocio principalmente.

Fray Bernardino de Sahagún relata en La Historia General de las Cosas de la Nueva España, que los nahoas o aztecas tenían infinidad de ritos y costumbres, encontrándose entre los más importantes aquellos relacionados con la concepción, embarazo y nacimiento de los hijos.

Por lo menos en las familias de clases superiores, la mujer recibía atentos cuidados, la cual a partir del momento de la concepción quedaba bajo la protección de los dioses de la generación y de la salud, de Teteoinnan, la madre de las diosas, patrona de las parteras, y de Ayopechtli divinidad menor femenina que presidía los partos.

Cuando una mujer anunciaba que estaba embarazada se organizaban fiestas solemnes, donde se comía, se bebía y se agradecía a los dioses por permitir la fertilidad de dicha mujer.

Al séptimo u octavo mes del embarazo se reunían nuevamente para buscar una partera bien instruida.

En ocasiones las mujeres morían durante el parto, entonces se les consideraba que eran divinas y se les adoraba. Antes de ser sepultadas, se realizaba una ceremonia para que las difuntas pudieran penetrar en la casa del sol, donde residían las mujeres guerreras y valientes.

Entre los aztecas se tenía la creencia de que la esterilidad era un castigo a la promiscuidad, y a su vez, la monogamia persistente era recompensada con la concepción (Soustelle, 1955)

Así también los tribunales autorizaban al hombre, repudiar a la mujer si probaba que era estéril o descuidaba las tareas del hogar (Soustelle, 1935)

Santiago Ramírez afirma en 1977, que entre los aztecas "la mujer era progenie, no sexo, la alegradora tenía el vientre echado a perder, porque había dejado de ser un vientre de progenie y lo era de deseo, así también considera que el azteca tenía un padre distante y temido, una madre pródiga y sobreprotectora, una sexualidad prohibida y una maternidad apludida" (pag.150).

No sólo en la cultura azteca se encuentran vestigios de la importancia que se le daba a la fertilidad; también entre los chichimecas, cuando una mujer estaba embarazada, el marido le daba calores con fuerza por las espaldas y cuidaban de ella cuidadosamente hasta el momento del parto (Sahagún, 1969)

Las mujeres otomies cuando eran niñas se dejaban crecer el cabello, lo lucían suelto, pero nunca lo tocaban, cuando la mujer daba a luz entonces podía tocarse el cabello.

Así también en esta cultura acostumbraban casarse muy jóvenes, sin embargo cuando una mujer a cierta edad no lo hacía se le obsequiaba a un mandatario para que le buscara marido, pues toda mujer no podía dejar de tener hijos (Sahagún, 1969)

Hoy en día el ser fértil sigue siendo un aspecto importante en el ser humano, sin embargo, algunos autores como Santiago Ramírez (1977) y Benedek (1952), afirman que la vida procreativa de la mujer se está transformando en algo precario y limitado, que hay un deseo por controlar el maternidad, ya

que actualmente la mujer esté interesada más abiertamente por la satisfacción sexual, social y cultural (afirmación de corte conservador, pues el hecho de que la mujer tenga la oportunidad de planear su familia y desarrollar sus potencialidades no significa que su papel como madre esté anulado.

Por otro lado, se afirma que vivimos en una cultura que demanda de la mujer cualidades y aptitudes cada vez más alejadas de la satisfacción procreativa, lo cual trae como consecuencia que la mujer se encuentre ante un dilema que muchas veces es irresoluble: optar por su condición maternal, satisfaciendo sus necesidades en esta tarea u optar por renunciar a satisfacciones procreativas por otro tipo de gratificaciones.

En ocasiones también las dificultades económicas, los problemas y las vicisitudes de la vida hacen poco deseables los hijos; incluso la misma sociedad por el exceso de población, demanda el control de la natalidad, aunque en ningún momento se postula que no se tengan hijos.

Todo lo anterior parecería contradecir aquello que se afirmó en un principio, de que el tener hijos sigue siendo una preocupación para el ser humano, sin embargo no es así:

Veevers en 1980⁶, menciona que sólo el 5% de las personas casadas en el mundo no desean tener hijos, por tanto argumenta que el rol de la paternidad-maternidad continúa siendo uno de los objetivos de la vida para muchos hombres y mujeres.

Además, los individuos que actualmente por diferentes
d citado por Daniluk en 1988.

razones expresan no desear tener hijos, es porque tienen la certeza de ser fértiles, ya que cuando un hombre o una mujer es estéril, la paternidad-maternidad se convierte en una obsesión, por tanto ya no importa que las aspiraciones personales se vean truncadas por la existencia de los hijos, lo que interesa al individuo es lograr procrear un hijo, para probar que es fértil y así no sentirse infravalorado como ser humano.

Langer en 1972, dice "la mujer sin hijos logra ser feliz siempre que encuentre una forma de vida que le permita una sublimación satisfactoria de su instinto maternal. Psicológicamente, a menudo no importa tanto la realización de la maternidad, sino su aceptación relativamente libre de conflictos. Sin embargo, aún sublimando al máximo su instinto maternal, la mujer que no logró realizarse como madre sentirá, en el fondo de su ser, haber desperdiciado parte de sí misma" (pag. 26).

Aunque hoy en día haya una tendencia a reducir el número de hijos o a negar el deseo de tenerlos, la fertilidad sigue siendo importante para el ser humano, la esterilidad por tanto afecta el contexto general del mismo.

En cualquier época, sociedad y lugar, la esterilidad se ha considerado como un castigo a la conducta inadecuada del ser humano, o bien, por sí sola la persona estéril amerita ser repudiada, rechazada no sólo por la pareja sino por la sociedad misma.

La esterilidad por cuestiones culturales ha sido asociada al sexo femenino y no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX,

cuando existe una preocupación más abierta por la esterilidad masculina, la cual resulta ser un campo de investigación bastante interesante y virgen en muchos aspectos.

Difícilmente, en las sociedades matriarcales y patriarcales, era posible imaginar y admitir que el varón pudiera ser el responsable de la falta de embarazo, ya que la responsabilidad masculina era admitida más como consecuencia de la impotencia que como una enfermedad en sí (Cohen, 1974).

A pesar de que en 1679, Van Leeuwenhoek descubre el espermatozoide y su función en la reproducción; y que en 1717, Von Gleicher establece una relación entre la esterilidad de la pareja y la falta de espermatozoides, existe poca literatura sobre la fertilidad masculina (Botella, 1971; Cohen, 1974).

Por tanto ¿qué explicación se puede dar a la negación del ser humano, por considerar la posibilidad de la participación del varón en la esterilidad de la pareja?

De hecho, la esterilidad es enfrentada con impotencia y frustración, debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir una función social esperada y para lo cual el individuo se prepara desde el nacimiento; ésto que la sociedad espera generalmente en la pareja es asumido por la mujer.

Santiago Ramírez en 1977, dice que desde el punto de vista formal, se podía adscribir a la mujer dos tipos fundamentales de expresión de su feminidad: la realización femenina de tipo genital y la de tipo maternal, aunado a ésto la mujer adopta características de sumisión, pasividad y dependencia.

Por el contrario, al varón se le asignan tareas relacionadas

con la independencia, actividad, madurez, etc, pero nunca ligadas a la paternidad.

Morales, en 1989, afirma que para el varón resulta ser una grave amenaza el siquiera pensar que puede ser estéril, ya que se verían afectadas su potencia y virilidad, que según Díaz Guerrero (1977), ya desde la adolescencia la virilidad se relaciona con la habilidad para actuar, hablar, tener información en la esfera sexual, y por tanto en la capacidad para impregnar a las mujeres, todo ésto le da valor personal y social al hombre, constituyendo así la fertilidad un elemento central del papel del hombre en nuestra cultura.

En la mujer aun y cuando también representa un valor central, es más fácilmente asumible debido a su imagen desvalorizada dentro del contexto social.

Para la mujer el tener un hijo significa un tributo hacia el varón como simbolo de su amor. Sin embargo, para el hombre el ser fértil significa poseer identidad, por tanto la esterilidad afecta su autoestima, de ahí que difícilmente pueda ser aceptada la esterilidad masculina.

En México el objetivo del matrimonio, es para muchos, la procreación de los hijos, de ahí que la pareja sin hijos es considerada poco feliz. Generalmente cuando un matrimonio no ha tenido descendencia, se busca la causa de la esterilidad en la mujer, es ella quién intenta por todos los medios tener un hijo, para encontrarle sentido a su vida y a su relación de pareja.

Al hombre mexicano le interesa procrear hijos ya sea dentro

o fuera del matrimonio para reafirmar su hombría, su virilidad, el no poder hacerlo le impacta profundamente, no obstante, expresa importarle poco el ser estéril, tratando de dar a entender que sólo desea ser fértil para satisfacer a su esposa.

El hombre niega el impacto de la esterilidad, pero le molesta profundamente que le hablen de ella, evitando así muchas veces los contactos sociales.

La mujer ante un hombre estéril es en ocasiones ofensiva y devaluadora, y es ella la que toma las riendas del matrimonio, preocupándose por lograr que su marido sea fértil.

La esterilidad tanto para el hombre como para la mujer resulta ser emocionalmente impactante, aunque para la mujer este hecho es suavizado por la actitud de la sociedad, a la cual le parece más común y lógica la esterilidad femenina que la masculina.

A pesar de que la ciencia y la tecnología han tenido un gran avance durante este siglo, y estando a sólo 8 años del siglo XXI, el hombre se ve influenciado por los aspectos culturales y sociales, la sociedad sigue asignando a la mujer y al varón papeles antagónicos: a la mujer le corresponde el ámbito de lo doméstico, de lo privado, signado por su rol reproductor en tanto que al hombre le corresponde el ámbito público (Durín, 1987), de ahí que difícilmente el varón pueda admitir que puede ser estéril, aunque no puede negarse que de los casos de esterilidad el 60% corresponde a las mujeres y el 40% a los varones aproximadamente (Veloso, 1985).

Para concluir el presente capítulo, se puede decir que la

fertilidad ha sido reforzada a través de los tiempos, ya que la paternidad-maternidad influye en el desempeño personal, aceptación social, madurez sexual y ajuste emocional del individuo. Tomando en consideración que la reproducción es un evento que compromete fuertemente el proyecto de vida de la mayoría de los seres humanos, amén de la involucración de factores psico-sociales que ejercen una presión muy importante tanto en el hombre como en la mujer.

De ahí nuestro interés por buscar las diferencias entre el varón y la mujer en sus reacciones psicológicas ante la esterilidad.

CAPITULO II

LA ESTERILIDAD

Desde la antigüedad el problema de la esterilidad ha ido acompañado de la búsqueda del origen y tratamiento del mismo.

Durante mucho tiempo se creyó, por cuestiones culturales, que la esterilidad era un padecimiento del sexo femenino y no es sino hasta la mitad del siglo XX cuando existe una preocupación más abierta por la esterilidad masculina.

De esta manera empiezan a surgir investigaciones alrededor de los años cincuentas en torno a la esterilidad masculina, a la vez que siguen surgiendo afirmaciones respecto a la esterilidad femenina, todo ésto desde el punto de vista orgánico.

Hoy en día, afortunadamente, la esterilidad no sólomente es abordada médicamente, los psicólogos y aquellos profesionales relacionados con la conducta humana, han empezado a investigar cómo la esterilidad impacta al individuo psicológicamente, de qué manera la esterilidad es favorecida por el estado anímico, etc.

A) SIGNIFICADO DE ESTERILIDAD

Ya desde siglos antes de Cristo, se buscaba definir conceptos como fertilidad, fecundidad, esterilidad, etc. Estas palabras tienen su origen en el latín y en un principio eran relacionadas con la producción de los campos. Poco a poco el significado varió hasta que fueron usadas para definir aspectos sobre la procreación de los hijos.

La fertilidad, por tanto, es la capacidad que tiene el ser humano de reproducirse, lo cual varía de una persona a otra.

Sus antónimos son la infertilidad y la esterilidad. La infertilidad se caracteriza por la falta de descendencia a causa del aborto habitual, muerte del feto o del recién nacido, es decir la pareja puede lograr la concepción, sin embargo no tiene la capacidad para llevar a buen término el producto de ésta (Guttmacher, 1969; Ruiz de Velazco, 1976).

En muchas ocasiones la palabra infertilidad es utilizada como sinónimo de la esterilidad, sin embargo tienen definiciones diferentes. La esterilidad también priva al ser humano de hijos, con la diferencia de que existe la incapacidad del espermatozoide y del óvulo para unirse y formar un cigoto, es decir, nunca se logra la concepción (Forsham, s/f).

B) TIPOS DE ESTERILIDAD

Existen actualmente varios tipos de esterilidad, a continuación citaremos algunos de ellos.

En ocasiones por diferentes razones, las parejas optan por no tener hijos, de ahí que decidan someterse a métodos esterilizantes, que bien pueden producir una esterilidad temporal o permanente. Sin embargo la esterilidad puede presentarse de manera involuntaria, siendo las causas de ésta de tipo fisiológico o psicológico.

La esterilidad fisiológica temporal, es una incapacidad temporal de concebir en el ser humano, las mujeres, por ejemplo, no pueden concebir antes de la pubertad, después de la

menopausia, y si sus periodos ovulares son regulares, tampoco pueden hacerlo antes, durante y después de la menstruación (Botella, 1971).

En el hombre también existen periodos de esterilidad, que son provocados por coitos muy frecuentes o espaciados, lo cual afecta la densidad y calidad del semen.

La esterilidad según el cónyuge responsable puede ser femenina, masculina o mixta, cuando ambos miembros de la pareja son estériles.

Por lo general para determinar cuándo una persona es estéril es necesario que hayan transcurrido al menos dos años de coitos frecuentes con la misma pareja y no se haya logrado concepción alguna.

La esterilidad no solamente se diagnostica en personas que no han tenido hijos, en ocasiones las parejas han concebido hijos, y por diferentes razones pierden dicha capacidad y se les diagnostica como pacientes estériles. Por tanto, se hablará de esterilidad primaria cuando la persona que desea concebir hijos nunca lo ha hecho) y como esterilidad secundaria se entenderá cuando el o la paciente ha logrado tener hijos, pero que actualmente no lo puede hacer.

De acuerdo a las causas que originan la esterilidad, existe la esterilidad fisiológica y la esterilidad psicógena o funcional.

© ESTERILIDAD FISIOLÓGICA

La esterilidad fisiológica es aquella donde existe alguna

patología o disfunción, en o relacionada con el aparato reproductor, que no permite la concepción.

Antes de abordar los factores que provocan la esterilidad fisiológica, se retomarán aquellas características del aparato reproductor que permiten la reproducción.

El fenómeno de la concepción es posible cuando el testículo produce espermatozoides de buena calidad.

Diferentes investigaciones reportan que hay variaciones substanciales en las medidas del semen en diferentes periodos de la vida del varón, es decir cambios en la densidad y calidad del semen (cantidad, volumen, motilidad y morfología). Se ha visto que periodos de abstinencia, por ejemplo, afectan la calidad del semen, en donde éste se ve modificado, menos en su morfología (Poland, 1985).

Es universalmente reconocido que el hombre es capaz de fecundar a su pareja cuando el semen eyaculado contiene 20 millones o más de espermatozoides por cm^3 , siempre y cuando presente 60% o más de formas móviles, 75% o más de formas normales, y una movilidad de 1.5 mm por media hora (Abse, 1966; Botella, 1971 y Hirsch, 1986).

Hace algunos años, la fertilidad se creía que era posible con 60 millones por cm^3 o más, después con 40 y actualmente con 20 millones por cm^3 (Zárate, 1976).

De acuerdo a esto existen varias patologías que comúnmente son usadas en el diagnóstico de la esterilidad masculina (Botella, 1971), a continuación se menciona algunas de ellas:

Se denomina aspermia cuando no existe eyaculación;

hipospermia, si el eyaculado es escaso. Cuando el eyaculado no tiene espermatozoides, la esterilidad se denomina azoospermia; y si los contiene, pero no tienen movilidad o están muertos se dice que hay necrospermia.

Estas alteraciones determinan la esterilidad absoluta.

Existen otras alteraciones que determinan la esterilidad relativa, que puede ser superada con tratamiento médico.

La oligospermia se da cuando hay escasez de espermios en el eyaculado; astenospermia si la motilidad de éstos es poca; y finalmente, si en el eyaculado existe aumento de formas normales, el paciente padece teratospermia.

Otra de las características que permite la concepción es que exista un tránsito adecuado de los espermatozoides hasta el meato uretral, es decir ausencia de defectos en la espermatogénesis.

Por otro lado deben existir secreciones próstato-vesiculares adecuadas para mantener la viabilidad espermática.

Los espermatozoides deben ser recibidos por el cérvix, es decir debe existir la posibilidad de tener una erección y eyacular en la vagina.

Las secreciones endocervicales deben ser favorables para los espermatozoides para permitir una buena penetración en ellas.

El útero debe permitir el libre paso de los espermatozoides hasta las trompas, las cuales tendrán que ser permeables tanto al paso del óvulo como al ascenso del espermatozoide.

Las trompas deben captar al óvulo desde el ovario y transportarlo a la cavidad uterina.

Si los ovarios producen óvulos normales, éstos serán fecundados, es decir, se dará la concepción. Para lograr que el cigoto se desarrolle, es necesario que el endometrio sea capaz de anidarlo, contenerlo y nutrirlo durante nueve meses aproximadamente.

Los factores que provocan la esterilidad masculina difieren de la esterilidad femenina, por tanto es necesario abordarlos por separado.

Las causas más comunes de la esterilidad masculina son (Botella, 1971):

Testicularares; epididimarias (factor obstructivo); vesiculares y prostáticas; y eyaculatorias e inseminatorias.

Dentro de las causas testiculares se encuentra la esterilidad fisiológica del varón; los trastornos primitivos del testículo; las alteraciones testiculares por endocrinopatías, las cuales pueden ser de tipo hipofisiario, tiroideo, suprarrenal, inmunológico, etc; también la esterilidad se puede dar por alteraciones en la nutrición; enfermedades infecciosas; afecciones del hígado; y cambios de temperatura.

Por lo que respecta a las causas epididimarias, éstas se deben a obstrucciones que pueden ser de tipo congénito, por infecciones, traumatismos o distrofias.

Las causas vesiculares y prostáticas, se refieren a trastornos que existen en la secreción de las glándulas accesorias, las cuales se dividen en alteraciones secretorias (funcionales) e inflamatorias.

Finalmente entre las causas de la eyaculación se encuentran la eyaculación desviada, retrógrada, prematura y ausencia de la misma; y las causas de la inseminación se refieren a la impotencia orgánica, psicógena y antigénica del semen.

Las causas principales de la esterilidad femenina son de tipo ovárico, tubárico, endometrial, cervical, vaginal o por aborto habitual ignorado.

Dentro de las causas ováricas se encuentran los trastornos por ciclos anovulatorios; ciclos hipolúteínicos o de insuficiencia progesterona (duración del cuerpo lúteo); y letalidad ovular o inviabilidad del huevo.

Las causas tubáricas pueden ser por obstrucción tubárica de tipo congénito, traumático, inflamatorio o tumoral; disfunción de las trompas; y desviaciones o desplazamientos de las mismas.

Las causas endometriales se refieren a insuficiencias progesteronales, es decir al funcionamiento hormonal que permite la implantación.

En general existen múltiples razones que determinan la incapacidad para procrear en la mujer. A veces se debe a un mal funcionamiento de los ovarios, otras a un déficit de hormonas sexuales femeninas, y como consecuencia, a la falta de condiciones del útero para que el óvulo anide en él.

No es raro tampoco que exista algún trastorno en la hipófisis, que es la glándula productora de las hormonas que ponen en marcha el mecanismo de la ovulación. Las trompas de falopio pueden estar obstruidas a causa de procesos

inflamatorios crónicos, como sucede en las mujeres que han padecido tuberculosis genital, pero también es posible que carezcan de la motilidad necesaria para acoger al óvulo y transportarlo hasta el útero. Este último puede sufrir a su vez malformaciones, tumores o inflamaciones que impidan la implantación del óvulo fecundado. Cuando hay una infección en el cuello uterino, el flujo infectado puede destruir los espermatozoides.

Para poder hacer un buen diagnóstico, desde el punto de vista médico, e indicar un buen tratamiento al paciente estéril, sea varón o mujer, es necesario investigar algunos antecedentes del mismo, que puedan causar la esterilidad (Zárate, 1976):

Dentro de los antecedentes personales, sería conveniente preguntar si han existido uniones consanguíneas entre familiares, esterilidad en los hermanos, diabetes mellitus, tuberculosis, etc.

Con respecto a los antecedentes personales se pueden investigar la exposición a temperaturas elevadas por periodos prolongados, lo cual afecta la espermatogénesis; igualmente la exposición a radiaciones ionizantes; la inhalación o ingestión de productos químicos; así también una alimentación deficiente en proteínas y vitaminas; uso inmoderado de tóxicos como el alcohol, tabaco, café, té, drogas, etc.

Finalmente en cuanto a antecedentes patológicos, es necesario indagar si hay alteraciones en la función sexual o en los órganos reproductores; si ha padecido el paciente tuberculosis geniturinaria; disfunciones de la glándula

tiroides; si se ha sometido a intervenciones quirúrgicas, etc.

D) ESTERILIDAD PSICÓGENA O FUNCIONAL

La esterilidad psicógena ha sido definida por diferentes autores como un padecimiento en donde no se encuentra patología o disfunción alguna (Fisher, 1953; Noyes, 1964).

Langer en 1974 dice "Excluyo aquí al hablar de esterilidad, todos los trastornos causados por graves anomalías anatómicas, por operaciones mutilantes, estados infecciosos agudos, etc.; lo que interesa es la esterilidad pasajera y crónica por causas hormonales o por espasmo tubárico, es decir, la esterilidad psicógena" (p. 132).

El diagnóstico de la esterilidad funcional o psicógena se realiza después de múltiples exámenes practicados por un especialista en ginecología o urología, teniendo como antecedentes que la persona ha tenido relaciones sexuales continuas, en donde ha existido una adecuada penetración y eyacuación, y el sistema reproductor de la pareja funciona adecuadamente (MacLeod, 1964).

Las primeras investigaciones sobre la esterilidad funcional se dan durante la segunda guerra mundial, al observar que en datos histopatológicos, había deterioro en la estructura y función de los órganos genitales, tanto de hombres como de mujeres, debido a la tensión emocional en la que vivían (Stieve⁴), de tal manera que los investigadores concluían que los conflictos anímicos de diversa índole no tan intensos pero

4 Citado por Salerno en 1968.

de persistencia crónica, podían perjudicar seriamente la procreación, perturbando la función ovárica o espermática (Selye³).

Actualmente existen diferentes investigaciones, algunas no abundantes, sobre la influencia del estrés y la ansiedad en la esterilidad, de las cuales se puede concluir, que el estrés psicológico puede afectar la ovulación; la producción espermática, sobre la cual nos habla Giblin en 1988, en un estudio sobre los efectos del estrés y adaptabilidad en la calidad del semen, encontrando que efectivamente el primero afecta el volumen y porcentaje de formas normales o estructuras morfológicas; el transporte útero-tubal y el mantenimiento del embarazo (Sarrel, 1985; Poland, 1985).

En algunos estudios que se han hecho en mujeres, se ha observado que la esterilidad funcional también puede ser causada por motivaciones inconscientes, debido a un rechazo de la femineidad; por una introyección negativa de la imagen materna; así como ambivalencia que sufren aquellas personas ante la maternidad, la sexualidad, la reproducción, por desear logros culturales, sociales, económicos, etc. (Deutsch, 1960; Langer, 1974).

Se ha visto que cuando estas pacientes adoptan un niño, deciden dejar de trabajar, acuden a un tratamiento psicoterapéutico, etc., logran tener descendencia (Ford, 1953; Deutsch, 1960).

De acuerdo a lo anteriormente citado, se puede afirmar
3 citado por Giblin en 1988.

entonces, que el estado emocional de los individuos afecta la capacidad reproductora, pero ¿Cómo afectan los trastornos de la reproducción al estado anímico de las personas?, pues al fin y al cabo es el tema que interésó estudiar.

EL IMPACTO EMOCIONAL DE LA ESTERILIDAD

Mucha gente cree que la esterilidad es un problema trivial. No reconocen la pena, el dolor, el estrés, al que se tiene que someter el paciente estéril. Se cree que padecer esterilidad es menos perjudicial que el cáncer u otras enfermedades terminales, por tanto la persona debe sentirse afortunada.

Es difícil determinar exactamente cómo la experiencia de la esterilidad impacta positiva o negativamente al paciente estéril. De cualquier manera, ellos reportan que la esterilidad ha sido la experiencia más desagradable de su vida, así como el mayor y principal problema al que se enfrentan.

Se ha visto también, que el proceso de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad causa un profundo impacto en la vida de los individuos, lo cual se ve incrementado cuando el tratamiento es prolongado y no con un buen pronóstico, es decir, cuando el paciente ve que no puede concebir como lo había planeado.

En la mayoría de los casos, el individuo pierde autoestima, confianza, seguridad, salud, esperanza y sus relaciones interpersonales se ven deterioradas.

Así también el paciente puede perder su potencia sexual o el interés por las relaciones sexuales, de hecho, las áreas

mayormente alteradas son la de la autoestima y la de la sexualidad (Morales, 1990). Todo esto, interfiere en el tratamiento y aumenta el estrés del paciente.

En general, la persona estéril pierde el balance en su vida, siente confusión, depresión, culpa y enojo, afectándose así las expectativas y el proyecto de vida.

El objetivo del presente trabajo fue investigar cómo se relaciona la esterilidad con la ansiedad, depresión y las características de personalidad, haciendo al mismo tiempo, una comparación entre hombres y mujeres estériles, por tanto a continuación se abordarán estos aspectos por separado.

Las investigaciones que se han realizado en torno a la ansiedad y la esterilidad, resultan contradictorias, en algunas de ellas se ha encontrado que los puntajes de ansiedad que miden algunos instrumentos, se elevan significativamente ante la esterilidad, su diagnóstico y tratamiento (Freeman, 1985, Moghissi y Wallach^a). En otras se afirma que la ansiedad de los pacientes permanece dentro de los rangos normales durante la intervención médica y durante el período de diagnóstico (Daniluk, 1988).

Estas contradicciones, son debidas probablemente al tipo de instrumentos que se utilizan para medir la ansiedad. Los instrumentos de tamizaje pretenden medir la ansiedad, aunque en ocasiones el paciente puede falsear la información, tener confusión en cuanto a su estado de ánimo, o simplemente no sentir ansiedad a nivel consciente.

^a Citado por Keith, en 1987.

Existen instrumentos que miden la ansiedad de manera más fina, de tal manera que es posible detectar una ansiedad crónica, que el paciente canaliza por medio de sus mecanismos de defensa, manifestándola a través de otras sintomatologías.

Por lo general el paciente estéril siente ansiedad ante el diagnóstico y tratamiento en un inicio, así como ante la presión que ejerce el medio exterior hacia él o ella, no obstante el darle solución al problema de la esterilidad no es sencillo, el o la paciente deberá esperar a veces años para lograr tener un hijo o tomar una decisión con respecto a su esterilidad, por tanto sostener un estado de ansiedad no es fácil, ni adecuado para la salud física y mental, de ahí que se utilicen diferentes mecanismos para canalizarla.

Morales en 1990, afirma que los mecanismos que se emplean para disminuir la angustia son muy variados y dependen de la estructura de la personalidad, de la historia de vida y desde luego de condiciones y opciones que el paciente tenga.

Por lo que respecta a la depresión que se da ante la esterilidad, Morales en 1990, afirma que la esterilidad con frecuencia provoca un estado depresivo que afecta la vida dinámica que se genera en la vida común.

La esterilidad, por tanto, puede ser equiparable a una pérdida, ante la cual el individuo tiene sentimientos de desesperanza.

Mahlstedt en 1985, afirma que existen factores etiológicos de la depresión, como serían las pérdidas de familiares cercanos, de salud, de estatus, autoestima, seguridad o de algo

o alguien con valor simbólico, por tanto cualquiera de estas pérdidas pueden precipitar una depresión y la experiencia de esterilidad envuelve a todas ellas.

Al igual que la ansiedad, la depresión no es siempre detectada a través de instrumentos de tamizaje, es por eso que algunos investigadores reportan que los pacientes estériles no se deprimen, pero a través del trabajo clínico, se ha observado que el paciente estéril es callado, cohibido, pesimista, en ocasiones se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo y desesperanza.

Es incapaz de tomar decisiones, como sería el adoptar un niño u optar por la inseminación artificial, en el caso de los pacientes estériles definitivos. Así también se preocupa por problemas personales y por la salud.

Todo esto, que sintomatiza la depresión limita las opciones de vida individual, de pareja, y social, como una evitación al cuestionamiento de su imposibilidad reproductiva.

Finalmente, en cuanto a las características de personalidad de pacientes estériles, los estudios realizados han girado principalmente en torno a la esterilidad femenina. Aún así, es posible rescatar algunas afirmaciones que actualmente están surgiendo en torno a la esterilidad masculina.

Algunos autores afirman que las mujeres estériles vivirán su ciclo sexual, ovulación, menstruación, funciones procreativas, etc., de acuerdo a su historia particular, de esta manera las mujeres estériles se caracterizan por haber tenido una madre rechazante y fría, con la cual no establecieron una buena

identificación; así también, ellas han tenido experiencias no gratas durante algún embarazo de su madre. Algunas han sufrido la muerte o abandono de los padres; o han ejercido un maternaje con los hermanos en edades tempranas.

Ya en la adultez presentan una imagen devaluada; rechazan el rol femenino; así como las responsabilidades y compromisos que implica la maternidad; sus matrimonios son disarmonicos con mal ajuste sexual, teniendo ambivalencia hacia la menstruación, sexualidad y reproducción.

Tienden a la ansiedad, somatización y depresión. Sienten preocupación respecto al dolor y daño físico como consecuencia del embarazo y el temor de procrear un hijo malformado.

En cuanto al varón, se ha observado que al igual que la mujer, ha tenido una madre exigente y poco afectiva. Por otro lado, como la esterilidad le resulta ser una severa amenaza hacia su masculinidad, su imagen se ve devaluada, y en ocasiones la compensa con la agresividad para probar su virilidad.

Dentro del matrimonio, tiene un mal ajuste sexual y de comunicación con la esposa, y es ella en la mayoría de las veces, la más interesada en que el varón sea fértil, adoptando así una actitud maternal, en donde el varón delega las responsabilidades de su salud; de la misma forma, aunque al hombre le impacta profundamente no tener hijos, expresa importarle poco ser estéril, tratando de dar a entender que sólo desea ser fértil para satisfacer a su esposa.

El varón, por tanto, niega el impacto de la esterilidad,

aunque le molesta profundamente que le hablen de ésta, evitando así los contactos sociales.

De acuerdo a lo anteriormente citado, cabría preguntar ¿Existirán, realmente diferencias en la depresión, ansiedad y características de personalidad entre los varones y mujeres estériles?.

Se sabe de hecho, que existen diferencias entre sexos, en cuanto a las respuestas que se dan ante eventos similares (Bardwick, 1971).

Ya desde el nacimiento estas diferencias aparecen, de ahí que se adjudiquen factores innatos a las mismas, aunque se ha demostrado que los factores culturales contribuyen a las diferencias entre sexos en diferentes aspectos, es decir en la construcción del género femenino y masculino.

Mahlstedt, en 1985, comenta con respecto a la esterilidad de que la percepción de ésta, es opuesta entre hombres y mujeres, ya que afecta de manera diferente a los mismos. Los hombres, por ejemplo, enfrentan la esterilidad con dolor, pero no se permiten exteriorizarlo, las mujeres por el contrario hablan continuamente sobre sus sentimientos con los demás (aspecto ampliamente abordado en los estudios sobre género, en donde se afirma que al hombre no se le permite exteriorizar sus sentimientos desde la infancia, pues de hacerlo perdería su masculinidad, a la mujer por el contrario se le permite y motiva para que externalice sus emociones pues de alguna manera reafirma su debilidad, dependencia, características que socialmente se asocia a la feminidad)

Aunque en la literatura no se encuentran referencias en cuanto a diferencias entre hombres y mujeres estériles, se hipotetiza que a los hombres les impacta con mayor severidad la esterilidad, pues para ellos significa poseer identidad, de la misma manera, para la sociedad resulta ser más aceptable, común y lógica la esterilidad femenina que la masculina.

En cuanto a las diferencias entre población estéril y fértil, se ha observado a través de la aplicación de instrumentos que evalúan personalidad, que los pacientes estériles elevan sus puntajes, manifestando que tienen necesidad de ayuda, de utilización de mecanismos de control sobre impulsos tales como fantasía, aislamiento, defensas de tipo obsesivo con preocupación de aspectos somáticos (Duarte, 1990). En general, se ha afirmado que el paciente estéril presenta disturbios emocionales en comparación a personas fértiles.

De acuerdo a lo anteriormente citado, y ante la ausencia de investigaciones que pretendan clarificar las diferencias entre la esterilidad masculina y femenina, en cuanto a los aspectos psicológicos, surge el presente estudio, en donde se compararon, hombres y mujeres estériles en cuanto al impacto que sufren ante la esterilidad.

CAPITULO III

ANSIEDAD Y DEPRESION

En el presente capítulo se abordarán dos reacciones básicas del yo ante situaciones extremas: la ansiedad y la depresión.

Estos afectos tienen un carácter universal ya que pueden ser experimentados independientemente de la raza, el sexo o la edad.

Dentro de los límites normales constituyen un arma que utiliza el cuerpo humano para sobrevivir. Sin embargo, dependiendo de la estructura de personalidad del sujeto pueden convertirse en altamente patológicas llevando al individuo hasta la muerte.

La depresión y la ansiedad pueden presentarse de manera independiente o simultánea, o bien como parte de otra patología. Es relativamente común que ambos sentimientos se confundan entre sí cuando se presentan de manera simultánea, aunque por lo general uno predomina sobre el otro. Antes de abordar algunas de los aspectos que los diferencian, es importante conocer las características propias de cada uno de estos estados emocionales.

LA ANSIEDAD

A) DEFINICION DE ANSIEDAD

La ansiedad es un estado afectivo de carácter displacentero. Es una reacción propia de todo ser humano ante estímulos

internos o externos que se percibe como amenazantes, es decir aparece como una señal de peligro ante cualquier eventualidad física o psíquica que amenace la identidad y la integridad del yo (Vallejo, 1990).

La finalidad de la ansiedad es el mantener un cierto grado y tipo de equilibrio homeostático en el estado anímico, de ahí que desempeñe un papel de señal de alarma, promoviendo nuevas manifestaciones del comportamiento tendientes a restablecer el equilibrio.

Es común que el término ansiedad se utilice como sinónimo de miedo o angustia, pero existen claras diferencias entre éstos conceptos.

En general se puede decir que el miedo, la ansiedad y la angustia son reacciones afectivas ante el peligro, pudiendo estar acompañadas por sensaciones físicas como temblor, sudor y palpitaciones cardiacas.

El miedo particularmente se presenta ante una amenaza objetiva, es decir es identificable en el medio ambiente.

La reacción es proporcional al peligro, constituyendo un medio adaptativo de urgencia que permite al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de lucha o huida.

La ansiedad y la angustia son señales difusas de peligro o amenaza, es decir, el estímulo no es fácilmente identificable, el cual afecta el núcleo mismo de la personalidad, ya que amenaza aspectos esenciales para el sujeto: valores vitales.

La diferencia entre ambas radica en que la ansiedad se

caracteriza por sobresalto con frecuente incremento de la actividad respiratoria (Ibor ¹) y es considerada más psíquica y libre que la angustia (Ayuso, 1988).

Por el contrario la angustia tiende a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas psicósomáticos (Noyes²), es decir es más física, inmovilizante y sobrecogedora (Ayuso, 1988).

B) TIPOS DE ANSIEDAD

Para un mejor entendimiento de la ansiedad han surgido diversas clasificaciones:

Una de ellas consiste en distinguir entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

Spielbeger (1975) define a la ansiedad-estado como una condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La ansiedad-rasgo es considerada como una reacción a una fuente interna que amenaza la integridad del individuo y que está relacionada con sus vivencias pasadas, y con una fuente externa. Se emplea para describir las diferencias individuales de propensión a la ansiedad.

Las personas que padecen una alta ansiedad-rasgo tienden a percibir más peligroso el mundo, son más vulnerables a la

1,2 Citado por Ayuso en 1988.

tensión y es probable que experimente la ansiedad neurótica.

Otro de los aspectos que se han estudiado es en relación al carácter primario y secundario de la ansiedad.

La ansiedad primaria constituye una entidad clínica específica; es decir, se presenta como principal y único trastorno.

La ansiedad secundaria deriva o forma parte de estados morbosos de naturaleza muy diversa, por ejemplo, las histerias, las neurosis obsesivo-compulsivas, etc.

CO ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA

La ansiedad es un estado emocional complejo, por lo general cumple un papel biológicamente útil, ya que es una señal de amenazas y permite poner en marcha conductas adaptativas de diverso orden como sería la huida, la defensa, el ataque, la inhibición, etc.. Sin embargo, puede convertirse en un fenómeno desorganizador en sí mismo.

Algunas diferencias objetivas entre la ansiedad normal y la neurótica dependen de (Rollo May, 1968):

-los valores que el individuo identifica como vitales para su seguridad.

-la relación entre la intensidad de la reacción y el peligro.

-la persistencia o terminación de la reacción cuando la amenaza ha desaparecido.

-la posibilidad de confrontar el peligro constructivamente a un nivel consciente.

La ansiedad normal, por tanto se describe como una reacción proporcional en intensidad y duración al estímulo que lo desencadena.

Se presenta ante situaciones reales y objetivas de amenaza y tensión, es decir, por lo general el individuo sabe por qué está ansioso (Ayuso, 1988).

López Ibor⁸ afirma que este tipo de ansiedad surge en el plano de los sentimientos psíquicos, es decir, aquellos que son motivados o dirigidos. En cambio la ansiedad patológica o neurótica pertenece a los sentimientos vitales, aquellos que se refieren a la vivencia corporal.

Así también, en relación a la ansiedad neurótica, se sabe que es una reacción desproporcionada al estímulo, y se presenta ante cualquier situación, deteriorando el funcionamiento psicosocial y fisiológico del individuo, además de que no se sabe a que se debe la ansiedad, o bien el sujeto le da una interpretación errónea (Fenichel, 1966).

En el DSMIII la ansiedad neurótica se ubica como trastorno de angustia y dentro de dicha clasificación se encuentran:

-Los trastornos de ansiedad generalizada, en la cual la alteración emocional es de carácter persistente con tendencia a la cronicidad.

-Trastornos de ataques de angustia, en donde las crisis recurrentes de angustia surgen espontáneamente.

-Trastornos fóbicos que tienen como rasgo esencial la presencia de un temor irracional y persistente (que es
8 Citado por Ayuso en 1988.

reconocido por el sujeto) ante un objeto específico, lo cual determina una conducta de evitación.

-Trastornos obsesivo-compulsivos, en los cuales existen pensamientos o acciones no voluntarios que el paciente no puede dejar de pensar o hacer pues es la única forma de evitar la ansiedad. El sujeto reconoce el carácter absurdo de esto.

-Trastornos postraumáticos son aquellos que se presentan como secuelas psicológicas desagradables tras el impacto de un trauma emocional. Se caracteriza por los recuerdos persistentes del suceso traumático, un estado emocional con exaltada vigilancia y la reducción general de interés por los sucesos cotidianos.

Freud plantea, en relación a la diferencia entre éstas dos entidades, que existen tres tipos de ansiedad o angustia: ansiedad real u objetiva, la neurótica y la moral⁴.

Las tres comparten la misma cualidad de ser desagradables y difieren sólo respecto a sus fuentes.

En la ansiedad real u objetiva el origen del peligro está en el mundo externo. La percepción del peligro y el surgimiento de la ansiedad pueden ser innatos, en el sentido de que se hereda la tendencia a atemorizarse en presencia de ciertos objetos o condiciones del medio ambiente; o bien puede ser adquirida durante la vida.

En la angustia real, el yo se relaciona y lucha contra el mundo externo para obtener gratificaciones, sin causar un desequilibrio en el organismo.

⁴ Citado por Rollo May en 1908.

En la ansiedad neurótica, la amenaza es percibida por el ello, donde el yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. Las personas normales pueden experimentar angustia neurótica pero ésta no domina su vida en el mismo grado en que lo hace en la vida de los neuróticos.

La ansiedad neurótica puede manifestarse en tres formas principalmente como:

-Aprensión flotante que se conecta con cualquier circunstancia, es decir, el individuo percibe ansiedad hacia cualquier aspecto de su vida.

-Ansiedad intensa e irracional llamada fobia, donde la ansiedad no guarda proporción alguna con la peligrosidad real del objeto que la persona teme. En todos los casos la ansiedad o miedo es irracional, pues la fuente principal se encuentra en el ello.

-Reacciones de pánico, las cuales se manifiestan repentinamente y aparentemente sin causa alguna, es decir no se le asocia con ninguna vivencia del sujeto.

Finalmente se sabe que la ansiedad neurótica se basa en la ansiedad real, en el sentido de que se tiene primero que asociar una demanda instintiva con un peligro externo antes de que aprenda a temer a sus instintos.

La ansiedad moral se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza en el yo, lo cual es suscitado por la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral.

La fuente de ansiedad moral está en la estructura de personalidad y el sujeto no puede evitar los sentimientos de

culpa. Surge en el superyó cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral.

El conflicto es puramente intrapsíquico, lo cual quiere decir que es un conflicto estructural y no implica una relación entre la persona y el mundo, excepto en un sentido histórico.

En relación a todo lo anterior se puede decir que la manifestación de la ansiedad depende de la manera en que el yo se enfrenta a la situación angustiosa, si lo hace de igual forma ante peligros instintivos y reales la ansiedad es normal, sin embargo si el aparato animico es imperfecto la ansiedad experimentada será de carácter neurótico (Freud, 1925).

24 APROXIMACIONES TEORICAS SOBRE LA ANSIEDAD

Actualmente existen diferentes autores y corrientes que abordan el tema de la ansiedad para explicar sus características, factores precipitantes y predisponentes, su evolución y tratamiento.

Una de las aproximaciones realizadas ha sido la de Freud (1924), quien define a la ansiedad como un estado afectivo de carácter displacente, a la cual corresponden sensaciones físicas, siendo las más frecuentes las que afectan al sistema respiratorio y circulatorio.

La ansiedad se basa en un incremento de la excitación, la cual busca aliviarse por medio de actos de descarga; además de que se presenta como una reproducción de sucesos antiguos y de importancia vital.

El yo es la verdadera sede de la ansiedad, aunque la fuente

de ansiedad puede estar en el mundo exterior, en el ello o en el superyó (aspecto abordado anteriormente).

Las amenazas contra el yo se presentan en diversas formas en las diferentes etapas del desarrollo. En los primeros años, cuando la personalidad aún no madura, la pérdida del amor constituye una gran amenaza para el yo; en la etapa fálica es la amenaza de castración; en la de latencia aquellas acciones que acarrear la reprobación de la sociedad. Todas estas situaciones peligrosas y condiciones de ansiedad pueden subsistir y provocar reacciones ansiosas en el yo en épocas posteriores.

En resumen se puede decir que la función del yo es mantener la estabilidad emocional por medio del uso de mecanismos de defensa y características de personalidad ante las amenazas del ello, superyó y mundo real.

O. Rank⁵ encontró la solución física y psicológica de la ansiedad en el trauma de nacimiento. Desde el punto de vista físico los síntomas fisiológicos que acompañan al nacimiento como asfixia transitoria, taquicardia, etc. son casi idénticos a los que acompañan a la ansiedad.

Desde el punto de vista psicológico, el nacimiento es significativo porque se produce ante una separación, de tal manera que todas las situaciones que son susceptibles de producir ansiedad, se relacionan con alguna amenaza de separación, pero no como una reacción ante la pérdida de objeto, sino ante el peligro que tal pérdida trae consigo.

⁵ Citado por Rollo May en 1908.

Desde el punto de vista culturalista, se considera que la ansiedad es producto de las exigencias culturales, las cuales están relacionadas con la interacción con los demás, y las necesidades de satisfacción y seguridad del individuo (Sullivan⁶).

En relación con lo anterior se afirma que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros o de conservar la independencia, y la necesidad de obtener aceptación social (Fromm⁶; Horney, 1939), ante lo cual la persona pierde su sentido de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental (Schachtel, ⁶).

Al asociar la influencia cultural con los valores, se ha observado que surge ansiedad cuando se amenaza algún valor que el individuo juzga como esencial para su existencia tanto física como psicológica (Rollo May, 1968).

Estos valores están condicionados por la cultura en que vive el individuo, por tanto las circunstancias en que se experimenta ansiedad dependen en cierto modo de ella (Horney, 1939).

La cultura ofrece cuatro vías principales para escapar de la ansiedad (Horney, 1939):

-Racionalizar la ansiedad, es decir convertirla en un temor racional.

-Negar su existencia, es decir excluirla de la consciencia. Esta negación puede darse a nivel inconsciente, percibiendo el

⁶ Citado por Clara Thompeon en 1955.

individuo sólo manifestaciones somáticas como temblor, sudor, taquicardia; o bien puede darse conscientemente cuando el individuo intenta superarla mediante un esfuerzo de voluntad.

-La tercera manera de librarse de la ansiedad consiste en narcotizarla, sea literal o conscientemente con el alcohol, narcóticos u otros recursos de función anestésica no tan evidentes como serian precipitarse en actividades laborales, sociales, sexuales, etc.

-Rehuir de toda situación, idea o sentimiento capaz de producirla.

FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES

Se sabe que la ansiedad es una emoción básica que dentro de los límites normales representa un arma que el cuerpo humano utiliza para sobrevivir.

La manera de reaccionar ante los estímulos es diferente en cada individuo, lo cual depende principalmente de experiencias afectivas vividas durante los primeros años de vida, de la estructura de su personalidad, es decir, los mecanismos que se utilizan ante peligros internos o externos; asimismo de la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes; de incidentes de gran significado y de tensiones o causas de estrés recurrentes y acumulativos como consecuencia de las relaciones interpersonales y de la vida familiar.

Es común que existan situaciones que generen ansiedad, ya sea en individuos normales o en aquellos predispuestos por su

historia y estructura de personalidad.

Entre las situaciones más significativas que generan ansiedad se encuentran las enfermedades, la toma de decisiones, las dificultades en las relaciones interpersonales, pérdida de seres queridos, catástrofes, etc.

En ocasiones la ansiedad no es provocada por factores precipitantes ni predisponentes ya que son producto de enfermedades de origen orgánico.

Entre las enfermedades que presentan habitualmente ansiedad como parte de su sintomatología se encuentra el hipertiroidismo, la epilepsia temporal, el síndrome confusional de etiología tóxica, metabólica, infecciosa o traumática, etc. Así también algunos medicamentos o sustancias que producen estados ansiosos como las anfetaminas, antidepresivos, hormonas tiroideas, nicotina, cocaína y cafeína.

F) SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

A continuación se enumerarán algunos de los síntomas más comunes de la ansiedad, tomando en cuenta que cada persona tiene formas diferentes de reaccionar ante la ansiedad, ya sea física o psicológicamente.

Desde el punto de vista somático, la ansiedad puede manifestarse en forma variada y afectar a casi todas las funciones vegetativas.

Muchos individuos se pueden sentir libres de ansiedad aun cuando su presencia se perciba a través de la expresión tensa del rostro, la dilatación de las pupilas, la compulsión a comer

o beber, o bien por medio de la respiración entre cortada.

Otros logran enmascarar de tal modo la ansiedad que ni ellos mismos son conscientes de ésta, ni tampoco se revela a los demás, lo que si existe son alteraciones en los tractos gastrointestinal y genitourinario.

En general la angustia se manifiesta a través de: fenómenos expresivos mimicos; síntomas en el sistema nervioso vegetativo como inquietud y tensión interior, temblor, cefalea, palidez facial, sudoración, sequedad de boca, sensación de vértigo, alteraciones de sueño, etc.

Específicamente altera los órganos de los sentidos, el sistema circulatorio (taquicardia, jaqueca), el sistema respiratorio (sensación de ahogo, asma bronquial), el tracto gastrointestinal, (anorexia, bulimia, hipo, diarrea, estreñimiento) el sistema urogenital (dismenorrea, trastornos de la menstruación, poliuria y polaquiuria) y la piel (prurito, alergias).

A nivel psíquico los síntomas que se experimentan también varían de grado y su carácter patológico se da en función de su gravedad.

La persona ansiosa puede sentir una gran aprensión y nerviosismo, lo cual produce irritabilidad hacia los demás; sensación de muerte inminente, de estar volviéndose loco, de estar perdiendo el control sobre sí mismo, en casos extremos puede alterarse la noción del tiempo y percibir vivencias de extrañeza como despersonalización.

A nivel social, es natural que la persona ansiosa busque

protegerse evitando la compañía de otras personas y aquellas situaciones que puedan dar origen a ansiedad.

Por lo general el ansioso siempre se encuentra ocupado en algo (compulsividad por el trabajo, las diversiones, etc) pues dicha actividad lo protege de las perturbaciones que puedan presentarse. Así también como una forma de evitar la ansiedad el individuo recurre al alcohol, las drogas, etc.

Cuando la ansiedad tiene un carácter patológico, según la forma en que se exprese será el cuadro clínico al que pertenece.

Si se experimenta y se expresa en forma directa, libre y flotante, y no está asociada a situaciones u objetos definidos, se dice que la neurosis es un estado de angustia o neurosis de angustia.

Si el deseo o impulso reprimido que provoca la ansiedad se convierte en síntomas funcionales de algún órgano o parte del cuerpo, el cuadro clínico es el de la histeria de conversión. Si la ansiedad abrumba al individuo y temporalmente lo domina, el cuadro es el de la disociación histérica, como el estupor, la fuga o la amnesia de tipo histérico.

En la neurosis de compulsión, el paciente controla su ansiedad por medio de una actividad repetitiva, la cual lo protege contra la amenaza de los impulsos reprimidos.

En las fobias la ansiedad se controla desligándola de una idea o situación y por medio de un desplazamiento, asociando el miedo a un objeto o situación específica.

LA DEPRESION

A) HISTORIA DE LA DEPRESION

La depresión es una reacción afectiva que la mayoría de los seres humanos hemos experimentado en algún momento de la vida (Coon, 1980). Es tan antigua como el hombre, así que desde la antigüedad, diversos estudiosos de la mente humana han formulado explicaciones sobre este padecimiento.

La primera teoría formal que surge sobre la depresión, fue la de los humores formulada en la época grecorromana por Hipócrates.

Esta teoría fue utilizada para elucidar los desórdenes mentales y las enfermedades en general. Hipócrates la emplea para explicar la melancolía (sinónimo de depresión), concluyendo que este padecimiento tenía como etiología y patogenia la atrabilis, sustancia negra y espesa.

Dicha sustancia afectaba al cerebro provocando una enfermedad fría y seca, teniendo como principales síntomas el miedo y la tristeza.

Arateo de Cappadocia, en el siglo II de nuestra era, formuló el cuadro más completo y moderno de este desorden, anticipándose 17 años a Kraepelin, al sugerir que la depresión era causada por factores psicológicos y que poco tenía que ver con la atrabilis, así también señalando también la importancia de las relaciones interpersonales en este padecimiento, la asociación de la melancolía con la manía, considerándolas una sola entidad nosológica.

Aun cuando Arateo negaba la explicación de la depresión a través de la teoría de los humores, ésta siguió prevaleciendo.

Durante la Edad Media, filósofos como Santo Tomás de Aquino, afirmaban que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, que causaban cambios en los humores corporales.

Mientras esto sucedía en Europa, en el México Prehispánico se consideraba a este padecimiento como un problema médico leve, asociado a la sangre negra. Los aztecas consideraban a la melancolía dentro de un grupo de enfermedades como la epilepsia (Calderón, 1984).

Los Mayas, afirmaban que el motivo del suicidio era la tristeza, el temor a ser torturados o el deseo de culpar a su marido o a su mujer de trato cruel (Morley, 1947).

Con la revolución científica los investigadores en psiquiatría comenzaron a considerar la enfermedad mental como consecuencia de los agentes fisiológicos e incluso psicológicos, más que de aspectos espirituales, de tal manera que para principios del siglo XIX Philippe Pinel indicaba que las causas de la melancolía podían ser psicológicas: miedo, desengaños amorosos, pérdidas, etc., así como las físicas entre ellas la amenorrea y el puerperio.

Así también afirmaba que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto, y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas pudiendo conducir al paciente al suicidio.

En 1896, Kraepelin revolucionó la psiquiatría estableciendo

un sistema nosológico para diferenciar los padecimientos mentales, entre los cuales estaban la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva. Descarta la idea de que la depresión era causada por humores o espíritus, considerándola entonces como un estado emocional en el que se producía un cambio notable debido a alteraciones metabólicas.

Más tarde con los estudios genéticos en psiquiatría, se situó a la melancolía dentro de las psicosis maniaco-depresivas, considerando al deprimido un enfermo psicótico, aunque con síntomas leves. Todo esto prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo.

La mayor proliferación de teorías sobre la depresión se ha dado en el siglo XX. Actualmente existe un gran número de ellas, que si bien no están exentas de ser modificadas, constituyen la más cercana explicación a este padecimiento.

Antes de abordar los aspectos más importantes de ellas para perfilar a este padecimiento universal, es necesario tomar en cuenta lo siguiente:

A lo largo del tiempo, y dependiendo de la disciplina que estudie la depresión y la gravedad de la misma, se han utilizado diferentes términos para nombrar al estado afectivo caracterizado en forma general por presencia de tristeza, pesimismo, pérdida de energía, desconcentración y baja autoestima.

Desde la antigüedad se empleó la palabra melancolía para referirse a este padecimiento en general; ya para la época de Freud, esta palabra se utilizaba para designar a la depresión

como un estado patológico y el duelo para nombrar a la reacción que se presenta ante situaciones extremas.

Actualmente la palabra depresión es comúnmente empleada para denominar tanto estados de tristeza pasajera, así como aquellos que necesitan de una atención psiquiátrica por su carácter patológico, lo cual en ocasiones genera confusiones.

En la presente investigación se utilizarán los términos de duelo o depresión normal y melancolía o depresión propiamente dicha, de ahí la importancia de delimitar su significado.

2) DUELO Y MELANCOLIA

El duelo es una reacción normal que se presenta ante situaciones extremas como serían la pérdida de seres queridos, la presencia de enfermedades, o situaciones de alguna abstracción equivalente (Freud, 1917).

Freud (1917) concluyó que el duelo era un estado patológico, que de ningún modo implicaba un tratamiento médico, ya que al cabo de algún tiempo desaparecía, por tanto no necesariamente suponía una enfermedad mental.

Al igual que en la melancolía, hay una cesación del interés por el medio exterior, una pérdida en la capacidad de amar y una inhibición de las funciones, pero no la disminución del amor propio, característica propia de la melancolía o depresión.

En un principio la persona que atraviesa por un periodo de duelo, tiende a negar la pérdida que ha sufrido, así también reacciona con gran enojo hacia aquello que percibe como

causante de su dolor. Más tarde puede entrar en un período con características semejantes a la melancolía, pero sin tener éste un carácter patológico; finalmente supera el duelo que le causa la pérdida al resignarse y aceptar ésta última.

Desde un punto más dinámico se dice que en el duelo se percibe que el objeto amado ya no existe y exige que la libido abandone todas sus relaciones o ligaduras con el mismo. Además se genera una resistencia natural que puede llevar al individuo a la psicosis. En el duelo la realidad triunfa finalmente y sobreviene la resignación. Todo este proceso se da en forma paulatina, ya que el gasto de tiempo y de energía psíquica es muy grande.

Una vez terminada la labor del duelo, el yo queda libre de inhibiciones.

En realidad como afirmaba Freud (1917), si este estado no parece patológico, es tan sólo porque lo explicamos perfectamente, es decir la pérdida es consciente, siendo el mundo el que queda pobre y vacío.

La melancolía se puede dar, al igual que el duelo, ante una pérdida de objeto real o simbólica. Sin embargo, ésta es de carácter inconsciente, es decir, el paciente no distingue lo que ha perdido, y en el caso de que lo perciba, no sabe lo que con él ha perdido, de ahí que se afirme que la pérdida es más bien del yo.

El melancólico se encuentra en un estado que no le permite interesarse por el mundo que le rodea, es incapaz de amar y presenta inhibición en algunas funciones del yo; a diferencia

del duelo, existe en él una disminución en su amor propio.

Al paso del tiempo el pesar no disminuye e incluso se agrava, de tal manera que el individuo se hace objeto de reproches y acusaciones, llegando incluso a una delirante espera de castigo que lo puede llevar al suicidio.

En términos generales se habla que para diferenciar el duelo de la depresión de carácter patológico se deben utilizar los siguientes criterios:

- intensidad de la reacción.
- duración del cuadro sintomático.
- prevalencia o ausencia de de eventos precipitantes.
- prevalencia o ausencia de síntomas de carácter patológico.

CO CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Castilla del Pino (1966) afirmó que la depresión en primer lugar es un síntoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo o casi exclusivo, y que en ocasiones acompaña a otros que tienen o relación directa con él.

Afirmó también que la depresión puede ser un síndrome en el que lo nuclear del mismo es la tristeza que se enlaza con otros síntomas que lo constituye. El síndrome puede ser objeto por si mismo de un análisis particular.

Finalmente, consideró a la depresión como una enfermedad cuya habitual manifestación es el síndrome depresivo y dentro de él, el síntoma habitual es la tristeza. Al tener este padecimiento la categoría de enfermedad, se puede indagar del mismo su etiología, patogenia, forma de curso, final y

tratamiento.

Por otro lado se habla de que la depresión puede ser primaria o secundaria. Es primaria cuando la persona no presenta antecedentes de algún otro proceso patológico, o de alguna otra enfermedad que acompañe al cuadro depresivo. Es secundaria cuando junto con otros síntomas forma parte de otro padecimiento.

Otra de las clasificaciones que existe es en base a su origen, surgiendo así la depresión endógena y la reactiva.

La primera constituye una tendencia a reaccionar a factores cuyas causas son internas. Su etiología se ha atribuido a agentes bioquímicos, tóxicos, hormonales o a alteraciones metabólicas (Beck⁷).

La depresión reactiva es un estado depresivo asociado a estados de tensión y ansiedad en individuos predispuestos; el factor precipitante es un suceso que el paciente percibe como amenazante o displacentero, el cual puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica (Arieti, 1978; Beck⁸; Mendels 1970).

La depresión reactiva implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre una pérdida (real o simbólica) de un objeto querido.

Desde el punto de vista psiquiátrico, la depresión se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo. La sintomatología esencial de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome

^{7,8} Citado por Lars Fredén en 1982.

depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún trastorno mental o físico.

Los trastornos del estado de ánimo se dividen a su vez en trastornos bipolares y trastornos depresivos.

Los trastornos depresivos se clasifican en depresión mayor y distimia.

El primero se caracteriza por un estado de ánimo disfórico, con pérdida de interés o placer, en todas o casi todas las actividades habituales, al cual puede ser predominante y relativamente persistente.

La distimia es un síndrome depresivo leve, crónico que se ha mantenido durante al menos dos años, y que en ocasiones es difícil diferenciarlo del estado habitual del sujeto.

D) FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES

Se habla de que algunas personas tienen cierta predisposición a desarrollar un cuadro depresivo, entre los más importantes se encuentran (Mendels, 1970; Arieti, 1978):

-Factores genéticos.

-Carencias infantiles específicas o tensiones afectivas que se dan en un periodo crucial del desarrollo, las cuales sensibilizan al individuo para desarrollar una depresión en épocas tardías de su vida. Por tanto, la vivencia en la adultez de situaciones de estrés similares a las experimentadas anteriormente, activarán sentimientos que prevalecieron en estas últimas.

-Presencia de una personalidad deprimida caracterizada por

una debilidad en la fortaleza del yo; presentando dependencia en forma exagerada respecto del apoyo emocional de los demás, de las circunstancias de trabajo y de otras situaciones; por lo general funcionan adecuadamente sólo cuando hay una constante corriente de amor, apoyo y confianza; cuando ven perdidos sus suministros narcisistas, se deprimen (Freud, 1917).

Además de lo anterior se ha observado que este tipo de personas son en extremo complacientes con los demás, pero por lo general de manera restrictiva, como una forma de evitar la pérdida de los objetos amorosos, de los cuales depende su imagen de sí mismo. Así también esta complacencia y cortesía excesiva son producto de una negación de los sentimientos de ira y hostilidad que tienen hacia los demás.

Así también se caracterizan por su lealtad grupal, como una forma de ocultar su soledad. Presentan cierta rigidez en su pensamiento y en sus acciones. Tienen devoción por el orden y la pulcritud. Sus convicciones y principios son profundos, los cuales le dan motivación a su vida. En relación a esto último, se dice que el individuo predepresivo persigue una meta significativa que llega a obsesionarlo, la cual determina la mayor parte de sus acciones y excluye a muchas otras. Las acciones parecen estar motivadas por el intento de lograr lo que su autoimagen grandiosa le exige, creyendo que así será digno de amor (Arieti, 1978).

La unión de factores de predisposición más de precipitación, es lo que en un momento dado da origen a un cuadro depresivo.

En general se habla de que existe una gran diversidad de

factores precipitantes que generan una gran tensión en el individuo, los cuales pueden originarse en cualquier experiencia de la vida diaria, y que según su naturaleza e intensidad varían de persona a persona, es decir, lo que a un individuo le produce estrés a otro no se lo genera.

Estos factores precipitantes por lo general siempre están relacionados con pérdidas reales o simbólicas, que dependiendo del tipo de elección de objeto que se haya hecho, generarán un duelo normal o una depresión.

Freud (1917) afirmó que todos los seres humanos hacen elecciones de objeto desde los primeros años de la vida, de tal manera que la libido queda ligada a esos objetos amorosos. Cuando alguno se pierde, se presenta el duelo que permite que la libido se libere y sea enlazada a otro objeto.

En ocasiones, el individuo ha realizado elecciones de objeto en forma narcisista, de tal manera que en el momento en que surja alguna contrariedad, como sería el perder a ese objeto, la libido o carga de objeto se libera retrayéndose al yo del sujeto, dándose una identificación con el objeto amado, de tal manera que la pérdida de objeto se convierte en pérdida del yo.

Por otra parte se habla de que las pérdidas que sufre el adulto y que lo llevan a una depresión, constituyen una recapitulación de pérdidas originales que hacen que el individuo regrese al estadio emocional en que se encontraba cuando ocurrió la pérdida original.

En general, los factores que desencadenarían una depresión según Calderón (1984) serían las pérdidas de seres queridos, de

la situación económica, de poder, de la salud, etc.. Dentro de las enfermedades que conducirían a una depresión se encuentran aquellas que ponen en peligro la vida del paciente, las incapacitantes, las que alteran la estética y aquellas que afectan la autoestima como sería la esterilidad.

II CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION

Las características que se presentan a continuación con excepción de la reducción de la autoestima, pueden presentarse en el proceso de duelo o depresión normal y en la depresión con carácter patológico, La diferencia entre éstas se dará con base a la duración e intensidad de los síntomas.

Beck^o habla de tres características básicas en la personalidad del depresivo: su poca autoestima, un patrón rígido de acción y una variedad limitada de acciones.

Diferentes autores han llegado a la conclusión de que una de las características pilares de la depresión como fundamento de su génesis y manifestación, es la disminución del amor propio como lo llamó Freud, o mejor conocido como pérdida de la autoestima (Bibring¹⁰; Fenichel 1986).

Fenichel (1986) afirmó que la pérdida de la autoestima es consecuencia de la falta de suministros externos donde al paciente le parece haber perdido todo, viviendo así en un mundo vacío; los suministros internos del superyó, de tal manera que el melancólico siente que ha perdido todo porque no es merecedor de nada; o bien de los sentimientos de culpa que

©.10 Citado por Lore Fredón en 1983.

provocan la regresión a un estado donde obtenía dichos suministros.

Es decir que el depresivo vive en una constante búsqueda de satisfacción de sus necesidades narcisísticas, lo cual genera una disminución en la autoestima, incluso hasta un punto crítico.

En relación a esta afirmación, se puede calificar al depresivo como un adicto al amor (Fenichel, 1986), con una gran dependencia oral (Mendels, 1970), el cual insiste en recibir un flujo incesante de suministros que eleven su autoestima, sin preocuparse demasiado por las necesidades reales de quien las otorga, es decir, poco le importa quién o qué le proporciona satisfacción, de ahí que cambie de objeto con frecuencia, ya que ninguno es capaz de procurarle el placer necesario. En relación a esto último se dice que hay una fijación débil al objeto (Castilla del Pino, 1966).

Edward Bibring⁴⁴ comenta sobre la autoestima y en relación a la depresión, de que existe en el melancólico un sentimiento de indefensión y de fracaso, lo cual repercute directamente en su autoestima. Asimismo observa que algunos individuos son propensos a este padecimiento debido a que sus expectativas o aspiraciones conscientes son demasiado ambiciosas, las cuales no pueden cumplir, o bien existe en ellas una excesiva reiteración en el pasado de experiencias en que se sintieron indefensos.

Al respecto Bleichmar (1976) afirma que el depresivo está

44 Citado por Arieti en 1978.

fijado a un deseo irrealizable con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior, culpable.

La disminución de la autoestima puede percibirse en el discurso del paciente. El melancólico carece de pudor, sintiendo una gran necesidad de comunicar sus defectos mediante lamentos, autorreproches y quejas, que muchas veces son reales, no obstante, el externalizarlos es lo que acentúa su diferencia con un estado no patológico.

Freud (1917) concluye que los reproches con que se acusan estos pacientes, en realidad van dirigidos al objeto, pero que han sido vueltos contra el yo, es decir el paciente siente que lo odian, cuando en realidad la hostilidad que tiene hacia los demás (objetos frustradores) se transforma en hostilidad hacia el propio yo (Fenichel, 1986).

De ahí que un rasgo importante en el deprimido es la intraagresión, esto es, una respuesta agresiva a la frustración de no cumplir con el yo ideal narcisista (Bleichmar, 1976).

Ese odio se presenta bajo la forma de sentimientos de culpa, como una discordancia entre el yo y el superyó.

El sentimiento de culpabilidad es el estado doloroso que se experimenta consciente o inconscientemente cuando se presenta el individuo a sí mismo como infractor de una norma, la cual forma parte del ideal del yo. Ante esto se reacciona con miedo al castigo, lo que Grinberg (1983) denominaría culpa persecutoria; o bien sentir pena por el daño realizado y desear recuperarlo, finalidad de la posición depresiva descrita por Melanie Klein; o sentir odio contra sí mismo por el daño

causado, buscando así el autocastigo.

Mendels (1970) afirma que la idea de culpabilidad puede centrarse en hechos reales que el depresivo distorsiona o exagera hasta el punto de que ya no es capaz de distinguir entre realidad y fantasía. Así también experiencias olvidadas durante años, se tornan en centro de su vida, creyendo que deben de recibir castigo por aquellos pecados y que no hay salvación posible.

En muchos casos estos pacientes se lamentan de cosas que nada tienen que ver con ellos, se juzgan a si mismos responsables de los problemas de otros.

En relación a los sentimientos de culpabilidad surge otro síntoma importante en la depresión: la ansiedad.

La ansiedad surge porque el sujeto no sabe si es culpable o no de la pérdida del objeto, así también se afirma que el paciente deprimido desea intensamente evitar ésta, incluso a costa de la disminución de su autoestima. Por otro lado, la persona ante la ansiedad se ata firmemente a los objetos, restringiendo sus acciones e interacciones con los demás, así como una inhibición en su actividad psicomotriz, cognitiva, etc.

Con respecto al patrón rígido de acciones, Beck¹² afirma que la persona deprimida tiene su forma de vida circunscrita y sujeta a una rutina estricta. Aunado a esto se observa que estas personas son escrupulosas, meticulosas y perfeccionistas, aunque desprecian sus éxitos, de la misma manera cumplen con

¹² Citado por Lore Fredén en 1981.

rigurosidad las reglas éticas y morales.

Finalmente este autor observó que el depresivo limita su variedad de acciones, es decir, son incompetentes en la vida social, así como en el desarrollo de acciones independientes propias.

Aparte de estas tres características, existen otras que diferencian a la depresión de otros trastornos:

-ASPECTO FISICO Y CONDUCTUAL

El deprimido por lo general presenta un rostro triste, insatisfecho, tiende a descuidar su arreglo personal, y se percibe en él un decaimiento general.

Es tímido, inseguro, dependiente de los demás para tomar decisiones, exige apoyo, aprobación y amor constante.

Su actividad se encuentra disminuida, aunque en ocasiones puede presentar agitación por la ansiedad que acompaña a la depresión.

Es común que el deprimido opte por ingerir alcohol o drogas para mitigar el estado en que se encuentra.

-SINTOMAS ORGANICOS

A nivel digestivo se puede presentar constipación, náuseas, dolor abdominal, anorexia o ingesta excesiva de alimentos, lo cual provoca cambios bruscos en el peso.

A nivel cardiovascular son frecuentes las perturbaciones del ritmo cardíaco, tensión arterial, etc. En cuanto al sistema nervioso existe disminución en los reflejos, cefaleas, zumbido de oídos.

Los trastornos del sueño también son característicos, como

sería el insomnio o la hipersomnia.

En la mujer se dan alteraciones en la menstruación, siendo común la amenorrea.

Es común que todos estos síntomas conduzcan de primer momento al diagnóstico de una enfermedad física, cuando el principal trastorno es la depresión (Mendels, 1970).

-ESTADO DE ANIMO

El estado de ánimo en general es expresado a través de los sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, abatimiento y desánimo. El melancólico llora con facilidad y frecuencia, y se puede mostrar irritable o colérico en exceso ante sucesos que muchas veces tienen poca importancia.

Son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría, es decir, presentan pérdida de interés o incapacidad para sentir placer en actividades habituales. En relación a esto último las áreas más afectadas serían la de la sexualidad y la social.

-PROCESOS COGNOSCITIVOS

A medida que la depresión evoluciona, el melancólico se torna gradualmente ineficiente.

Se ha observado que en general los procesos cognoscitivos sufren un entecimiento, de tal manera que al enfermo le cuesta trabajo pensar con claridad, se le dificulta tomar decisiones. El recuerdo de eventos pasados no es muy eficiente, su incapacidad para concentrarse afecta su memoria a corto plazo.

En relación al pensamiento, se encuentra que éste se halla

invadido de ideas que van desde el pesimismo, insuficiencia e ineficiencia hasta la culpabilidad o autoacusación. El depresivo no da crédito a la realidad, negando así sus éxitos y habilidades pasadas.

Las ideas de incompetencia pueden limitarse a uno o dos aspectos de su vida o bien pueden generalizarse.

-AREA SEXUAL Y SOCIAL

Con respecto a la sexualidad se ha observado que existe una disminución de la libido, es decir el acto sexual no les atrae, ni tampoco rescatan de éste algún placer si es que lo llevan a cabo.

En cuanto al área social, el depresivo no participa de reuniones sociales, no visita a sus amistades pues siente que no lo comprenden, de tal manera que prefiere estar aislado. Puede que el paciente no se queje de esto, pero los demás advierten su retraimiento y abandono de actividades que antes le proporcionaban placer y que daban significado a su vida.

ANSIEDAD Y DEPRESION

A) DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION

Como se ha mencionado a lo largo del capítulo, la ansiedad y la depresión son estados de ánimo que tienden a funcionar como señal de alarma frente a ciertos peligros, ya sea como un alertamiento hacia el yo de un peligro inminente ante lo cual se movilizan defensas, en el caso de la ansiedad; o bien como una ocasión o tiempo que tiene el yo para prevenirse de estados

de depresión severos (en el caso de la depresión).

Es común que estos afectos se confundan entre sí, sobre todo cuando se presentan simultáneamente. De ahí la importancia que tiene el discriminar las diferencias que existen entre ambos (Grinberg, 1983):

La ansiedad y la depresión son una reacción ante el peligro, en la ansiedad el yo muestra deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o la fuga, mientras que en la depresión, se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse al peligro, al grado que en ocasiones el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir.

Así también se afirma que tanto la ansiedad como la depresión pueden ser desencadenados por pérdidas de objeto. La presencia de un estado o de otro, depende de lo que representa esa pérdida, por lo que, se considera que la depresión es la verdadera reacción ante la pérdida de objeto, mientras que la ansiedad lo es al peligro que tal pérdida trae consigo (Freud¹²).

Por lo que respecta a los síntomas fisiológicos (Ayuso, 1988) los signos característicos, psicomotores y vegetativos, de la depresión no suelen estar presentes en la ansiedad: pérdida de apetito, disminución de peso, descenso de energía, fatiga, etc.

En la ansiedad los trastornos de la función sexual aparecen en forma de eyaculación precoz, frigidez, es decir como una dificultad para realizar el acto sexual, mientras que en la

¹² citado por Grinberg en 1983.

depresión hay una disminución en la libido.

En la depresión es frecuente que existan trastornos del ritmo cicardiano que no aparecen en la angustia como tendencia a la agravación matutina, despertar precoz.

B) ANSIEDAD, DEPRESION Y GENERO

Para entender las diferencias entre hombres y mujeres desde el punto de vista psicológico y social, es necesario recurrir a los estudios que se han hecho en torno al rol del género.

Bajo el sustantivo género se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad, reservándose sexo para los componentes biológicos, anatómicos y para designar el intercambio sexual del mismo.

El género implica el aprendizaje de normas que informan a la persona de lo obligado, lo prohibido y lo permitido, normas que se transmiten a través de las distintas instituciones sociales, principalmente la familia, la educación, el trabajo y el ocio.

La asignación de género se da desde el nacimiento, de tal manera que a partir de ese momento al hombre y a la mujer se les adjudican comportamientos específicos antagónicos. En nuestra cultura patriarcal, a la mujer se le relaciona con características de sumisión, dependencia, poca objetividad, sensibilidad, se le permite exteriorizar sus sentimientos, su papel central es la maternidad y su ámbito de acción es lo doméstico para cumplir sus funciones de maternidad y maternaje. La eficacia en el cumplimiento de su papel como madre le

garantiza un papel en la sociedad, en la cultura y la salud mental (Burin, 1987).

Al varón por el contrario se le asignan características de independencia, objetividad, inteligencia, agresividad, no se le permite exteriorizar sus sentimientos, pues perdería su masculinidad, así también debe demostrar su virilidad a través de su potencia sexual. El ámbito de acción es público.

En la actualidad es bien conocido de que existen diferencias entre sexos (géneros) en cuanto a las respuestas que se dan ante eventos similares (Bardwick, 1971). De la misma manera, se afirma que el género afecta la probabilidad de que se sufra un trastorno depresivo o ansioso. En cuanto a la depresión, muchos estudios han demostrado que existe una alta proporción de mujeres entre las personas deprimidas (Craig¹³, 1976; Steele¹⁴, 1978).

La proporción estimada es de dos casos en la mujer por un caso en el varón, tanto en la poblaciones estudiadas en tratamiento, como en la población general (Burin 1990 Weissman y Myers, 1978¹⁴).

Weissman en 1981, atribuye estas diferencias entre sexos a dos hipótesis principales.

La primera afirma que la mujer tiene una mayor proclividad para reconocer y expresar sus problemas emocionales, a diferencia del hombre. Por otro lado, atribuye esta proporción a factores biológicos, de tipo endócrino, que interactúan con factores de índole social en la mujer, es decir, la situación

13,14 Citado por Vallejo en 1990.

tradicional de desventaja social aunado a trastornos endócrinos le provocan estados de depresión con mayor frecuencia que al varón.

Otras afirmaciones que apoyan que la mujer tiende a la depresión en mayor grado que el hombre son las siguientes:

La escuela psicoanalítica ha considerado tradicionalmente a la depresión como agresión vuelta hacia dentro. En relación a esto Lars Fredén (1982) afirma que culturalmente al varón le es permitido reaccionar más agresivamente que a la mujer, y que es probable que esto no le genere sentimientos de culpa. La mujer al no poder externalizar la agresión, la vuelve contra sí misma, de ahí que tienda a deprimirse (Kaplan¹⁵).

Aunado a lo anterior, aunque a la mujer no se le permite expresar el enojo, sí es aceptable que exteriorice otros sentimientos y actitudes como serían aquellas ligadas a la depresión, obteniendo de éstas beneficios secundarios como la simpatía y aceptación. Por el contrario, del hombre se espera actitudes de valentía, hombría o bien la adopción de alternativas que oculten la depresión, como sería el alcoholismo.

Por otro lado, se ha observado que la educación recibida en el hogar hacia actividades femeninas o masculinas, según el sexo que se posea, originan en la mujer una limitación en las oportunidades de acción para adquirir autoestima, ya que ésta gira, por lo general, únicamente alrededor de la familia y de los hijos; el varón, por el contrario, es educado para servir a

15 citado por Lars Fredén en 1982.

la comunidad y por tanto los significados de su vida se extienden al trabajo y a las actividades sociales. La pérdida o insatisfacción ante el papel que se juega en la familia deprime a la mujer al no tener fuentes alternativas de autoestima o de satisfacción. El hombre ante la misma situación tenderá a centrar su interés y preocupación en otros ámbitos que dan igual significado a su vida (Gove y Tudor¹⁶, 1973).

De acuerdo a lo anteriormente citado, la mujer tiene una mayor tendencia a la depresión que el varón, sin embargo, cuando se padece esterilidad, las mujeres siguen deprimiéndose más que el varón?

En repetidas ocasiones como resultado de las investigaciones en torno a la esterilidad y depresión, se ha afirmado que la primera puede provocar un estado depresivo, el cual no necesariamente es de carácter patológico,

Esta relación se basa en las siguientes analogías:

La depresión es causada generalmente por pérdidas reales o simbólicas, por tanto el paciente estéril se deprime porque la esterilidad constituye una pérdida (Mahlstedt, 1985).

Esta pérdida está relacionada directamente con las expectativas que se tienen ante la vida y que no se han podido alcanzar, lo cual repercute directamente en la autoestima del paciente, es decir, el tener hijos es la finalidad del matrimonio para muchos e incluso su única alternativa en la vida.

Por tanto se puede hablar de que la esterilidad constituye
16 Citado por Lars Fredén en 1982.

un evento que causa una gran tensión en el individuo y que lo precipita a una depresión, que se manifiesta a través de la pasividad, dependencia principalmente hacia la pareja, sumisión y timidez.

Así mismo, ante la imposibilidad de concebir restringe su vida social, pues no desea comunicar, ni explicar a los demás la causa de su esterilidad, además de que se sienten en desventaja con respecto a las personas que tienen hijos.

Las relaciones con la pareja pueden deteriorarse, llegando incluso a la desintegración de la misma, pues concibe que la familia o la pareja sólo puede subsistir a través de los hijos.

Las relaciones sexuales se ven alteradas en su frecuencia y satisfacción, a lo cual contribuyen en gran medida los tratamientos médicos que pretenden resolver su esterilidad.

Por tanto, de acuerdo a lo anterior, no se puede negar que la esterilidad tiene repercusiones en el estado emocional del individuo.

Por lo que respecta a la relación entre el sexo del paciente estéril y la depresión, se esperaría que la mujer estéril se deprima en mayor grado que el hombre, pues como se ha visto, la mujer tiene pocas alternativas de acción, su papel social gira alrededor de la reproducción y crianza de los hijos, por tanto ante la esterilidad, ve truncada su razón de existencia y al no tener otro proyecto alternativo de vida se deprime.

El varón por el contrario supuestamente no tiende a deprimirse porque tiene diferentes ámbitos o actividades que dan significado a su vida. Sin embargo, si tomamos en cuenta

que la capacidad de concebir está asociada a la virilidad, la cual es fuente de autoestima, de identidad y valor social; además de que la esterilidad es rechazada por la sociedad, pues se considera que es más lógica y común la esterilidad femenina, no se puede deshechar la posibilidad de que el hombre no sólo se deprima sino que lo haga en mayor grado que la mujer.

De acuerdo a esto último, surgió el interés de investigar si, realmente existe depresión en el paciente estéril y que relación tiene la primera con el sexo.

En cuanto a la ansiedad, no es clara la incidencia que tiene ésta en la mujer o el hombre. Algunas investigaciones afirman que existe mayor tendencia a la ansiedad en la mujer y otras afirman que en el hombre.

En el DSM III, se menciona que los trastornos de angustia y los trastornos obsesivo-compulsivos son frecuentes en ambos sexos; las fobias son comunes en las mujeres.

Asimismo, el papel que juega la esterilidad en la ansiedad no es muy evidente ya que las investigaciones que han surgido en torno a ellas, no aclaran si las personas con incapacidad de concebir elevan sus puntajes o no.

La hipótesis que se maneja para la presente investigación es de que la esterilidad es enfrentada con ansiedad, ya que el diagnóstico, el tratamiento, así como la presión que ejerce el medio exterior contribuye a ello.

Por otro lado, se ha tomado en cuenta que la ansiedad es una reacción ante estímulos que se perciben como amenazantes, por

tanto la esterilidad resulta poner en peligro la identidad del individuo.

Es posible que la ansiedad que experimentan los pacientes estériles, no se manifieste como tal, sobre todo después de varios años de sentirla, por tanto es expresada a través de sintomatologías variadas como sería el uso de conductas obsesivo compulsivas, la impulsividad, la agresión, las quejas somáticas, los miedos irracionales, etc., las cuales únicamente son detectables en el trabajo clínico con el paciente o bien a través de instrumentos de personalidad.

Comúnmente, al igual que la depresión, se espera que la mujer estéril reaccione con ansiedad en mayor grado que el varón, sin embargo, si tomamos en cuenta que la sociedad rechaza la esterilidad masculina y que el no poder concebir afecta diferentes áreas del individuo como sería la familiar, social, la laboral, etc., el varón sería candidato a presentar mayor ansiedad pues de alguna manera la esterilidad atenta contra su identidad varonil y por tanto su valor social.

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A través de algunas investigaciones se ha encontrado que la esterilidad resulta ser una experiencia bastante desagradable para el individuo (Fagan, 1986), lo cual está relacionado con el diagnóstico y tratamiento de la misma.

En la mayoría de los casos, el paciente se deprime, presenta ansiedad, pierde autoestima, confianza, seguridad, esperanza y sus relaciones interpersonales se ven deterioradas (Malhsted, 1985).

En general los estudios realizados sobre la esterilidad en relación con aspectos psicológicos, abordan la depresión, ansiedad y características de personalidad, aunque de manera general, principalmente en mujeres, sin embargo ¿Cómo reaccionan psicológicamente los varones estériles, se deprimen más que las mujeres estériles, presentan mayor ansiedad que ellas, o bien varían sus características de personalidad respecto a las mismas?

Por lo tanto la presente investigación estudió principalmente la esterilidad masculina y su impacto emocional en el individuo, específicamente con respecto a la ansiedad, depresión y características de personalidad, comparando los resultados con mujeres estériles, para determinar si existían diferencias entre ambos sexos y al mismo tiempo con muestras de mujeres y hombres fértiles.

HIPOTESIS.

HIPOTESIS CONCEPTUAL.

Es difícil determinar exactamente cómo la experiencia de la esterilidad impacta positiva o negativamente al paciente estéril (Daniluk, 1978), de cualquier manera en un estudio realizado en 1986 por Fagan, el 50% de la mujeres y el 15% de los hombres de 200 parejas reportaron que la esterilidad había sido la experiencia más desagradable de su vida.

Mahlstedt en 1985 comenta que los hombres no experimentan la esterilidad igual que las mujeres.

Freeman en 1985, menciona que los puntajes de ansiedad se elevan significativamente en una situación estresante como es la esterilidad.

Daniluk en 1988 reporta que la depresión es un síntoma común como reacción a la esterilidad.

Freeman en 1985 encontró que de 200 parejas estériles el 20% de los hombres y mujeres tenían elevados los puntajes en las escalas del MMPI.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

H₀. No existen diferencias estadísticamente significativas en el impacto emocional que provoca la esterilidad en mujeres y hombres estériles.

H₁. Existen diferencias estadísticamente significativas en el impacto emocional que provoca la esterilidad en mujeres y hombres estériles.

H₂. No existen diferencias estadísticamente significativas

en la ansiedad que provoca la esterilidad en mujeres y hombre estériles.

H₁: Los varones estériles presentaran mayor ansiedad que las mujeres estériles.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión que provoca la esterilidad en mujeres y hombres estériles.

H₁: Los varones estériles se deprimen más que las mujeres estériles.

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en las características de personalidad de mujeres y hombres estériles.

VARIABLES.

Se investigaron tres variables dependientes:

VD₁ = Ansiedad

VD₂ = Depresión

VD₃ = Características de Personalidad

SUJETOS.

El universo estuvo formado por los varones y mujeres estériles que acudían a la consulta externa matutina del INPer; por los hombres y las mujeres fértiles que asistían a la consulta de seguimiento pediátrico matutino del mismo instituto.

Todos ellos tenían entre 20 y 40 años, sabían leer y escribir, habían terminado la primaria y tenían nacionalidad

mexicana.

Los sujetos fértiles no reportaron anomalías en el aparato reproductor y tenían al menos un hijo. Las personas estériles no tenían hijos.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por cuota.

La muestra tuvo un total de 160 sujetos distribuidos de la siguiente manera:

- Grupo₁ integrado por 40 hombres fértiles.
- Grupo₂ " por 40 hombres estériles.
- Grupo₃ " por 40 mujeres fértiles.
- Grupo₄ " por 40 mujeres estériles.

ESCENARIO.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del INPer.

INSTRUMENTOS

Se seleccionaron tres instrumentos para medir las variables dependientes:

A) IDARE INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO.

Este instrumento está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones diferentes de Ansiedad: Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y Ansiedad Estado (A-Estado).

La escala A-Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto describir cómo se siente generalmente. La escala A-Estado consiste también en 20 afirmaciones, pero los sujetos

deben indicar cómo se sienten en ese momento.

Ambas escalas se encuentran impresas en una hoja por ambos lados. El examinado responde a cada reactivo llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo.

*) ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.

Este instrumento evalúa la depresión, como afecto, síntoma o enfermedad. Posee 20 reactivos de los cuales 10 están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y 10 para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos.

Se le pide al sujeto que señale la asoeración que se apeque más a su caso.

Los síntomas evaluados son: Afectos persistentes, Equivalentes fisiológicos y Equivalentes psicológicos

o MMPI INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD.

Hataway y Mckliney en 1939 crean este instrumento con el propósito de obtener con claridad el perfil de personalidad de cualquier sujeto. Está integrado por 4 escalas de validez y 9 escalas clínicas que se distribuyen a lo largo de 566 preguntas que se contestan como ciertas o falsas (al sujeto se le entrega un protocolo y una hoja de respuestas).

Las escalas de validez son:

? (Can't say)- No puedo decir - incluye los reactivos que el sujeto no contestó.

L Detecta el grado de credibilidad que se le puede dar a la prueba. El grado de franqueza que el sujeto tiene ante la

prueba, así como su ajuste al grupo social.

K Detecta la tendencia del sujeto a contestar los reactivos en forma favorable para él. Opera como corrección para las escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es y Ma.

F Indica incomprensión de la prueba.

Las escalas clínicas son las siguientes:

- 1 (Hs) hipocondriasis
- 2 (D) depresión
- 3 (Hi) histeria
- 4 (Dp) desviación psicopática
- 5 (Mf) masculinidad-feminidad
- 6 (Pa) paranoia
- 7 (Pt) psicastenia
- 8 (Es) esquizofrenia
- 9 (Ma) mania
- 0 (Si) introversión-extroversión

Todos los instrumentos anteriormente mencionados son de fácil aplicación, no tienen límite de tiempo y pueden ser aplicados en forma individual o grupal.

PROCEDIMIENTO

El presente trabajo fue una investigación de campo, en la cual se utilizó un diseño cuasiexperimental intergrupo y un muestreo no probabilístico por cuota.

El procedimiento que se llevó a cabo en un total de tres sesiones para cada uno de los pacientes fue como sigue:

En la primera sesión, se le explicó al participante los objetivos y parámetros generales de la investigación, así como la importancia que tendría el que participara en la misma.

Una vez que accedió a participar, se le hizo una entrevista para obtener los datos más significativos en relación a la esterilidad.

En la segunda y tercerasesión se le proporcionaron los protocolos y hojas de respuestas de los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, y el MMPI.

Se le pidió que leyera junto con el aplicador las instrucciones correspondientes a cada instrumento.

Al terminar la sesión se le agradeció su colaboración en la presente investigación.

Una vez obtenidos los puntajes correspondientes de cada instrumento, se procedió a calcular la frecuencia, media y desviación estándar de cada grupo y por instrumento; para detectar la existencia de diferencias significativas en cada uno de los instrumentos respecto a cada una de las muestras, se utilizó el análisis de varianza con un nivel de significancia de 0.05.

Las comparaciones realizadas con respecto a cada instrumento fueron:

- a) Comparación entre hombres fértiles y hombres estériles.
- b) Comparación entre mujeres fértiles y mujeres estériles.
- c) Comparación entre hombres fértiles y mujeres fértiles.
- d) Comparación entre hombres estériles y mujeres estériles.

- e) Comparación entre hombres y mujeres.
- f) Comparación entre fértiles y estériles.

Se llevó a cabo un análisis de los perfiles del MMPI de cada uno de los grupos para determinar las características de personalidad de los mismos.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a través del paquete estadístico SPSS aplicado a las ciencias sociales.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Con respecto a la edad (tabla 1), se encontró en el grupo de hombres estériles (HE) una media de 31.33 y desviación estándar (D.EST) de 4.35. Para el grupo de hombres fértiles (HF) la edad promedio fue de 29.65 años con una D.EST=6.12.

En el gpo. de mujeres fértiles (MF) la media obtenida fue de 28.85 con una D.EST=5.9; y para el gpo. de mujeres estériles (ME) la edad promedio fue de 31.23 años con una D.EST=3.75.

En cuanto a la edad del compañero (tabla 1), la media para los HE fue de 29.07 y la D.EST=3.13; para los HF la media fue de 27.9 y la D.EST=6.62; en el gpo. de MF, la media fue igual a 27.15 con una D.EST.=12.97; y en el gpo. de ME la edad promedio fue de 32.07 años con una D.EST=6.47.

Para la variable escolaridad (tabla 1) los HE obtuvieron una media=11.38 (lo que corresponde a 11 años de estudio) y una D.EST=3.2. En el gpo. de HF la media=11.65 con una D.EST=3.4.

La media obtenida en el gpo. de MF fue igual a 10.78 con una D.EST=3.07 y para las ME la media=11.03 y la D.EST=3.23.

Por lo que respecta a la escolaridad de la pareja (tabla 1) se encontró para el gpo. de HE una media=9.8 con una D.EST=3.24; para el gpo. de HF una media=9.9 con una D.EST=2.98; para el gpo. de MF una media=9.45 y una

D. EST.=5.47; la media obtenida para el gpo. de ME fue igual a 11.75 con una D. EST=3.44.

Otro de los aspectos estudiados fue en relación a los hijos vivos (tabla 1), de lo cual se encontró que tanto los HE como las ME no tenían hijos vivos, los HF tuvieron un promedio de 2.13 hijos con una D. EST=1.27 y las MF un promedio de 1.8 con una D. EST=1.09.

En cuanto a los años de esterilidad (tabla 1), la media para los HE fue de 8.95 con una D. EST=3.12 y para las ME la media=6.58 con una D. EST=3.24.

De acuerdo al lugar de nacimiento (tabla 1) se encontró que de los 40 HE 26 eran oriundos de D.F. y 14 de provincia; de las 40 MF 36 eran del D.F. y 4 de provincia; en el gpo. de HF y ME la frecuencia obtenida para el D.F. fue de 31 y para la provincia de 9.

Por lo que respecta al estado civil (tabla 1) se obtuvo que 38 HE eran casados y 2 vivían en unión libre; 37 HF eran casados y 3 vivían en unión libre; 28 MF eran casadas, 6 eran solteras y 6 vivían en unión libre; y 36 ME eran casadas, 1 era soltera y 3 vivían en unión libre.

Para la clasificación socioeconómica (tabla 1) se encontró que esta era de nivel bajo para 18 HE y para 24 HF, MF y ME; de nivel medio para 16 HE, 15 HF, 9 MF y 12 ME; y de nivel alto para 6 HE, 1 HF, 7 MF y 4 ME.

Los resultados en cuanto a la ocupación (tabla 2) de los 4 gpos. estudiados fue la siguiente: de los 40 HE, 8 eran profesionistas, 2 técnicos, 3 comerciantes, 22 empleados, 2

obreros calificados, 2 obreros eventuales y 1 con trabajo fluctuante; de los 40 HF 6 eran profesionistas, 2 técnicos, 8 comerciantes, 20 empleados y 4 obreros calificados; de las 40 MF 34 eran amas de casa y 6 trabajaban; y de las 40 ME 22 eran amas de casa, 17 trabajaban y 1 estudiaba.

Por lo que respecta a la ocupación de las parejas (tabla 2), se obtuvo que 31 de las compañeras de los HE eran amas de casa, 8 trabajaban y 1 estudiaba; de los HF 26 eran amas de casa y 14 trabajaban; de los compañeros de las MF 7 eran profesionistas, 1 era comerciante, 19 empleados, 3 obreros calificados, 5 obreros eventuales y de 1 no se sabía su ocupación; finalmente en el gpo. de ME se encontró que 11 de los compañeros eran profesionistas, 1 era técnico, 4 eran comerciantes, 12 empleados, 6 obreros calif., 5 obreros eventuales y 1 con trabajo variable.

DIAGNOSTICO

Con respecto al diagnóstico (tabla 3) la clasificación para los pacientes estériles fue hecha de acuerdo a los criterios de la clínica de esterilidad del INPer.

De los 40 HE se encontró que 13 tenían azoospermia, 14 oligoastenospermia, 4 oligoastenospermia con teratospermia, 1 necrospermia, 5 astenozoospermia, 1 oligoastenospermia con necrospermia, 1 hipospermia con polizoospermia y 1 polizoospermia.

Para las ME se obtuvo que 5 tenían esterilidad primaria sin infertilidad, 6 secundaria sin infertilidad, 4 primaria sin causa aparente, 1 primaria con endometriosis, 5 primaria con

obstrucción tubárica, 2 primaria endócrino-ovárica, 1 primaria cérvico espermático, 7 con oclusión ístmico-peritoneal, 8 primaria tuboperitoneal y 1 estaba dada de baja, por lo que no se supo el diagnóstico.

DEPRESION Y ANSIEDAD

Los resultados obtenidos para las variables depresión y ansiedad fueron los siguientes:

ZUNO

Para el gpo de HE (tabla 4) la media del puntaje bruto (PB) obtenido fue de 32.20 con una D.EST=6.30; para los HF se encontró una media de 32.58 y una D.EST=6.13; para las MF la media=35.83 y la D.EST=9.8; y para las ME la media=36 y la D.EST=10.

Se realizó un punto de corte en el puntaje bruto 40, obteniéndose que (tabla 4) 4 HE, 6 HF, 11 MF y 11 ME estaban por encima de este valor.

IDARE ANSIEDAD-ESTADO

En este test (tabla 4) la media que se obtuvo para el gpo. de HE fue de 36.38 con una D.EST=9.33; una media=35.33 con una D.EST=7.85 para los HF; una media=36.35 con una D.EST=9.34 para las MF; y para las ME una media=38.25 con una D.EST=12.75.

El punto de corte en esta prueba de acuerdo a las normas generadas por el instrumento para personas con bachillerato (Spielberg, 1975), se marcó en el PB=43, de tal manera que 8 HE, 7 HF, 9 MF y 11 ME se encontraron por encima de dicho puntaje.

IDARE ANSIEDAD-RASGO

La media para los HE (tabla 4) fue de 36.73 con una D.EST=8.91; para los HF la media=35.3 con una D.EST.=10.01; para las MF una media=36.28 y una D.EST=1.74; y para las ME una media=40.83 y una D.EST=10.98.

El punto de corte en esta prueba de acuerdo a las normas generadas por el instrumento para personas con bachillerato (Spielberg, 1975), se marcó en el PB=47, de tal manera que 7 HE, 4 HF, 8 MF y 9 ME se encontraron por encima de dicho puntaje.

Los resultados obtenidos por el factor sexo y el factor esterilidad para las pruebas anteriores fueron los siguientes:

ZUNO

Para los hombres (tabla 5) se obtuvo una media=32.39 y una D.EST=6.18; para las mujeres una media=35.91 y una D.EST=9.84; para los fértiles una media=34.20 y una D.EST=8.28; y para los estériles una media=34.10 y una D.EST=8.52.

Se realizó un punto de corte en el puntaje bruto 40, obteniéndose que (tabla 5) 10 hombres, 22 mujeres, 17 fértiles y 15 estériles.

IDARE ANSIEDAD-ESTADO

La media de los varones (tabla 5) fue de 35.85 con una D.EST=8.59; la de las mujeres igual a 37.30 con una D.EST=11.15; la de los fértiles fue de 35.84 con una D.EST=8.59; y la de los estériles igual a 37.31 con una D.EST=11.14.

Se realizó un punto de corte en el puntaje bruto 43,

obteniéndose que (tabla 5) 15 hombres, 20 mujeres, 16 fértiles y 19 estériles.

IDARE ANSIEDAD-RASGO

En los hombres (tabla 5) se encontró una media=36.01 y una D.EST=9.44; en las mujeres una media=38.55 con una D.EST=10.95; en los fértiles una media=35.79 y una D.EST=10.45 y en los estériles una media=38.78 con una D.EST=9.92.

Se realizó un punto de corte en el puntaje bruto 47, obteniéndose que (tabla 5) 11 hombres, 17 mujeres, 12 fértiles y 16 estériles.

Los resultados obtenidos a través del análisis de varianza fueron:

SUNO

De la comparación hecha entre los HF y los HE (tabla 6) se encontró una $F=1.06$ con una $Sig=0.868$; entre las MF y las ME se obtuvo una $F=1.04$ y una $Sig=0.896$; entre hombres y mujeres fértiles una $F=2.55$ y una $Sig=0.004$; y entre los hombres y mujeres estériles una $F=2.52$ con una $Sig=0.005$.

Así mismo, en la comparación entre hombres y mujeres en general se encontró una $F=2.54$ (tabla 7) y una $Sig=0.000$; y entre fértiles y estériles una $F=1.06$ con una $Sig=0.8$.

IDARE ANSIEDAD-ESTADO

El puntaje F obtenido entre HF y HE (tabla 6) fue de 1.41 con una $Sig=0.28$, entre MF y ME la $F=0.19$ y la $Sig=0.055$; entre HF y MF se encontró una $F=1.41$ y una $Sig=0.283$; y entre HE y ME una $F=1.87$ y una $Sig=0.055$.

Igualmente en la comparación entre hombres y mujeres se obtuvo una $F=1.68$ con una $Sig=0.022$; los mismos resultados se obtuvieron en la comparación entre fértiles y estériles.

IDARE ANSIEDAD-BASCO

El puntaje F obtenido entre HF y HE (tabla 6) fue de 1.26 con una $Sig=0.441$, entre MF y ME la $F=1.08$ y la $Sig=0.807$; entre HF y MF se encontró una $F=1.20$ y una $Sig=0.565$; y entre HE y ME una $F=1.40$ y una $Sig=0.293$.

Igualmente en la comparación entre hombres y mujeres se obtuvo una $F=1.34$ con una $Sig=0.191$; y entre los fértiles y estériles se obtuvo una $F=1.11$ con una $Sig=0.646$.

MMPI

Con respecto a la personalidad los resultados obtenidos fueron los siguientes:

L

Para la escala L (tabla 8) se obtuvieron los siguientes resultados: La media de los HE fue de 6.05 con una $D.EST=2.92$; para los HF la media=5.2 y una $D.EST=2.61$; para las MF la media=5.55 y la $D.EST=2.44$; y para las ME la media=5.9 con una $D.EST=2.81$.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=5.63 con una $D.EST=2.79$; para las mujeres en general la media=5.72 con una $D.EST=2.62$; la media de los fértiles igual a 5.38 y la $D.EST=2.52$; y la de los estériles igual a 5.98 con una $D.EST=2.85$.

Por arriba del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 3 HE, 2

MF, y 4 ME; por abajo de T=45 6 HE, y 5 personas en cada uno de los gpos. restantes (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 3 hombres, 6 mujeres, 2 fértiles y 7 estériles; por debajo del puntaje T=45, 11 hombres, 10 mujeres, 10 fértiles y 11 estériles (tabla 11).

F

En la escala F (tabla B) los HE tuvieron una media=7.65 con un D.EST=5.97; los HF una media de 6.10 con una D.EST=4.02; las MF una media=7.65 con una D.EST=6.77; y las ME una media de 6.83 con una D.EST=4.89.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=6.88 y una D.EST=5.12; las mujeres una media=7.24 y una D.EST=5.88; los fértiles una media=6.88 y una D.EST=5.58; y los estériles obtuvieron una media=7.24 y una D.EST=5.44.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 7 HE, 3 HF, 7 MF y 3 ME; por abajo de T=45 1 HF, 2 MF y 1 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 10 hombres, 10 mujeres, 10 fértiles y 10 estériles; por debajo del puntaje T=45, 1 hombre, 3 mujeres, 3 fértiles y 3 estériles (tabla, 11).

K

Para la escala K (tabla B) la media de los HE fue de 13.98 con una D.EST=5.59; para los HF la media=15.92 y una D.EST=4.87; para las MF la media=14.45 y la D.EST=5.16; y para las ME la media=14.70 con una D.EST=5.35.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=14.95 con una D.EST=5.30; para las mujeres en general la media=14.58 con una D.EST=5.22; la media de los fértiles igual a 15.19 y la D.EST=5.04; y la de los estériles igual a 14.34 con una D.EST=5.45.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 2 HE, 1 HF, 2 MF y 2 ME; por abajo de T=45 9 HE, 4 HF, 8 MF, y 6 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 3 hombres, 4 mujeres, 3 fértiles y 4 estériles; por debajo del puntaje T=45, 13 hombres, 14 mujeres, 12 fértiles y 16 estériles (tabla 11).

##

En la escala HS (tabla 8) los HE tuvieron una media=8.05 con una D.EST=5.23; los HF una media de 6.55 con una D.EST=4.04; las MF una media=10.55 con una D.EST=6.27; y las ME una media de 15.13 con una D.EST=6.20.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=7.30 y una D.EST=4.71; las mujeres una media=12.84 y una D.EST=6.61; los fértiles una media=8.55 y una D.EST=5.61; y los estériles obtuvieron una media=11.59 y una D.EST=6.72.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 7 HE, 7 MF y 22 ME; por abajo de T=45 7 HE, 2 HF y 7 MF (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 7 hombres, 29 mujeres, 7 fértiles y 29 estériles; por debajo del puntaje T=45, 9 hombres, 7 mujeres, 9 fértiles y 7 estériles (tabla 11).

D

Para la escala D (tabla 8) la media de los HE fue de 23.43 con una D.EST=4.70; para los HF la media=20.62 y una D.EST=4.02; para las MF la media=25.13 y la D.EST=6.05; y para las ME la media=25.45 con una D.EST=5.64.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=22.03 con una D.EST=4.57; para las mujeres en general la media=25.29 con una D.EST=5.81; la media de los fértiles igual a 22.88 con una D.EST=5.59; y la de los estériles igual a 24.44 con una D.EST=5.26.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 15 HE, 3 HF, 11 MF, y 6 ME; por abajo de T=45 3 HF, 2 MF, y 2 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 18 hombres, 17 mujeres, 14 fértiles y 21 estériles; por debajo del puntaje T=45, 5 hombres, 4 mujeres, 5 fértiles y 2 estériles (tabla 11).

HI

En la escala HI (tabla 8) los HE tuvieron una media=21.43 con una D.EST=5.84; los HF una media de 20.10 con una D.EST=4.36; las MF una media=24.53 con una D.EST=6.60; y las ME una media de 23.93 con una D.EST=4.93.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=20.76 y una D.EST=5.16; las mujeres una media=24.23 y una D.EST=5.79; los fértiles una media=23.31 y una D.EST=5.98; y los estériles obtuvieron una media=22.68 y una D.EST=5.51.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 7 HE, 2

HF, 6 MF y 5 ME; por abajo de T=45 2 HE, 3 HF, y 3 MF (tabla 11)

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 9 hombres, 11 mujeres, 8 fértiles y 12 estériles; por debajo del puntaje T=45, 7 hombres, 3 mujeres, 6 fértiles y 2 estériles (tabla 11).

DP

Para la escala DP (tabla 8) la media de los HE fue de 17.05 con una D.EST=4.41; para los HF la media=16.20 y una D.EST=4.54; para las MF la media=18.08 y la D.EST=5.74; y para las ME la media=20.38 con una D.EST=5.06.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=16.63 con una D.EST=4.47; para las mujeres en general la media=19.23 con una D.EST=5.50; la media de los fértiles igual a 17.14 y la D.EST=5.23; y la de los estériles igual a 18.72 con una D.EST=5.01.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 6 HE, 5 HF, 12 MF, y 17 ME; por abajo de T=45 2 HE, 5 HF, 2 MF y 2 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 11 hombres, 29 mujeres, 17 fértiles y 23 estériles; por debajo del puntaje T=45, 2 hombres, 4 mujeres, 7 fértiles y 4 estériles (tabla 11).

MF

En la escala MF (tabla 8) los HE tuvieron una media=25.43 con una D.EST=5.07; los HF una media de 24.83 con una D.EST=4.00; las MF una media=32.70 con una D.EST=3.68; y las ME

una media de 33.78 con una D.EST=4.00.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=25.13 y una D.EST=4.55; las mujeres una media=33.24 y una D.EST=3.86; los fértiles una media=28.76 y una D.EST=5.50; y los estériles obtuvieron una media=29.60 y una D.EST=6.18.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 6 HE, 4 HF, 1 MF y 4 ME; por abajo de T=45 1 HE, 1 HF, 1 MF y 1 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 10 hombres, 5 mujeres, 5 fértiles y 10 estériles; por debajo del puntaje T=45, 13 hombres, 2 mujeres, 2 fértiles y 1 estériles (tabla 11).

PA

Para la escala PA (tabla 8) la media de los HE fue de 9.25 con una D.EST=3.54 para los HF la media=8.75 y una D.EST=2.43; para las MF la media=10.58 y la D.EST=3.84; y para las ME la media=11.80 con una D.EST=4.05.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=9.00 con una D.EST=3.02; para las mujeres en general la media=11.19 con una D.EST=3.97; la media de los fértiles igual a 9.66 y la D.EST=3.32; y la de los estériles igual a 10.53 con una D.EST=3.99.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 3 HE, 4 MF y 6 ME; por abajo de T=45 7 HE, 6 HF, 3 MF, y 3 ME (tabla 11)

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 3 hombres, 12 mujeres, 6 fértiles y 38 estériles;

por debajo del puntaje $T=45$, 12 hombres, 6 mujeres, 9 fértiles y 9 estériles (tabla 11).

PT

En la escala PT (tabla 8) los HE tuvieron una media=14.30 con una D.EST=8.62; los HF una media de 10.90 con una D.EST=6.95; las MF una media=13.60 con una D.EST=8.47; y las ME una media de 24.38 con una D.EST=9.43.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=12.60 y una D.EST=7.97; las mujeres una media=18.99 y una D.EST=10.43; los fértiles una media=12.25 y una D.EST=7.82; y los estériles obtuvieron una media=19.34 y una D.EST=10.31.

Por arriba del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 11 HE, 8 HF, 5 MF y 27 ME; por abajo de $T=45$ 7 HE, 5 HF, 11 MF y 1 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 19 hombres, 32 mujeres, 13 fértiles y 43 estériles; por debajo del puntaje $T=45$, 8 hombres, 12 mujeres, 16 fértiles y 8 estériles (tabla 11).

ES

Para la escala ES (tabla 8) la media de los HE fue de 16.90 con una D.EST=12.01; para los HF la media=12.68 y una D.EST=8.57; para las MF la media=16.15 y la D.EST=11.34 y para las ME la media=26.60 con una D.EST=12.05.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=14.79 con una D.EST=10.58; para las mujeres en general la media=21.38 con una D.EST=12.76; la media de los fértiles igual a 14.41 y la D.EST=10.14; y la de los estériles igual a 21.75 con una

D.EST=12.91.

Por arriba del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 14 HE, 10 HF, 12 MF, y 29 ME; por abajo de $T=45$ 7 HE, 1 HF, 9 MF y 2 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 34 hombres, 41 mujeres, 22 fértiles y 16 estériles; por debajo del puntaje $T=45$, 1 hombres, 11 mujeres, 10 fértiles y 9 estériles (tabla 11).

MA

En la escala MA (tabla 8) los HE tuvieron una media=18.40 con una D.EST=4.26; los HF una media de 17.90 con una D.EST=3.86; las MF una media=17.38 con una D.EST=4.30; y las ME una media de 19.30 con una D.EST=4.80.

Los hombres en general (tabla 9) obtuvieron una media=18.15 y una D.EST=4.04; las mujeres una media=18.34 y una D.EST=4.63; los fértiles una media=17.64 y una D.EST=4.07; y los estériles obtuvieron una media=18.85 y una D.EST=4.53.

Por arriba del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 6 HE, 5 HF, 4 MF y 10 ME; por abajo de $T=45$ 1 HE, 4 MF y 3 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte $T=70$ (tabla 10) se encontraron 11 hombres, 14 mujeres, 9 fértiles y 6 estériles; por debajo del puntaje $T=45$, 8 hombres, 7 mujeres, 4 fértiles y 4 estériles (tabla 11).

IS

Para la escala IS (tabla 8) la media de los HE fue de 33.20 con una D.EST=7.11; para los HF la media=25.78 y una

D.EST=6.97; para las MF la media=30.65 y la D.EST=6.73; y para las ME la media=28.90 con una D.EST=9.16.

Para todos los hombres (tabla 9) la media=29.49 con una D.EST=7.93; para las mujeres en general la media=29.78 con una D.EST=8.04; la media de los fértiles igual a 28.21 con una D.EST=7.24; y la de los estériles igual a 31.05 con una D.EST=8.43.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 4 HE, 1 HF, 2 MF y 2 ME; por abajo de T=45 1 HE, 7 HF, 2 MF, y 8 ME (tabla 11).

Así también por encima del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 5 hombres, 4 mujeres, 3 fértiles y 4 estériles; por debajo del puntaje T=45, 13 hombres, 10 mujeres, 9 fértiles y 9 estériles (tabla 11).

Para todos los hombres (tabla 9) la media=19.00 con una D.EST=6.27; para las mujeres en general la media=19.34 con una D.EST=7.71; la media de los fértiles igual a 18.33 y la D.EST=5.89; y la de los estériles igual a 20.01 con una D.EST=7.92.

Por arriba del corte T=70 (tabla 10) se encontraron 2 HE, 1 HF, 2 MF y 2 ME; por abajo de T=45 9 HE, 4 HF, 8 MF, y 6 ME (tabla 11).

Los resultados obtenidos a través del análisis de varianza fueron los siguientes (sólo se mencionarán aquellos datos que fueron significativos, es decir, con un nivel de significancia menor a 0.05):

F

Al comparar los HF con los HE (tabla 4) se encontró una $F=2.10$ con una $Sig=0.015$ para la escala F, de la misma manera se obtuvo una $F=1.92$ y una $Sig=0.045$ al comparar las MF con las ME; entre los HF y las MF la $F=2.84$ y una $Sig=0.002$.

FE

En la comparación entre HF y MF se obtuvo una $F=2.40$ y una $Sig=0.007$ (tabla 4); y al comparar todos los hombres con todas las mujeres (tabla 5) la $F=1.97$ con una $Sig=0.003$.

D

Para esta escala se encontró una $F=2.26$ y una $Sig=0.012$ entre los HF y MF (tabla 4); y entre los hombres y mujeres en general la $F=1.62$ y la $Sig=0.033$ (tabla 5).

HI

Entre los HF y las MF la F obtenida fue igual a 2.30 con una $Sig=0.011$ (tabla 4).

FA

Al comparar HF con HE (tabla 4) la F fue de 2.12 y la $Sig=0.021$; entre hombres y mujeres fértiles la $F=2.51$ y la $Sig=0.005$; y entre varones y mujeres (tabla 5) la F obtenida fue igual a 1.73 con una $Sig=0.016$.

FI

Entre los hombres y mujeres $F=1.71$ con una $Sig=0.018$ (tabla 5); y entre fértiles y estériles la $F=1.74$ y la $Sig=0.015$.

FE

Se obtuvo una $F=1.97$ con una $Sig=0.038$ entre HF y HE ; y una $F=1.62$ y una $Sig=0.033$ entre fértiles y estériles (tabla 4 y 5)

DISCUSION DE RESULTADOS

La reproducción es y ha sido uno de los aspectos que el ser humano anhela y experimenta en algún momento de su vida.

La sociedad promueve y aplaude la capacidad de concebir y la familia sigue teniendo como principal objetivo el formar el ambiente propicio para la procreación de los hijos.

Hoy en día existe la tendencia por controlar la natalidad, y la ciencia médica se ha encargado de encontrar los métodos anticonceptivos para ello, al mismo tiempo que otorga libertad sexual eliminando embarazos no deseados ni planeados, sin embargo, cuando el individuo es estéril, busca por todos los medios la fertilidad.

Hasta mediados de este siglo, la ausencia de hijos era atribuida únicamente a la mujer, y aún en nuestros días, la sociedad sigue considerando como lógica y común a la esterilidad femenina, aunque en muchos casos, el varón resulta ser estéril.

Las investigaciones que han surgido alrededor de la esterilidad en su mayoría son desde el punto de vista biológico, y sólo un mínimo de ellas contempla los aspectos psicológicos.

De acuerdo a estos 2 aspectos, la presente investigación tuvo como finalidad estudiar el impacto emocional que sufre el hombre ante la esterilidad. Para ello fue necesario comparar sus resultados (de los tres instrumentos empleados para medir

ansiedad, depresión y características de personalidad) con mujeres estériles, hombres fértiles y mujeres fértiles, por tanto es importante señalar, que la presente discusión girará alrededor del hombre estéril.

Los cuatro grupos estudiados (hombres estériles (HE), mujeres estériles (ME), hombres fértiles (HF) y mujeres fértiles (MF)) fueron muy similares entre si, por tanto se considera que los aspectos sociodemográficos no afectaron los resultados.

De los varones estériles se puede afirmar que se encontraban en el término medio de la edad reproductiva, la mayoría eran casados o vivían en unión libre, su escolaridad era de aproximadamente 11 años de estudio y la mayoría pertenecía a la clase baja.

Aunque un gran número de los hombres estériles eran empleados, es en este grupo en comparación con los hombres fértiles donde se encontraban ligeramente un mayor número de profesionistas y como en el grupo de mujeres estériles pertenecían un mayor número de personas que trabajaban y estudiaban en comparación con el grupo de mujeres fértiles, se deduce que la esterilidad conduce a que los individuos busquen opciones de vida diferentes a las relacionadas con la paternidad-maternidad, las cuales por lo general son sustitutivas de ésta última, sin embargo no garantizan la estabilidad emocional del individuo, pues como diría Langer en 1974, la persona estéril, en especial la mujer, encontrará la felicidad si sublima la maternidad, sin embargo si no se llega

a realizar en este aspecto, sentirá que ha desperdiciado algo de sí misma; lo ideal sería que a través de estas opciones de vida el paciente estéril comprendiera que el tener hijos no es el único medio de encontrar satisfacción y aceptación social, es decir, no es el único fin que puede tener la sexualidad, la familia y el ser humano en sí.

Por lo que respecta a los años de esterilidad, estos pacientes tenían de 6 a 7 años en promedio de desear concebir un hijo, asimismo ninguno de ellos tenía hijos vivos, ya que la mayoría padecía esterilidad primaria. Es importante señalar que los varones estériles, a diferencia de las mujeres estériles, tenían poco tiempo de saber que la esterilidad que padecían en pareja era por factor masculino.

El tipo de esterilidad de mayor incidencia en los varones fue la azoospermia (falta de espermatozoides en el eyaculado) y la oligoastenospermia (poca cantidad y movilidad de espermatozoides en el eyaculado).

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LAS VARIABLES

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Las variables estudiadas en la presente investigación fueron la ansiedad, la depresión y las características de personalidad a través de los instrumentos IDARE, ZUNG y MMPI.

Los datos proporcionados por la escala Zung e Idare sugieren que los hombres estériles aparentemente no presentaron ni depresión ni estados de ansiedad, ya que todos los puntajes promedio se encuentran por debajo del puntaje bruto 40 en el

caso de la escala Zung, del puntaje bruto 43 en el caso de Idare Ansiedad-estado y el puntaje bruto 47 para el Idare Ansiedad-Rasgo.

Esto confirma lo que Daniluk en 1988 concluye en un estudio de 43 personas que padecían esterilidad primaria, en donde la ansiedad principalmente permaneció dentro de los rangos normales.

Los resultados de éstos instrumentos se vieron afectados posiblemente (tomando en cuenta que los resultados obtenidos en estos dos instrumentos fueron similares para los demás grupos) por el tiempo que llevan los pacientes de padecer esterilidad, pues la sintomatología básica de depresión y ansiedad ya no es manifestada como tal, ya que tiene un carácter crónico, y por tanto los instrumentos de tamiz no tuvieron el alcance suficiente para detectarla, aspecto que se corroborará más adelante al analizar los resultados del MMPI.

Del análisis de varianza aplicado a los diferentes grupos con respecto a la escala Zung, se encontraron únicamente diferencias significativas por sexo donde las mujeres son las que tendieron a presentar un mayor número de síntomas relacionados con la depresión, lo cual corrobora lo que Weissman y Myers (citado por Vallejo en 1990) concluyen en 1978, acerca de que existe una proporción de 2 mujeres por varón que presentan depresión en la población general, así también confirma lo que afirma Burin en 1990, acerca de que la depresión es un problema de mujeres, sin embargo éstas afirmaciones no son aplicables cuando se padece esterilidad, ya

que como se citará más adelante, cuando existe el factor esterilidad, es el hombre el que tiende a utilizar con mayor frecuencia mecanismos de depresión.

Para la escala Idare-Estado y Rasgo no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. Al comparar todos los fértiles con los estériles, se observó que entre los estériles existían un mayor número de síntomas relacionados con la ansiedad-estado, lo cual confirma que la esterilidad impacta profundamente a los individuos, ya que ésta representa una amenaza hacia la identidad, los valores y la finalidad de la vida, es decir aspectos relacionados con la interacción con los demás, las necesidades de satisfacción y seguridad del individuo.

Para poder analizar los resultados obtenidos por el varón estéril en el MMPI, es necesario tener como referencia las características de personalidad de las personas que integraban los demás grupos, por tanto, a continuación se abordarán primeramente los resultados obtenidos para este instrumento (MMPI) para los grupos de HF, MF y ME, para que finalmente se puedan analizar las características de personalidad de la población que nos interesa.

HOMBRES FERTILES

Los pacientes de este grupo respondieron francamente a los

reactivos, y tuvieron suficiente confianza en sí mismos como para admitir sus defectos y desventajas menores. Son perceptivos, socialmente responsivos, seguros de sí mismos e independientes, son capaces de comunicar sus ideas en forma eficaz (L)

Típicamente funcionan con eficacia en la mayor parte de los aspectos de su vida, tienen una adecuada adaptación psicológica, y aunque pueden tener algunas reacciones emotivas consideran tener capacidad para reconocer un problema emocional y enfrentar las vicisitudes de la vida diaria (f,k).

Son personas libres de preocupaciones somáticas (Hs), aunque actualmente se encuentran levemente depresivas por situaciones temporales que les preocupan (D).

La manifestación de sus ideas y emociones es adecuada (Hi, Dp), se muestran equilibrados, prudentes, cautelosos y autocontrolados (Pa). Asimismo se encuentran libres de temores incapacitantes, tienen seguridad en sí mismos, además de que son percibidos como calurosos, alegres y amistosos. Tienen un amplio rango de intereses, son responsables, eficientes, realistas y adaptables. El éxito, la posición y el reconocimiento son importantes para ello (Pt).

Son sociables, extrovertidos, de buen temperamento, y con una necesidad de estar rodeados de personas. Son vistos como inteligentes, con fluidez verbal y expresividad (Is, Ma).

Aunque tienen un amplio rango de intereses y son creativos e imaginativos en la forma en que enfocan sus problemas y metas, por lo general tienden hacia la abstracción y vaguedad, parece

carecer de la información básica que se requiere para la solución de problemas (Es).

Sus relaciones interpersonales son adecuadas, no presentan conductas impulsivas, ni problemas con figuras de autoridad (Dp), aunque en ocasiones tienden hacia la pasividad, sin caer en la dependencia y la sumisión (Mf).

MUJERES FÉRTILES

Las mujeres fértiles contestaron los reactivos como la mayoría de las personas, tendieron a ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos, por tanto se considera que son convencionales y socialmente conformistas (l,f).

Típicamente funcionan con eficacia en la mayor parte de los aspectos de su vida, tienen una adecuada adaptación psicológica y un concepto adecuado de sí mismas; pueden tener reacciones emotivas, sin embargo sienten que tienen los recursos adecuados para enfrentar las situaciones conflictivas de la vida (f,k).

Actualmente se encuentran levemente deprimidas, preocupadas por alguna situación temporal que viven (D). Tienen interés por su salud y tienden a presentar quejas somáticas, difusas y vagas (Hs).

Por otro lado, las mujeres fértiles utilizan medios indirectos para obtener atención y afecto. Cuando los demás no responden apropiadamente pueden ser hostiles y resentidas (Hi), de la misma manera pueden manifestar cierta inconformidad hacia las figuras de autoridad (Dp).

En general son personas sociables, amables, afectuosos y seguras de sí mismas (Mf). Tienen un amplio rango de intereses y metas, aunque éstas tienden a ser abstractas y vagas, además de que en ocasiones parecen carecer de información básica que se requiere para la solución de problemas (Es), sin embargo muestran iniciativa, se involucran en el trabajo y en las actividades que realizan (Pa).

Su capacidad para organizar el trabajo es adecuada, no presentan dudas sobre sus actitudes y se encuentran libres de temores incapacitantes (Pt). Son personas cuya actividad y energía es característica de personas sanas (Ma).

MUJERES ESTÉRILES

Las mujeres estériles contestaron los reactivos tendiendo a ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos, por tanto se considera que son convencionales y socialmente conformistas (1,f)

Es importante señalar que el perfil de este grupo tiene 3 escalas por encima de $t=70$ a diferencia de los demás grupos, de ahí que se pueda afirmar que estas mujeres ante la esterilidad presentan tendencia hacia la fantasía, el aislamiento, al uso de defensas de tipo obsesivo-compulsivo y quejas somáticas.

En general tienen como característica una gran confusión, no vacilan en admitir sus problemas psicológicos y en realidad parecen carecer de las defensas adecuadas para enfrentar la esterilidad.

Manifiestan sentirse preocupadas, tensas y nerviosas, se preocupan mucho e incluso por problemas insignificantes.

La ansiedad principalmente la controlan a través del perfeccionismo, la responsabilidad, la autocrítica, es decir por medio de defensas obsesivo-compulsivas (Pt).

Actualmente se encuentran levemente depresivas y preocupadas por situaciones temporales que viven (D), expresan un interés significativo acerca de su salud, además de que presentan quejas somáticas difusas y vagas, es decir una forma más para controlar sus impulsos (Hi).

Por otro lado se encuentran insatisfechas e infelices, demandan mucho de los demás y son críticas con lo que hacen los otros. Es probable que expresen hostilidad en forma indirecta (Hs).

Abrigan sentimientos crónicos de inseguridad, inadecuación e inferioridad; tienden a ser demasiado indecisas. Se aislan de las interacciones sociales, y aunque en ocasiones parecen ser sociables, amables y de buen temperamento, sus relaciones interpersonales son superficiales. Son personas pasivo-dependientes, incapaces de adoptar un papel dominante en éstas últimas.

Se sienten inadecuadas en el desempeño del rol sexual femenino y en un intento por compensar dichas deficiencias recurren a las fantasías abundantes (Es, Pt).

Al parecer tienen una gran energía que las hace involucrarse en una gran cantidad de actividades, tienen muchas metas y proyectos que por un lado nunca terminan o llevan a cabo y por

otro se caracterizan por ser vagas y confusas.

HOMBRES ESTÉRILES

Antes de abordar las características de personalidad de los hombres estériles y el impacto emocional que les causa la falta de descendencia, es importante señalar que al observar los perfiles de los cuatro grupos, aquellos que pertenecen a los pacientes estériles, tanto hombres como mujeres, se encuentran más elevados que los perfiles de las las personas fértiles.

Así también al analizar el número de personas que sobrepasaron el puntaje $t=70$, se observa que en general las personas estériles tendieron a presentar con mayor frecuencia escalas elevadas (fértiles 27%, estériles 54%).

Por otro lado al realizar las diferentes comparaciones entre los fértiles y estériles en general, se encontró que los pacientes estériles utilizan principalmente la fantasía y los mecanismos obsesivo-compulsivos (diferencias estadísticamente significativas para las escalas Es y Pt entre fértiles y estériles) y como se verá más adelante la depresión y las quejas somáticas también constituyen características del paciente estéril.

Todo lo anterior confirma que la esterilidad produce cambios en la personalidad o bien acentúa características que desequilibran el estado emocional, físico y la interacción con el ambiente. Asimismo corrobora lo que Duarte en 1970 encuentra en un estudio entre población estéril y fértil en donde los primeros elevaron sus puntajes en instrumentos de personalidad,

ya que utilizaban principalmente mecanismos de control sobre impulsos tales como la fantasía, el aislamiento, defensas de tipo obsesivo y tendencias a manifestar quejas somáticas.

El perfil de los varones estériles, se encuentra elevado en la mayor parte de las escalas con respecto a los hombres fértiles, y como ésto ocurre de igual manera aunque con mayor acentuación en los grupos de mujeres, se puede hablar de que las características de personalidad que presentan los hombres estériles se deben al factor esterilidad y no a un factor cultural.

Es cierto que los puntajes de las diferentes escalas del perfil de los hombres estériles no se encuentran tan alteradas como en el caso de las mujeres estériles, quienes incluso elevan tres escalas por encima de $t=70$, sin embargo la elevación que presentan algunas de ellas, como las escalas B y 2, es importante. Además hay que tomar en cuenta que los varones estériles aunque tienen un promedio de 7 años de esterilidad tienen relativamente poco tiempo de saber que la esterilidad que padecen como pareja es por factor masculino, ya que culturalmente al hablar de esterilidad siempre se relaciona a ésta con el sexo femenino, así que en forma tardía se explora y estudia al varón; por tanto si los hombres estériles tuvieran 7 años de saberse estériles, su perfil probablemente presentaría escalas con mayor elevación.

Analizando en forma específica el perfil de los varones estériles se encuentra lo siguiente:

Por la elevación de las escalas de validez se sabe que los pacientes de este grupo contestaron los reactivos tendiendo a ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación al control de uno mismo y a principios morales establecidos, es decir presentaron mucha necesidad de impresionar en forma favorable a través de apegarse a lo socialmente establecido, actitud que les permite, por un lado negar que la esterilidad les afecta emocional y físicamente y por otro frenar el rechazo social que perciben del medio.

Específicamente por la elevación que presenta la escala F y K, y al comparar ésta con los puntajes obtenidos por los demás grupos para las mismas escalas, se puede hablar de que el hombre estéril reconoce que tiene reacciones emotivas y que aunque su adaptación psicológica es adecuada, siente que los recursos para enfrentar en este caso la esterilidad no son muy adecuados.

Por lo que respecta a las escalas clínicas, como se señaló anteriormente, las escalas con mayor elevación son la 8 y la 2, igualmente el número de personas que sobrepasaron el puntaje $t=70$ es elevado para ambas escalas en comparación con las demás escalas y los demás grupos; lo cual indica que el varón utiliza principalmente mecanismos de la fantasía, el aislamiento y depresión para enfrentar la esterilidad.

La fantasía en general es un recurso que al parecer utilizan con frecuencia los pacientes del INPer, independientemente de la esterilidad, ya que en todos los grupos, la escala E resulta ser una escala importante por su elevación con respecto

a resto del perfil.

Cuando se padece esterilidad, el uso de la fantasía se incrementa, como una forma de evitar enfrentarse a la situación conflictiva o a una realidad que no se desea aceptar, pues resulta ser más sencillo y soportable el tener la esperanza de algún día concebir un hijo para mejorar el papel que se desempeña en diferentes ámbitos de la vida, que enfrentarse al crecimiento propio como individuo.

Así también en relación a la elevación de la escala 8, es común que los hombres estériles utilicen la racionalización y la intelectualización para justificar la falta de descendencia o bien niegan el impacto emocional que sufren ante ésta. Por lo general tienden hacia intereses abstractos, presentan dificultades para expresar sus sentimientos, aspecto muy fomentado en el varón mexicano (Weissman, 1981), sus objetivos y metas son vagos y abstractos, es decir realmente no saben para qué desean ser padres, la esterilidad los paraliza y al parecer su único fin en la vida es procrear descendencia.

La segunda característica importante del hombre estéril es la tendencia hacia la depresión. Es importante señalar que la escala 2 de este grupo es la más elevada con respecto a los demás grupos, asimismo el mayor número de personas con la escala 2 elevada, incluso por encima de $t=70$, pertenecen al grupo de hombres estériles, de ahí que la depresión que presenta este grupo se debe a la esterilidad y no a un factor cultural.

Así también lo anterior confirma lo que Morales considera en

1990, acerca de que la esterilidad con frecuencia provoca estados depresivos que afectan la vida dinámica que se genera en la vida común.

La combinación de las escalas B y 2, indica que los pacientes varones estériles se sienten ansiosos, agitados, tensos y en ocasiones irritados.

No son lo bastante eficientes para llevar a cabo sus responsabilidades, tienden a carecer de originalidad en su pensamiento y son estereotipados en la solución de problemas; es posible que presenten poca objetividad con respecto a sus capacidades, y una subestimación de sus problemas. Son básicamente personas dependientes e ineficaces.

Su autoestima se encuentra mermada. Se muestran incapaces para funcionar en diversas situaciones. Tienden a ser pesimistas respecto al futuro en general, aunque tienen la esperanza de que algún día podrán ejercer la paternidad, aspecto tan necesario para demostrar su virilidad.

Si se analizan específicamente algunas escalas en relación a la depresión, se encuentra que a pesar de que la elevación de la escala 1 indica que los varones estériles se encuentran libres de preocupaciones somáticas, por el número de personas que se encuentran por debajo de $t=45$ (10) y por encima de $t=70$ (10), se puede decir que o bien canalizan la ansiedad a través de la queja somática, presentando interés significativo por su cuerpo, o bien niegan molestias físicas, al grado de otorgar mínima importancia a las causas orgánicas de la esterilidad, manifestado estar en perfectas condiciones de salud.

Otro aspecto que corroboraría la presencia de ansiedad, aunque de manera controlada, es la tendencia que presentan estos pacientes hacia el perfeccionismo, el orden y la autocrítica (Pt).

Igualmente en relación a todo lo anterior, los varones estériles aunque desea mostrar un buen autocontrol de sus emociones, equilibrio, seriedad, madurez en la forma de enfrentar la vida, e integridad (la escala Pa es la más baja del perfil), tienden a mostrarse irritables, poco tolerantes y con una tendencia a racionalizar y transferir la culpa a los demás, de tal manera que son suspicaces con las motivaciones de los demás y evitan así el compromiso emocional profundo.

Diferentes autores (Fenichel, 1986; Bibring, citado por Fredén en 1982) han llegado a la conclusión de que una de las características pilares de la depresión como fundamento de su génesis y manifestación, es la disminución de la autoestima; el varón ante la falta de hijos merma su autoestima la cual se manifiesta en el deseo de dar una imagen con mayor ajuste social que las personas de los demás grupos, además de que perciben una mayor inestabilidad emocional, ante lo cual sienten que sus recursos para enfrentar las vicisitudes de la vida no son muy adecuados (l,f,k).

Así también en el paciente estéril existe un sentimiento de indefensión y fracaso, aspectos que repercuten directamente en la autoestima y que corroboran las afirmaciones hechas por Bibring (citado por Arieti, en 1978) acerca de las características de la depresión.

Las dos áreas principales que se encuentran afectadas en el varón estéril y que se relacionan con los estados depresivos, son la social y la sexual (Ayuso, 1988; Mendels, 1970).

Por lo que respecta al área social, estos pacientes se muestran reservados, poco participativos a nivel social, con tendencia al aislamiento y la soledad. Por lo general el hombre estéril restringe su vida social a la vida de pareja, sus relaciones interpersonales son superficiales y les molesta incluso convivir con sus familias cercanas.

Esta actitud de aislamiento, le permite al varón estéril evitar el enfrentar el cuestionamiento de los demás acerca de su virilidad, su papel sexual y social como varón, además el verse inmerso en situaciones que le recuerden que su papel como varón no es llevado a cabo con eficacia, ya que se siente en desventaja con respecto a las personas que tienen hijos.

Así también es una forma de evitar el rechazo que percibe de los demás, ya que como se sabe, desde la antigüedad, la esterilidad es un hecho rechazado por la sociedad, y no es hasta la mitad de este siglo, que se da cabida a la esterilidad masculina. Por tanto como la esterilidad masculina socialmente no es lógica ni común, a la mujer estéril se le compadece y protege, y al varón estéril se le rechaza y discrimina.

En cuanto al Área sexual, primeramente hay que tomar en cuenta que el varón estéril no se identifica muy adecuadamente con su rol sexual (mf), ya que por un lado tiende a la pasividad y a los intereses estéticos, y por otro siente que no reúne las características básicas para demostrar su identidad

varonil.

Como se ha visto, el desempeño de la sexualidad está ligado a la virilidad (Díaz Guerrero, 1977) y a su vez ésta se asocia a la capacidad de procreación, por tanto el varón estéril percibe que su funcionamiento dentro del área sexual no es adecuado y por tanto se deprime.

Una característica importante de la satisfacción sexual es la espontaneidad, aspecto que se nulifica en el hombre estéril, pues los tratamiento médicos condicionan la frecuencia de los coitos. Las relaciones con la pareja pueden deteriorarse, llegando incluso a la desintegración de la misma, pues el varón concibe que la familia o la pareja sólo puede subsistir a través de los hijos.

De acuerdo a lo anteriormente citado, se puede decir que la esterilidad sigue impactando profundamente a los individuos, ya que representa una pérdida y una amenaza hacia la identidad, los valores y la finalidad de la vida, es decir, aspectos relacionados con la interacción con los demás, las necesidades de satisfacción y la seguridad del individuo.

Es importante señalar que tanto los hombres como las mujeres reaccionan ante la esterilidad con emociones básicas como la ansiedad y la depresión. Por lo general, la ansiedad que sienten los lleva a racionalizar, negar o de alguna manera sustituir el hecho de no poder concebir, aspecto que señala Horey en 1939, sobre las principales vías que establece la cultura para escapar de la ansiedad.

Por otro lado, como la esterilidad representa una pérdida de

las expectativas o aspiraciones que afectan los valores del hombre estéril, ante lo cual experimenta fracaso y su autoestima disminuye, es necesario que la persona inicie un proceso de duelo, que según sus características propias superará o bien convertirá en melancolía.

Como se afirmó en el tercer capítulo el pertenecer a un determinado género determina la clase de comportamientos y actitudes, que espera la sociedad, ante ciertos eventos de la vida, lo cual reafirma la masculinidad y la feminidad.

El varón estéril del INPer enfrenta de manera diferente a la mujer estéril, la falta de hijos. El , presenta características de personalidad relacionadas principalmente con la depresión, como es el aislamiento, la baja autoestima, la irritabilidad, la aceptación o negación rotunda de quejas somáticas; y deterioro de las áreas sexual y social, aspectos que corroboran lo que Beck afirma (citado por Lars Fredón en 1982), de que las características básicas de la personalidad del individuo depresivo son su poca autoestima, un patrón rígido de acción y una variedad limitada de acciones.

La mujer estéril, por el contrario utiliza principalmente mecanismos relacionados con el control de la ansiedad, como es la fantasía, las defensas de tipo obsesivo-compulsivo, y las quejas somáticas.

Por tanto, se considera que a los varones estériles estudiados les impacta en mayor grado la esterilidad que a las mujeres, pues como señala Grinberg en 1983, la ansiedad y la

depresión son estados de ánimo que tienden a funcionar como señal de alarma frente a ciertos peligros, sin embargo en el caso de la ansiedad, el yo muestra deseo de sobrevivir y se prepara para la lucha o la fuga, mientras en la depresión el yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse al peligro.

Asimismo lo anterior reafirma lo que Mahlstedt en 1985 comenta con respecto a la esterilidad, acerca que que la percepción de ésta es opuesta entre hombres y mujeres, ya que afecta de manera diferente a los mismos. Los hombres enfrentan la esterilidad con dolor, pero no se permiten exteriorizarlo, aspecto apoyado por nuestra cultura, ya que de no ser así, su masculinidad se vería mermada, ya que la sociedad adjudica al género masculino características de fortaleza y de ninguna manera promueve en el varón el sentimentalismo (Burin, 1990); la mujer por el contrario habla constantemente sobre sus sentimientos con los demás como una forma de controlar la ansiedad que siente, pues como diría Burin en 1990 el poder de la mujer es el de los afectos, mientras que el del hombre es el poder racional y económico.

El varón estéril se deprime porque asocia la capacidad de procreación a la virilidad, la hembra, que son fuentes principales de autoestima y valor social; y que pueden ser comprobados en mayor parte a través de la fertilidad, pues como afirmó Díaz Guerrero, en 1977, el hombre desde la adolescencia relaciona la virilidad con la habilidad para actuar, hablar e impregnar a las mujeres; todo esto le da valor personal y

social, constituyendo de ésta manera la capacidad de concebir un hijo un elemento central en el papel que juega el varón en nuestra cultura, de ahí que la sociedad vea como lógica y común a la esterilidad femenina.

Otra característica importante que apoya la presencia de depresión, es el hecho de que el hombre estéril está fijado en un deseo irrealizable por el momento, con respecto al cual se siente arruinado, fracasado, inferior y culpable, aspectos ampliamente estudiados por Bleichmar en 1976 en personas deprimidas.

El varón en ocasiones niega que la esterilidad le produce cambios en su estado de ánimo, él afirma que se siente bien de salud y que sólo desea ser fértil para complacer a su pareja (afirmación que atribuye a la mujer todo lo relacionado con la maternidad y el maternaje, lo cual constituye una influencia meramente social) sin embargo, manifiesta insomnio, irritabilidad, culpabilidad, aislamiento, etc. aspectos que caracterizan a la depresión (Ayuso, 1988).

La esterilidad por tanto, impacta profundamente al varón, afecta principalmente su identidad ante lo cual presenta cambios en su estado de ánimo, en sus características de personalidad, aspectos que repercuten en todas las áreas de su vida, de tal manera que el varón estéril no sólo tiene una esterilidad orgánica, sino una esterilidad de vida, de ahí la importancia de generar mayor investigación.

Por otro lado se puede decir que la esterilidad es percibida de manera diferente en hombres y mujeres, ya que la

las actitudes hacia la reproducción se dan según al género que se pertenece, aspecto que se fomenta desde el nacimiento.

De acuerdo a lo anteriormente citado, se considera haber alcanzado los objetivos de la presente investigación, esperando que a través de la misma, surjan nuevas investigaciones que amplíen el conocimiento de la esterilidad masculina, para que en un futuro no muy lejano, se proporcione orientación psicológica necesaria para contrarrestar los efectos emocionales de la esterilidad.

Sería conveniente que esta investigación fuera realizada tomando en cuenta las mismas variables utilizando otros instrumentos, para corroborar que efectivamente el varón tiende a deprimirse con mayor frecuencia, en comparación con la mujer cuando padece esterilidad. Es importante aclarar que los instrumentos utilizados (Idare y Zung) aunque al parecer no tuvieron el alcance para detectar ansiedad y depresión, por ser instrumentos de tamiz, permitieron corroborar resultados de otras investigaciones, en donde la presencia de estos dos padecimientos no era muy clara; así también sirvieron de parámetro para analizar los resultados del MMPI.

CONCLUSIONES

Las siguientes conclusiones girarán principalmente en torno al varón estéril, quién fue objeto de estudio en la presente investigación.

1.-La esterilidad sigue siendo percibida como una experiencia sumamente desagradable y aunque pareciera ser que el deseo de tener hijos disminuye hoy en día, por lo menos en nuestra sociedad mexicana, la finalidad de la familia, la sexualidad y del propio individuo sigue siendo la procreación de los hijos.

2.-La esterilidad se enfrenta con impotencia y frustración, debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir con una función socialmente esperada.

3.-La esterilidad produce cambios en la personalidad o bien acentúa características que desequilibran el estado emocional y físico del ser humano. Las reacciones emocionales básicas que produce son la ansiedad y la depresión.

De los resultados de los tres instrumentos utilizados se concluye que:

4.-Las diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos para los tres instrumentos utilizados fueron principalmente por sexo.

5.-Los niveles de ansiedad y depresión permanecieron dentro de los rangos normales, en todos los grupos, en los instrumentos

Idare y Zung, debido a que la sintomatología básica de depresión y ansiedad tenía un carácter crónico (los instrumentos de tamizaje no tienen el alcance suficiente para detectar sintomatología crónica).

6.-Las personas estériles tendieron a presentar con mayor frecuencia escalas elevadas en el MMPI, en comparación con los grupos fértiles.

7.-El varón utiliza principalmente la fantasía, el aislamiento y la depresión para enfrentar la esterilidad, mientras que la mujer enfrenta la esterilidad a través de mecanismos relacionados con la ansiedad como la fantasía, las defensas de tipo obsesivo-compulsivo y las quejas somáticas.

8.-Los mecanismos de defensa principalmente usados por el varón estéril son la racionalización, intelectualización y negación.

9.-El hombre estéril se deprime porque asocia la capacidad de procreación a la virilidad y la hombría, ambas fuentes de autoestima y valor social. Así también porque tiene un sentimiento de fracaso ante proyectos inalcanzables por el momento.

10.-El varón estéril o presenta quejas somáticas o bien niega molestias físicas, al grado de otorgar mínima importancia a las causas orgánicas de la esterilidad. Así también tiende hacia el perfeccionismo, el orden y la autocrítica. Sus objetivos y metas son vagas, no tiene un reconocimiento consciente de sus motivaciones para ser padre.

11.-Aunque los pacientes masculinos estériles desean mostrar un buen autocontrol de sus emociones, equilibrio, madurez en la

forma de enfrentar la vida, son irritables, poco tolerantes y con una tendencia a transferir la culpa a los demás.

12.-Las dos áreas principalmente afectadas en el hombre estéril son la social y la sexual. El HE es reservado, poco participativo a nivel social, y sus relaciones interpersonales son poco profundas. Por otro lado tiende hacia la pasividad, los intereses estéticos y siente que no reúne las características básicas para demostrar su identidad varonil. Las relaciones sexuales se ven alteradas por los tratamientos médicos y porque no cumplen su función procreativa.

13.-Actualmente a la esterilidad masculina se le considera poco lógica y común en comparación con la esterilidad femenina.

14.-La esterilidad impacta profundamente al HE porque representa una pérdida y una amenaza hacia su identidad, valores y finalidad de la vida.

15.-La esterilidad se vivencia de acuerdo al género al que se pertenece, de tal manera que la respuesta ante esta, depende de los roles que la sociedad asigna a la mujer y al hombre ante la maternidad y la paternidad.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados obtenidos únicamente competen a la población que asiste al Instituto Nacional de Perinatología, por tanto se sugiere que este mismo trabajo sea aplicado en otros ámbitos de la población general, para contrastar resultados y poder generalizar al resto de la población.

Se considera que los varones estériles y los varones fértiles constituyen una población difícil en cuanto a su captura, pues se niegan a participar en la resolución de cuestionarios, ya que hay un gran prejuicio hacia la psicología, así también, socialmente no es común que el varón acuda a una consulta de tipo psicológico, éste último punto pudo haber influido en la información obtenida para la presente investigación.

Por el tipo de instrumentos utilizados y variables estudiadas, se sugiere que en otras investigaciones en torno al varón estéril, se amplíen ambos aspectos, para lograr un perfil más amplio de éste último.

Aunque el promedio de años de esterilidad fue de 7 años, los hombres estériles tenían poco tiempo de saber que la falta de hijos era por factor masculino, de ahí que en otras investigaciones se controle de manera más minuciosa este aspecto.

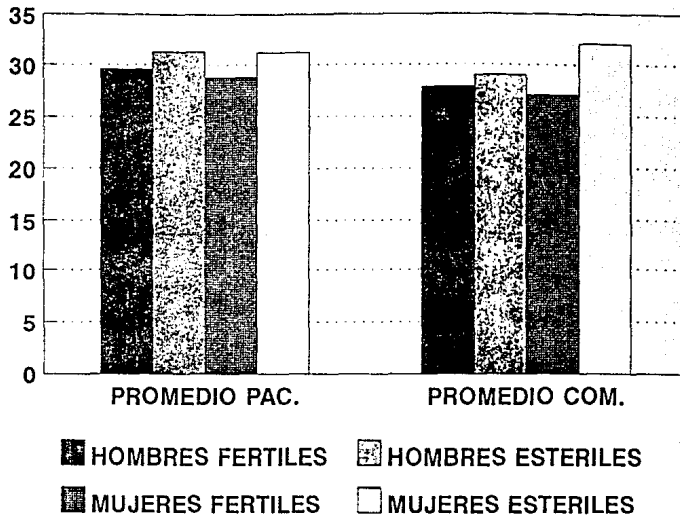
TABLA No. 1
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

		HOM.FERT.	HOM. ESTER.	MUJ.FERT.	MUJ. ESTER.
EDAD	MEDIA	29.65	31.33	28.85	31.23
	D. STD	6.12	4.35	5.90	3.75
EDAD COMP.	MEDIA	27.90	29.07	27.15	32.07
	D. STD	6.62	3.13	12.97	6.47
ESCOL.	MEDIA	11.65	11.38	10.78	11.03
	D. STD.	3.40	3.20	3.07	3.23
ESCOL. COMP.	MEDIA	9.90	9.80	9.45	11.75
	D. STD.	2.98	3.24	5.47	3.44
HIJOS VIVOS	MEDIA	2.13	0.00	1.80	0.00
	D. STD	1.27	0.00	1.09	0.00
ANOS DE ESTER.	MEDIA	0.00	5.95	0.00	6.58
	D. STD	0.00	3.11	0.00	3.24

		FRECUENCIA			
		HOM.FERT.	HOM. ESTER.	MUJ.FERT.	MUJ. ESTER.
LUGAR DE NAC.	D. F.	31	26	36	31
	PROV.	9	14	4	9
EDD. CIVIL	CASADO	37	38	28	36
	U. LIBRE	3	2	6	3
	SOLTERO			6	1
CLASIF. SOC. ECON.	BAJA	24	18	24	24
	MEDIA	15	16	9	12
	ALTA	1	6	7	4

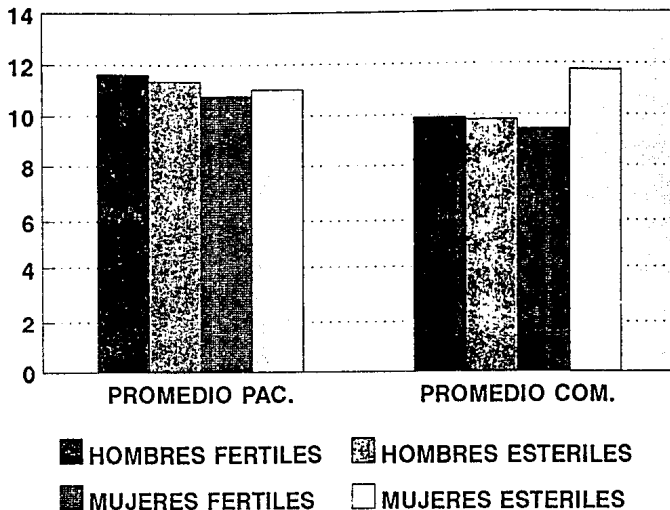
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

EDAD



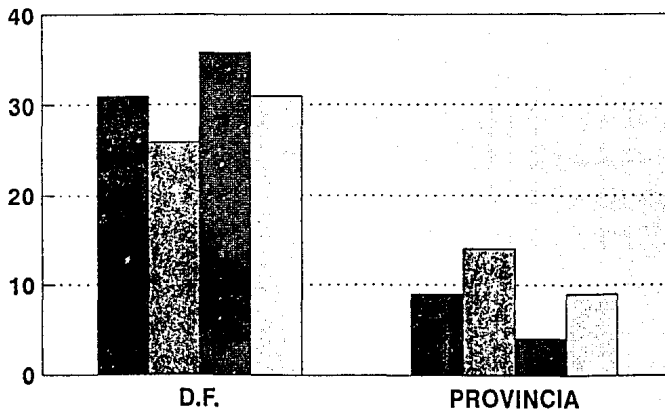
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

ESCOLARIDAD



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

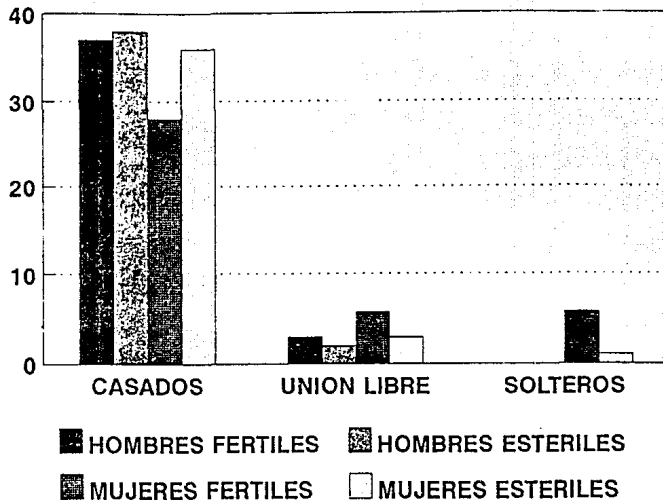
LUGAR DE NACIMIENTO



■ HOMBRES FERTILES ▨ HOMBRES ESTERILES
▩ MUJERES FERTILES □ MUJERES ESTERILES

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

ESTADO CIVIL



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

NIVEL SOCIOECONOMICO

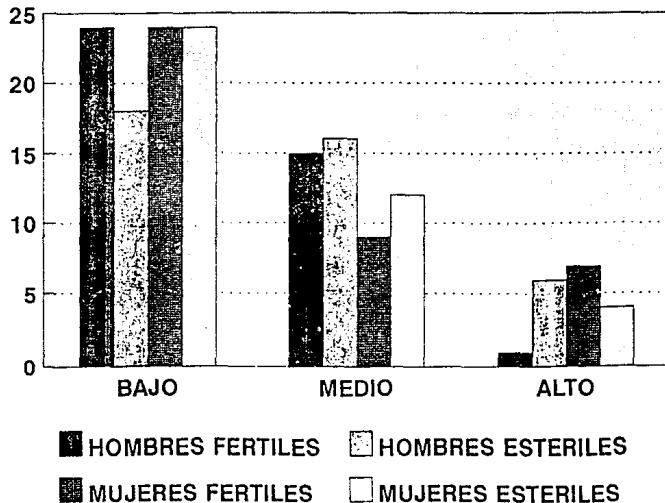


TABLA No. 2
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

OCUPACION
PACIENTE

HOM.FERT HOM.EST.

PROFESIONISTA	6	8
TECNICO	2	2
COMERCIANTE	8	3
EMPLEADO	20	22
OBR. CALIF	4	2
OBR. EVENTUAL	0	2
OTRO	0	1

OCUPACION
COMPAÑERA

HOM.FERT HOM.EST

AMA DE CASA	26	31
TRABAJA	14	8
ESTUDIA	0	1

OCUPACION
PACIENTE

MUJ.FERT MUJ.EST.

AMA DE CASA	34	22
TRABAJA	6	17
ESTUDIA	0	1

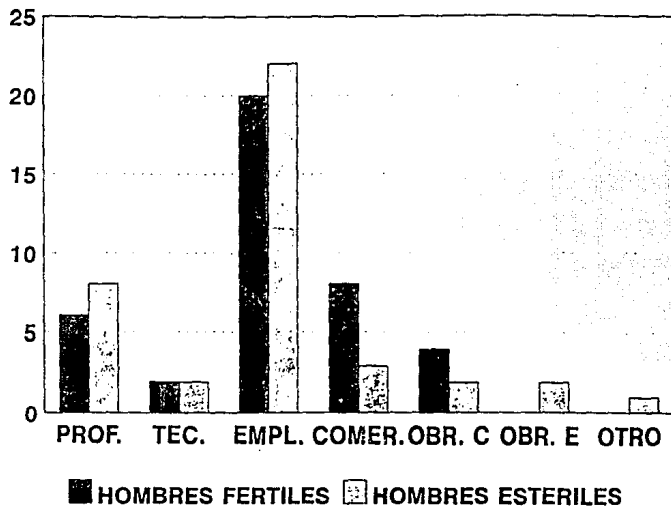
OCUPACION
COMPAÑERO

MUJ.FERT MUJ.EST.

PROFESIONISTA	7	11
TECNICO	0	1
COMERCIANTE	1	4
EMPLEADO	19	12
OBR. CALIF	2	6
OBR. EVENTUAL	5	5
OTRO	0	1
NO SABE	6	0

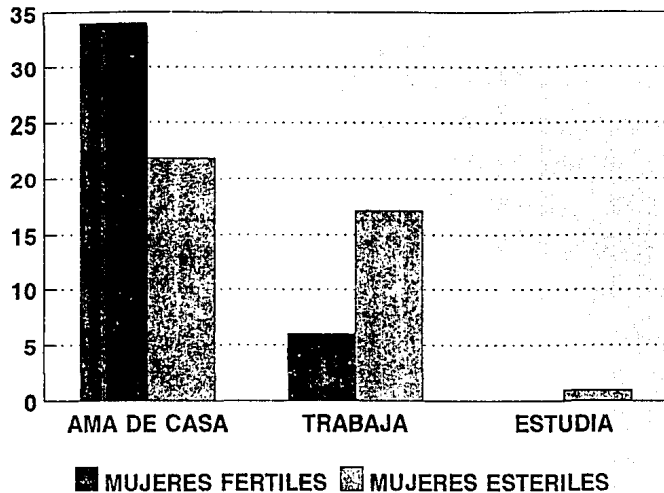
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

OCUPACION-HOMBRES



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

OCUPACION-MUJERES



**TABLA No. 3
DIAGNOSTICO**

HOMBRES ESTERILES

AZOOSPERMIA	13
OLIGOASTENOSPERMIA	14
OLIGOASTENOSPERMIA CON TERATOSPERMIA	4
NECROSPERMIA	1
ASTENOZOOSPERMIA	5
OLIGOASTENOSPERMIA CON NECROSPERMIA	1
HIPOSPERMIA CON POLIZOOSPERMIA	1
POLIZOOSPERMIA	1

MUJERES ESTERILES

PRIMARIA SIN INFERTILIDAD	5
SECUNDARIA SIN INFERTILIDAD	6
PRIMARIA SIN CAUSA APARENTE	4
PRIMARIA CON ENDOMETRIOSIS	1
PRIMARIA CON OBSTRUCCION TUBARICA	5
PRIMARIA ENDOCRINO-OVARICA	2
PRIMARIA CERVICO ESPERMATICO	1
PRIMARIA CON OCCLUSION ITSMICO-PERITONEAL	7
PRIMARIA TUBOPERITONEAL	8
BAJA	1

TABLA No. 4

DEPRESION ZUNG

	HOM.FERT.	HOM. ESTER.	MUJ.FERT.	MUJ. ESTER
MEDIA	32.58	32.20	35.83	36.00
D. STD	6.13	6.30	9.80	10.00
CORTE PB=40	6	4	11	11

IDARE

ANSIEDAD ESTADO

	HOM.FERT.	HOM. ESTER	MUJ.FERT.	MUJ. ESTER
MEDIA	35.33	36.38	36.35	38.25
D. STD	7.85	9.33	9.34	12.75
CORTE PB=43	7	8	9	11

IDARE

ANSIEDAD RASGO

	HOM.FERT.	HOM. ESTER.	MUJ.FERT.	MUJ. ESTER
MEDIA	35.30	36.73	36.28	40.83
D. STD	10.01	8.91	1.74	10.98
CORTE PB=47	4	7	8	9

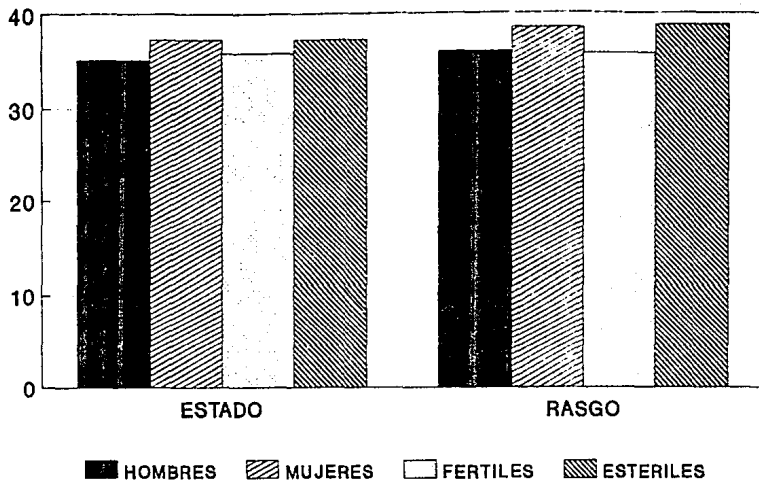
TABLA No. 5

	DEPRESION - ZUNO			
	HOMBRES	MUJERES	FERTILES	ESTERILES
MEDIA	32.39	35.91	34.20	34.10
D. STD	6.18	9.84	8.28	8.52
CORTE PB=40	10	24	17	15

	IDARE - ESTADO			
	HOMBRES	MUJERES	FERTILES	ESTERILES
MEDIA	35.85	37.30	35.84	37.31
D. STD	8.59	11.15	8.59	11.14
CORTE PB=43	15	20	16	19

	IDARE - RASGO			
	HOMBRES	MUJERES	FERTILES	ESTERILES
MEDIA	36.01	38.55	35.79	38.78
D. STD	9.44	10.95	10.45	9.92
CORTE PB=47	11	17	12	16

ANSIEDAD IDARE



PROMEDIO

TABLA No. 6
DEPRESION - ZUNG

	F	SIG.
HOMB.FERT-HOMB.EST.	1.06	0.868
MUJ.FERT.-MUJ.EST.	1.04	0.896
HOM.FERT.-MUJ.FERT.	2.55	0.004
HOM.EST.-MUJ.EST.	2.52	0.005

IDARE
ANSIEDAD - ESTADO

	F	SIG.
HOMB.FERT-HOMB.EST.	1.41	0.280
MUJ.FERT.-MUJ.EST.	0.19	0.055
HOM.FERT.-MUJ.FERT.	1.41	0.283
HOM.EST.-MUJ.EST.	1.87	0.055

IDARE
ANSIEDAD - RASGO

	F	SIG.
HOMB.FERT-HOMB.EST.	1.26	0.441
MUJ.FERT.-MUJ.EST.	1.08	0.807
HOM.FERT.-MUJ.FERT.	1.20	0.565
HOM.EST.-MUJ.EST.	1.40	0.293

TABLA No. 7

DEPRESION - ZUNG

	F	SIG.
HOMBRES-MUJERES	2.54	0.000
FERTILES-ESTERILES	1.06	0.800

IDARE

ANSIEDAD - ESTADO

	F	SIG.
HOMBRES-MUJERES	1.68	0.022
FERTILES-ESTERILES	1.68	0.022

IDARE

ANSIEDAD - RASGO

	F	SIG.
HOMBRES-MUJERES	1.34	0.191
FERTILES-ESTERILES	1.11	0.646

TABLA No. 8

PERSONALIDAD

MMPI

	HOMB.FERT.		HOMB. ESTER.		MUJ. FERT.		MUJ. ESTER.	
	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD
L	5.20	2.61	6.05	2.92	5.55	2.44	5.90	2.81
F	6.10	4.02	7.65	5.97	7.65	6.77	6.83	4.89
K	15.92	4.87	13.98	5.59	14.45	5.16	14.70	5.35
HS	6.55	4.04	8.05	5.23	10.55	6.27	15.13	6.20
D	20.62	4.02	23.43	4.70	25.13	6.05	25.45	5.64
HI	20.10	4.36	21.43	5.84	24.53	6.60	23.93	4.93
DP	16.20	4.54	17.05	4.41	18.08	5.74	20.38	5.06
MF	24.83	4.00	25.43	5.07	32.70	3.68	33.78	4.00
PA	8.75	2.43	9.25	3.54	10.58	3.84	11.80	4.05
PT	10.90	6.95	14.30	8.62	13.60	8.47	24.38	9.43
ES	12.68	8.57	16.90	12.01	16.15	11.34	26.60	12.05
MA	17.90	3.86	18.40	4.26	17.38	4.30	19.30	4.80
IS	25.78	6.97	33.20	7.11	30.65	6.73	28.90	9.16

COMPARACION POR GRUPOS
MMPI

	HF-HE		MF-ME		HF-MF		HE-ME	
	F	SIG.	F	SIG.	F	SIG.	F	SIG.
L	1.25	0.496	1.33	0.382	1.15	0.667	1.08	0.814
F	2.10	0.015	1.92	0.045	2.84	0.002	1.49	0.215
K	1.32	0.395	1.07	0.830	1.12	0.716	1.09	0.785
HS	1.67	1.120	1.02	0.949	2.40	0.007	1.40	0.293
D	1.36	0.339	1.15	0.661	2.26	0.012	1.44	0.257
HI	1.80	0.071	1.79	0.072	2.30	0.011	1.40	0.293
DP	1.06	0.860	1.29	0.436	1.60	0.148	1.32	0.396
MF	1.61	0.143	1.18	0.603	1.18	0.607	1.60	0.145
PA	2.12	0.021	1.11	0.741	2.51	0.005	1.31	0.398
PT	1.54	0.184	1.24	0.504	1.48	0.222	1.20	0.576
ES	1.97	0.038	1.13	0.707	1.75	0.084	1.01	0.983
MA	1.22	0.534	1.25	0.496	1.24	0.498	1.27	0.459
IS	1.04	0.899	1.85	0.058	1.07	0.831	1.66	0.118

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

HOMBRES ESTERILES - - - - HOMBRES FERTILES -----

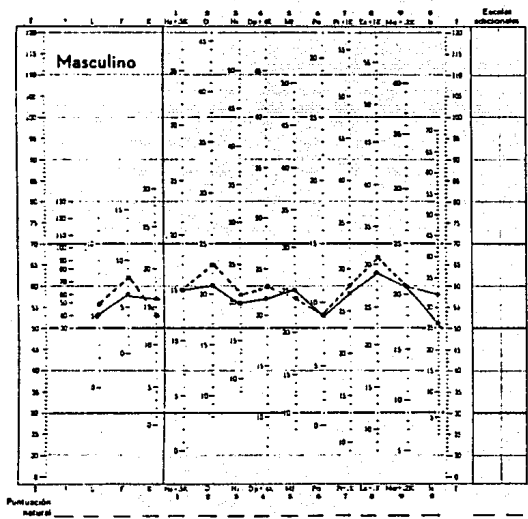


TABLA No. 9

PERSONALIDAD

MMPI

	HOMBRES		MUJERES		FERTILES		ESTERILES	
	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD	MEDIA	D. STD
L	5.63	2.79	5.72	2.62	5.38	2.52	5.98	2.85
F	6.88	5.12	7.24	5.88	6.88	5.58	7.24	5.44
K	14.95	5.30	14.58	5.22	15.19	5.04	14.34	5.45
HS	7.30	4.71	12.84	6.61	8.55	5.61	11.59	6.72
D	22.03	4.57	25.29	5.81	22.88	5.59	24.44	5.26
HI	20.76	5.16	24.23	5.79	22.31	5.98	22.68	5.51
DP	16.63	4.47	19.23	5.50	17.14	5.23	18.72	5.01
MF	25.13	4.55	33.24	3.86	28.76	5.50	29.60	6.18
PA	9.00	3.02	11.19	3.97	9.66	3.32	10.53	3.99
PT	12.60	7.97	18.99	10.43	12.25	7.82	19.34	10.31
ES	14.79	10.58	21.38	12.76	14.41	10.14	21.75	12.91
MA	18.15	4.04	18.34	4.63	17.64	4.07	18.85	4.53
IS	29.49	7.93	29.78	8.04	28.21	7.24	31.05	8.43

COMPARACION POR GRUPOS

MMPI

	HOMBRES-MUJERES		FERTILES-ESTERILES	
	F	SIG.	F	SIG.
L	1.13	0.587	1.28	0.278
F	1.32	0.217	1.06	0.810
K	1.03	0.900	1.17	0.496
HS	1.97	0.003	1.43	0.112
D	1.62	0.033	1.13	0.589
HI	1.26	0.306	1.18	0.468
DP	1.51	0.067	1.09	0.701
MF	1.39	0.147	1.26	0.302
PA	1.73	0.016	1.44	0.105
PT	1.71	0.018	1.74	0.015
ES	1.45	0.098	1.62	0.033
MA	1.31	0.231	1.24	0.338
IS	1.03	0.906	1.36	0.176

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

MUJERES ESTERILES - - - - MUJERES FERTILES -----

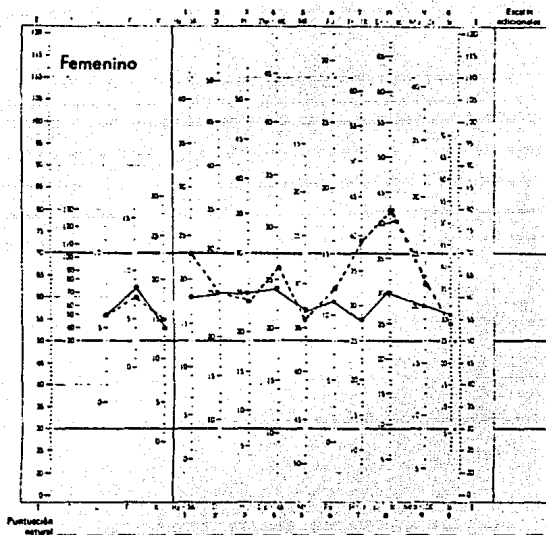


TABLA No. 10

PERSONALIDAD

MMPI

arriba del corte t=70
frecuencia

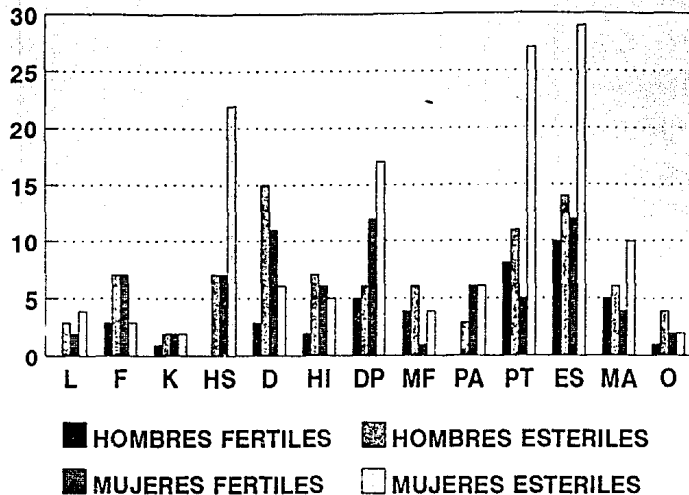
	HOMB.FERT.	HOMB. ESTER.	MUJ. FERT.	MUJ. ESTE
L	0	3	2	4
F	3	7	7	3
K	1	2	2	2
HS	0	10	7	22
D	3	15	11	6
HI	2	7	6	5
DP	5	6	12	17
MF	4	6	1	4
PA	0	3	6	6
PT	8	11	5	27
ES	10	14	12	29
MA	5	6	4	10
IS	1	4	2	2

arriba del corte t=70
frecuencia

	HOMBRES	MUJERES	FERTILES	ESTERILES
L	3	6	2	7
F	10	10	10	10
K	3	4	3	4
HS	7	29	7	29
D	18	17	14	21
HI	9	11	8	12
DP	11	29	17	23
MF	9	5	5	10
PA	3	12	6	9
PT	19	32	13	38
ES	34	41	22	43
MA	11	14	9	16
IS	5	4	3	6

PERSONALIDAD

MMPI



ARRIBA T=70

TABLA No. 11

PERSONALIDAD

MMPI

abajo del corte $t=45$
frecuencia

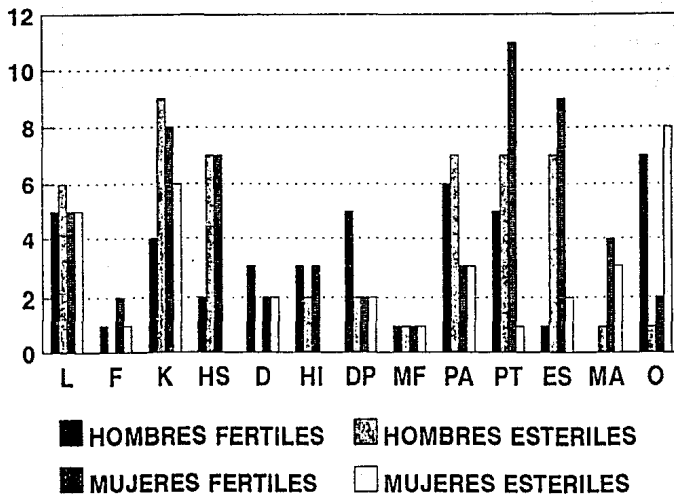
	HOMB.FERT.	HOMB. ESTER.	MUJ. FERT.	MUJ. ESTE
L	5	6	5	5
F	1	0	2	1
K	4	9	8	5
HS	2	10	7	0
D	3	0	2	2
HI	3	2	3	0
DP	5	2	2	2
MF	1	1	1	1
PA	6	7	3	3
PT	5	7	11	1
ES	1	7	9	2
MA	0	1	4	3
IS	7	1	2	8
MAS	4	9	8	6

abajo del corte $t=45$
frecuencia

	HOMBRES	MUJERES	FERTILES	ESTERILES
L	11	10	10	11
F	1	3	3	1
K	13	14	12	16
HS	9	7	9	37
D	5	4	5	2
HI	7	3	6	2
DP	2	4	7	4
MF	13	2	2	1
PA	12	6	9	9
PT	8	12	16	8
ES	1	11	10	9
MA	8	7	4	4
IS	13	10	9	9

PERSONALIDAD

MMPI



ABAJO DE T=45

BIBLIOGRAFIA

- = Abse, W. (1966), "Psychiatric Aspects of Human Male Infertility", Fertility and Sterility, Vol. 17:1, pp. 133-139.
- = Arieti, S. (1978), "Psicoterapia de la Depresión". Buenos Aires: Editorial Paidós, pp.19-198.
- = Ayuso, J. (1988), "Trastornos de Angustia". Barcelona: Ediciones Martínez Roca, pp. 13-47.
- = Bardwick, J. (1971), "Psicología de la Mujer: un Estudio de Conflictos Bioculturales". Madrid: Editorial Alianza, pp 40-81.
- = Benedek, T. (1952), "Infertility as a Psychosomatic Defense", Fertility and Sterility, Vol. 3:6. pp. 527-538.
- = Benedek, T. (1953), "Some Emotional Factors in Infertility", Psychosomatic Medicine, Vol. 15:5, pp. 485-498.
- = Blauquez, A. (1954), "Diccionario Latino-Español". Barcelona: Editorial Ramón Sopena.
- = Bleichmar, H. (1976), "La Depresión, un Estudio Psicoanalítico". Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, pp. 9-37.
- = Botella Llusia, J. (1971), "Esterilidad y Infertilidad Humanas". Madrid: Editorial Científico Médica. pp. 1-5, 69-81 y 509-528.
- = Burin, Mabel, (1987), "Estudios Sobre la Subjetividad Femenina. Mujeres y Salud Mental". Buenos Aires: Editorial Latinoamericano.
- = Burin, Mabel, (1990), "El Malestar de las Mujeres. Tranquilidad Recetada". Buenos Aires: Editorial Paidós.
- = Calderón Narváez, G. (1984), "Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento". México: Editorial. Trillas, pp. 11-17 y 41-63.
- = Castilla del Pino, C. (1966), "Un Estudio sobre la Depresión". Barcelona: Ediciones Peninsula, pp. 9-37 y 127-209.
- = Cohen, J. (1974), "Las Esterilidades Masculinas en la Práctica Ginecológica". Barcelona: Toray-masson, pp 2-5.
- = Coon, D. (1980), "Introducción a la Psicología". México: Fondo de Cultura Económica, pp. 468-469.
- = Daniluk, J. (1988), "Infertility: Intrapersonal and Interpersonal Impact". Fertility and Sterility, Vol. 49:6, pp.982-989.
- = Deutsh, H. (1960), "La Psicología de la Mujer", Buenos Aires: Editorial Losada, Vol. II, pp. 107-124.

- Díaz Guerrero, R. (1967), "Estudio de Psicología del Mexicano". México: Editorial Trillas, pp. 23-43.
- (1939), "Diccionario de la Lengua Española". México: Ediciones Culturales del Gran Diario Novedades.
- Duarte, L. (1970), "Investigación de Psicoterapia de Grupo en el INPer.". Memorias del 1er Congreso Mexicano de Psicoanálisis Humanista. Editado: IMPAC-UNAM., pp. 276-286.
- Duarte, L. (1970), "Psicoterapia de Grupo: Una Alternativa para el Manejo Integral del Paciente Estéril". Ginecología y Obstetricia, Vol. 58, pp. 239-243.
- Engels, F. (1953), "El Origen de La Familia, la Propiedad Privada y el Estado". Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Fagan, P. (1986), "Sexual Functioning and Psychologic Evaluation of In Vitro Fertilization Couples". Fertility and Sterility, Vol. 46:4, pp. 668-672.
- Fenichel, O. (1986) "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". México: Editorial Paidós, pp. 436-450.
- Fisher, I (1953), "Psychogenic Aspects and Sterility". Fertility and Sterility, Vol. 4:6, pp. 466-47.
- Fredén, L. (1966), "Aspectos Psicosociales de la Depresión". México: Fondo de Cultura Económica, pp.417.
- Freeman, E. (1985), "Psychological Evaluation and Support in a Program of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer". Fertility and Sterility, Vol. 43:1, pp. 48-53.
- Freud, S. (1917). "Duelo y Melancolía" en Obras Completas de Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo II, pp. 2091-2100.
- Freud, S. (1917). "Inhibición, Síntoma y Angustia" en Obras Completas de Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, Tomo III, pp.2833-2883.
- Ford, E.S.C. (1953), "A Psychodynamic Approach to the Study of Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 4:6, pp.456-465.
- Forsham, P. s/f "Esterilidad". México: Prensa Médica Mexicana, pp. 633-635.
- Giblin, P. (1988), "Effects of Stress and Characteristics Adaptability on Semen Quality in Healthy Men". Fertility and Sterility, Vol. 49:1, pp. 127-131.
- Graham, J. (1977), "MMPI Guía Práctica". México: Editorial Manual-Moderno.

- Grinberg L. (1983), "Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico" Madrid: Editorial Alianza, pp.67-79 y 139-160.
- Guttmacher, A. (1969), "Anticoncepción. Fertilidad y Amor". Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hamer, P. (1986), "Ejaculatory Incompetence and Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 45:3, pp. 384-387.
- Harrison, K. (1987), "Stress and Semen Quality in a In Vitro Fertilization program". Fertility and Sterility, Vol. 48:4, pp 633-636.
- Hirsch, I. (1986), "In Vitro Fertilization in Couples with Male Factor Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 45:5, pp. 659-664.
- Hirsch, M. (1987), "Characteristics of Infertile Women in the United States and their Use of Infertility Services". Fertility and Sterility, Vol. 47:4, pp. 618-625.
- Horney, K. (1939), "La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo". México: Editorial Paidós, pp. 37-53.
- Kerlinger, F.(1975), "Investigación del comportamiento, técnicas y metodología". México: Nueva Editorial Interamericana.
- Kiehlholz, P. (1967), "Angustia. Aspectos Psíquicos y Somáticos". Madrid: Ediciones Morata, pp. 178-187.
- Langer, L. (1974), "Maternidad y Sexo". Buenos Aires: Editorial Paidós, pp. 132-180.
- MacLeod, A. (1964), "Some Psychogenic Aspects of Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 15:2, pp. 124-133.
- Mahlstedt, P. (1985), "The Psychological Component of Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 43:3, pp. 335-346.
- Marsh, E. (1951), "Possible Psychogenic Aspects of Infertility" Fertility and Sterility, Vol. 2:1, pp.
- Martín, M. (1978), "La Mujer: Un Enfoque Antropológico". Barcelona: Editorial Anagrama, pp.132-369.
- Mendels, J. (1970), "La Depresión". Barcelona: Editorial Herder, pp. 176.
- Morales, F. (1988), "La Pareja Estéril: Aspectos Emocionales". La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer. pp. 88-101
- Morales, F. (1990), "Repercusiones Emocionales de la Reproducción". Temas Selectos de la Reproducción Humana. INPer.

- Morley, S. (1947), "La Civilización Maya". México: Fondo de Cultura Económico, pp. 574.
- Noyes, R. (1964), "Literature on Psychology and Infertility: A Critical Analysis". Fertility and Sterility, Vol. 15:5, pp. 543-557.
- Núñez, R. (1968) "Aplicación del MMPI a la Psicopatología". México: Editorial Manual Moderno.
- Paulson, J. (1988), An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. "Fertility and Sterility", Vol. 49, No. 2, pp. 258-261.
- Pichot, P. (1987), "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". México: Editorial Masson, pp.255-303.
- Poland, M. (1985), "Variation of Semen Measures within Normal Men". Fertility and Sterility, Vol. 44:3, pp. 396-400.
- Ramírez, S. (1962), "Esterilidad y Fruto". México: Editorial Pax-México, pp. 9-24.
- Ramírez, S. (1977), "El Mexicano. Psicología de sus Motivaciones". México: Editorial Grijalbo, pp. 147-163.
- Riva Palacio, V. (1985), "México a través de los Siglos" México: Editorial Cumbre, Tomo II, cap. V, pp.119-129.
- Rollo, M. (1968), "La Angustia Normal y Patológica". Buenos Aires: Editorial Paidós, pp. 27-263.
- Ruiz de Velasco, V(1976), "Esterilidad". México, Actualidades Médicas.
- Sahagún, B. (1969). "Historia General de las Cosas de la Nueva España". México: Editorial Porrúa pp.158-183 y 190-199.
- Salerno, E. (1968), "Ginecología Psicosomática". Buenos Aires: Editorial Paidós, pp. 107-113.
- Sarrel, P. (1985), "Psychoterapeutic Intervention for Treatment of Couples with Secondary Infertility". Fertility and Sterility, Vol. 43:6, pp. 897-900.
- Schroeder, P. (1988), "Infertility and the world outside". Fertility and Sterility, Vol. 49:5, pp. 765-767.
- Shapiro, H. (1975), "Hombre, Cultura y Sociedad". México: Editorial Fondo de Cultura Económica, 363-387.
- Sherman, J. (1971), "Psicología de la mujer". Madrid: Ediciones Maroua.

- = Sherwin, (1969), "Impact of Infertility on the Marital and Sexual Relation Ship". Fertility and Sterility, Vol.
- = Spielberger, C. (1975), "Manual del Idare", México: Manual Moderno.
- = Soustelle, J., (1955), "La Vida Cotidiana de los Aztecas.", México: Editorial Fondo de Cultura Económica, pp. 188-191.
- = Stanley W., J. (1986), "Historia de la Melancolía y la Depresión". Madrid: Ediciones Turner, pp. 15-229.
- = Thompson, C. (1955), "El Psicoanálisis". México: Fondo de Cultura Económica, pp. 124-125.
- = Vallejo, R. (1990), "Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión". Barcelona: Editorial Salvat, pp. 3-107.
- = Veivers, J. (1973), "The Social Meanings of Parenthood", Psychiatry, Vol.36:8, pp.291-310.
- = Veloso Pérez, E. (1985), "Algunos Factores Psicosociales de la Esterilidad", Boletín de Psicología, Vol. VIII, No. 1, Cuba.
- = Welsman, A. (1962), "What to do and what not do for the infertile male", International Journal of Fertility, Vol. 7: No. 2, pp 159-162.
- = Wood, G. (1984), "Fundamentos de la investigación Psicológica". México: Trillas.
- = Zárate, A. (1976), "Esterilidad e Infertilidad". México: La Prensa Médica Mexicana.