

104



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

Zejeu

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE AUTOCONCEPTO Y
SATISFACCION MARITAL EN PAREJAS ESTERILES
POR FACTOR MASCULINO Y FEMENINO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JOSE ABELARDO GUERRERO HUESCA

ASESOR: DOCTOR FRANCISCO MORALES CARMONA



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A LA PERSONA HUMANA.

Nunca me cansara mi oficio de hombre.
Hombre he sido y seré mientras exista,
Hombre, no mas: proyecto entre proyectos,
Boca sedienta al cantaro adherida.

Pies inseguros sobre el polvo ardiente,
espíritu y materia vulnerables,
A todos los aprobios y las dichas.....

Nunca me sentire rey destronado,
Ni angel abolido mientras viva,
Sino aprendiz de hombre eternamente.

Hombre por los que van por las colinas,
Hacia el jardín que siempre los repudia,
Hombre con los que buscan entre escombros,
La verdad necesaria y prohibida.

Hombre entre los que labran con sus manos,
Lo que jamas hereda un alma digna,
Por que de todo cuanto el hombre ha hecho,
La sola herencia digna de los hombres,
Es el derecho de inventar su vida.

Jaime Torres Bodet.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

HERMILA HUESCA

ABELARDO GUERRERO.

por su apoyo, su paciencia, por transmitirme sus principios y valores, y por enseñarme que el trabajo y la honestidad con uno mismo es lo mas importante.pero sobre todo por su gran calidad humana, y por conservar mi vida.

A MIS HERMANOS:

CARLOS, ALMA, VERO.

por compartir nuestra vida, en las buenas y las malas, pero sobre todo, porque juntos formamos una familia.

A MI NOVIA:

SONIA MACIAS.

por su amor, su cariño, por su apoyo,por los años de convivencia, pero sobre todo, por aceptarme como soy.

A MIS ABUELOS Y MI TÍA:

HILL HUESCA +

ELISA VIEYRA

ARELY HUESCA V.

por su infinito amor, por sus cuidados, y por su apoyo

A LA FAMILIA BARRERA GARCÍA.

Dr. MIGUEL ANGEL BARRERA
Dra. ROCIO GARCÍA CARMONA
MIGUEL
CLAUDIA

por acogerme como un miembro de su familia, en todos los aspectos, por orientarme y apoyarme, tanto personal como profesionalmente.

A LA FAMILIA YI DE NOVA.

ERNESTINA DE NOVA
JAIME, ERNESTO ALFONSO, LIZ, CLAO.

por los años de convivencia, por orientarme y apoyarme, por acogerme como un miembro de su familia.

A LA T. S. ADRIANA BARCENAS.

por su amistad, por su apoyo, por los conocimientos compartidos.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

EN ESPECIAL:
A LA CLINICA DE FISIOLOGIA
DE LA REPRODUCCION.
A LA UNIDAD DE REPRODUCCION ASISTIDA.

AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA:

EN ESPECIAL:
Al Dr. Morales, director/asesor de esta tesis por poner en mis manos esta investigación. Por su infinita paciencia, por la confianza otorgada, por sus enseñanzas.
Al Mtro. Edgar Díaz, por darme la oportunidad de formarme como psicólogo, en su compañía y bajo su tutela (formación terapéutica), dandome caviada en su equipo de trabajo, por sus enseñanzas.
Al Psic. Víctor Aguilar, por su apoyo incondicional, por coasesorar esta investigación, por sus enseñanzas.

A LAS MAESTRAS EN PSICOLOGÍA:

Sabrina Rodríguez, por brindarme no solo su compañía como miembro de un equipo, sino su amistad y conocimientos siempre de manera basta.

Vanessa flores, que de igual manera me brindó todo su apoyo y amistad.

Rocío López, por su amistad y su imparcialidad, por su forma de ser, que contagia de alegría a los que le rodeamos.

A Rosa Ma. Hernandez (rosy), por su amistad, por sus consejos, por su apoyo.

* TODOS ELLOS PERSONAS DE GRAN CALIDAD HUMANA Y COMPROMISO CON LA PSICOLOGIA, QUE NUNCA ESCATIMARON NI EN TIEMPO NI EN CONOCIMIENTOS, GRACIAS. POQUE AL COMPARTIR LO MAS VALIOSO DE CADA UNO, (SU ESENCIA, SU AMISTAD), NO SOLO ME APOYARON EN ESTA INVESTIGACION, SINO QUE A LO LARGO DE DOS AÑOS, ME AYUDARON A CONFORMARME COMO UN MEJOR PROFESIONISTA Y SER HUMANO.

DEDICO ESTA TESIS A NUESTRAS DOS LUCESITAS.
MI PRIMA GUADALUPE JAZMÍN MACÍAS HUESCA.
MI SOBRINA MARIANA HUERTA GUERRERO.

INDICE

INTRODUCCION	2
2.- PAREJA Y ESTERILIDAD	6
2.1- ANTECEDENTES	6
2.2.- ASPECTOS EMOCIONALES Y FISIOLÓGICOS	16
3.- AUTOCONCEPTO Y ESTERILIDAD	30
3.1- DEFINICION DE AUTOCONCEPTO	30
3.2.- RELACION DE AUTOCONCEPTO CON LA ESTERILIDAD	37
3.3.- GENERO, IDENTIDAD, PSICOLOGIA DEL YO, IDEAL DEL YO	38
4.- MATERIAL Y METODO	48
5.- INSTRUMENTOS	55
6.- RESULTADOS	65
7.- ANALISIS Y DISCUSION	95
8.- CONCLUSIONES	107
9.- REFERENCIAS	114

.-Introducción

Al ser la reproducción una de las características y cualidades mas importantes del ser humano, dado que es por medio de ella que el hombre trasciende al perpetuar la especie y así mismo, cumpliendo con su papel reproductivo se identifica por medio de la concepción con su rol, es de esperarse que al verse obstaculizado por un padecimiento que impacta fuertemente en nuestra cultura, como es la esterilidad, ya que lo priva de la descendencia y de la capacidad para continuar con la vida reproductiva García, Ramos (1991) tenga repercusiones tanto a nivel físico como emocional, esto provoca una vivencia de gran frustración e impotencia, afectando las relaciones intra e interpersonales sobre todo en la persona que las padece. Según WINKHAUS el termino "esterilidad" significa la "imposibilidad de la concepción, es decir ya sea" por causas de origen andrológico y/o ginecológico se evite la unión de los pronúcleos femenino y masculino". Esta definición, aunque es solo parte de la que se utilizará en esta investigación nos sirve para remarcar la participación de los dos factores indispensables para el proceso de la reproducción.

En México alrededor de un 15% de las parejas en edad reproductiva no logran un embarazo, a pesar de tener relaciones sexuales frecuentes y sin ningun método contraceptivo, el 42.67% es por factor masculino, siendo la astenospermia la alteración mas frecuente (67.3 %) Esta información coincide con otros autores e instituciones de otros centros hospitalarios. (Guitrón, Muñoz, Matar, González en 1992).

Estas cifras han llamado la atención de los estudiosos de la esterilidad tanto a nivel ginecológico como psicológico. (Zárate, Moscona, Zaragóza, Kably, Duarte, Morales, etc.) a profundizar más sobre los aspectos que intervienen en la esterilidad.

Poco a poco se ha empezado a tomar mas en cuenta el factor masculino dentro de los tratamientos de la esterilidad en el binomio pareja.

Desde el punto de vista psicológico, "la esterilidad es un hecho que la pareja enfrenta con frustración e impotencia" (Burns 1990, Morales 1992), ya que priva de la función esperada de toda pareja y para la cual se han preparado a lo largo de toda su vida, "la procreación". Más sin embargo esta respuesta en la pareja llega a ser muy diferente, ya que depende de varios aspectos; como son las características de personalidad, la edad, el ciclo de vida por el cual esté pasando la persona y por supuesto la diferenciación entre los sexos.

"No es extraño que sea en la mujer en quien se deposita la responsabilidad de la procreación, inclusive socialmente es más aceptado que la mujer tenga la culpa" (Videla 1984), Morales 1992), independientemente de que sea ella el origen del problema.

"Esto causa fracturas en la orientación del problema, causado por agresiones dirigidas hacia la mujer y no solo por el esposo, sino por el medio que la rodea" (Pick y Andrade 1988, Morales 1992). Parece ser que la forma en que asimila cada uno de los sexos la problemática es diferente.

Berg, Wilson, Weingartner (1991) Mientras que para el hombre la esterilidad esta asociada con conceptos tales como potencia sexual y virilidad, en la mujer es todo lo contrario tanto cultural como socialmente hablando, en la mujer aunque también es un valor importante, es mas aceptado por su imagen devaluada. Ante la sociedad la identidad femenina mantiene separadas dos cualidades o características que son la maternidad o procreación y el goce sexual. Bajo estas circunstancias el hijo asume una posición de tributo que da la mujer, en tanto que para el hombre simboliza su identidad misma.

Generalmente después de haber intentado por cierto tiempo (2años) las parejas acuden al médico para ser diagnosticadas, cuando el resultado de los estudios es de esterilidad, "la pareja sufre un estado de confusión, la vida de la pareja cambia ya que se entra en lo que se denomina como crisis de esterilidad, que comprende sentimientos y emociones como son; sorpresa y negación, agresión, culpa y resolución". Zárate y Moscona (1985). También se observan

cambios en la emocionalidad de los conyuges; "la esterilidad provoca un estado depresivo que afecta la dinámica que se genera en la vida en común". Bernt, Helga, Bernt-Wolf, Tacke (1992) y Morales (1988), conllevando a una baja autoestima, ansiedad, trastornos del sueño y disfunciones sexuales (la mas común es la falta de deseo). A partir de ese momento la vida de las parejas girará en torno a la concepción y a los tratamientos médicos, descuidando la mayor parte de las veces otros aspectos importantes en la pareja, como son; pérdida de la autoestima, falta de confianza en si mismos, descuidos de la salud, fallas en las relaciones sociales. Todo esto afecta el éxito de los tratamientos y la relación marital de los cónyuges, por su parte la mujer se siente apartada de su esposo cuando éste no esta involucrado en el tratamiento (regularmente la gran mayoría de los estudios están enfocados a la mujer así como las técnicas de reproducción asistida, como son el GIFT y el FIVTE que se practican en el Instituto Nacional de Perinatología) y siente que es la única responsable del tratamiento.

Como ya se había mencionado algunas parejas llegan a separarse pues este padecimiento les impacta fuertemente y de manera distinta. "Los hombres por ejemplo frecuentemente se adaptan a su dolor, guardándolo para sí o focalizándolo en su pareja, en cambio las mujeres necesitan hablarlo con sus parejas, quienes en ocasiones para evadir el dolor no las escuchan. "Passy y Rodríguez (1990). Esto provoca un distanciamiento en la pareja y el abandono del tratamiento por parte del varón, esto repercute fuertemente en la mujer ya que se siente abandonada cuando más necesita apoyo de su pareja, es entonces cuando surgen los resentimientos y la depresión, no solo por el fracaso en la concepción sino por la pérdida de la cercanía.

Otro aspecto importante es la pérdida de la salud ya que está relacionada con el atractivo físico y la imagen corporal, ya que en este tipo de pacientes es frecuente se manifieste la percepción de que su cuerpo está dañado.

La convivencia marital también se ve afectada pues como ya se mencionó el acto sexual se realiza para la concepción, por lo cual el médico es percibido como un juez que califica su técnica e indica los días mas propicios para la fecundación así como las posiciones y frecuencia con que se ha de realizar el coito.

Por último y no por esto menos importante se encuentra el cumplimiento de las expectativas del "rol" paternidad-maternidad, el cual se describe como el conjunto de conductas que son esperadas por un grupo. Esto implica que cuando no se cumple con el mismo surjan conflictos interpersonales así como fallas en la identificación, aspecto íntimamente relacionado con la paternidad maternidad.

Como se ha podido observar, aspectos como el **AUTOCONCEPTO Y LA SATISFACCION MARITAL**, jugarán un papel importante dentro de la dinámica de la pareja estéril.

2.- PAREJA Y ESTERILIDAD

2.1 ANTECEDENTES

En la revisión bibliográfica, realizada sobre el tema de ésta investigación, debo reportar que es poca la información, que se encuentra en torno a la pareja estéril.

Regularmente se había enfocado solo al estudio de la mujer, su autoconcepto, y características de personalidad.

Platt (1973) en su estudio entre mujeres fértiles y estériles, encontró que las mujeres estériles están mas afectadas emocionalmente, lo cual nos indica que la condición de esterilidad impácta fuertemente el aspecto psicológico de la mujer.

Sarrel cit. en Rodríguez Ogáz en (1992), señaló que este tipo de pacientes tienden a generalizar su esterilidad orgánica, en una esterilidad de vida. Manifestando principalmente una baja en su autoconcepto, pérdida de confianza, seguridad, deterioro o pérdida de sus relaciones interpersonales, además de la presión que existe por parte de la familia y los amigos para que la pareja tenga descendencia, y el estigma por parte de la sociedad con respecto a la esterilidad, que se asocia con vacío, inservible, etc.

Duarte en (1990) agrega que los tratamientos a que son sometidos generan ansiedad, aunada a las presiones sociales, culturales ya antes mencionadas, que afectan a las parejas como consecuencia de su padecimiento.

De acuerdo a Daniluk (1988) La esterilidad tiene efectos negativos en quienes la padecen y como se mencionó anteriormente afecta al autoconcepto y las relaciones interpersonales.

Según Mahlstedt en (1985) refiere que hay una disminución en el

interés sexual, lo que interviene tanto en el tratamiento, como en la relación de pareja, provocando inestabilidad, ya que ante la esperanza y pérdida de la posibilidad procreativa, surgen sentimientos de depresión, enojo y culpa.

Según Morales en (1992) refiere que el varón va a presentar conflictos con la virilidad, ya que este ha aprendido que su

valor radica en la capacidad para tener hijos, ya que esto reafirmará su masculinidad.

Platt (1973) en su estudio sobre autoconcepto y personalidad en hombres y mujeres estériles: **encontró discrepancias entre lo que son y lo que deberían ser, es decir entre la realidad y lo ideal.** Así mismo Rosenfeld y Mitchel (1979) observaron en la labor terapéutica, que estas personas fundamentaban sus sentimientos de valía en la PATERNIDAD/MATERNIDAD, además de presentar una baja autoestima y alteraciones en relación con la identidad y la imagen corporal.

En un estudio realizado por García Sandoval y Ramos Sánchez en (1991), quienes exploraron el autoconcepto de la pareja estéril, encontrando que las parejas estériles, presentaron un autoconcepto más negativo, en lo que se refiere a la satisfacción consigo mismo y el self familiar, en comparación con parejas fértiles. Un dato relevante, es que aunque ninguna de las áreas del autoconcepto fueron afectadas en su totalidad, las áreas más dañadas, pertenecen a la dimensión externa, es decir que la imagen que otros tengan de ellos, influye de manera importante en su autoconcepto, la pareja estéril se ve afectada negativamente, por no poder cumplir con las exigencias sociales, pero más que nada por el significado emocional que se le da a la paternidad-maternidad. En lo que respecta al self familiar, este se ve afectado, debido a que las parejas estériles, se ven conflictuadas ante la decisión de continuar o no con su pareja, y además por la imposibilidad de formar una familia propia, punto esencial para que se de el sentimiento de pertenencia básico de todo individuo. Hablando con respecto al lado positivo de estas parejas, se encuentra el haber permanecido juntos, por más de ocho

años, ya que han superado las etapas de crisis, independientes de toda pareja, por lo cual existe mayor estabilidad. En lo que concierne al autoconcepto de los hombres, no se encontró afectado significativamente en comparación con los varones fértiles, aunque si se remite a las cifras se encontrará una gran diferencia entre ellos. Con respecto al autoconcepto presentado por las mujeres, se mostró afectado negativamente en relación a su self familiar, y ético moral. Este último se ve influenciado por las normas sociales que rigen nuestro país, y que de alguna manera influyen en la ideología de los que vivimos en ella, por otro lado debido a que la mujer posee un papel

mayormente participativo dentro del proceso de reproducción, también se ve afectada.

Con respecto a la repercusión a nivel del self físico, nos muestra que el autoconcepto en los hombres, es más alto que el de la mujer, y es que en este factor se asocia la escolaridad, que es integrada al self personal, por lo que cuando menos en esta muestra, los varones presentan un nivel profesional.

Otro de los factores importantes encontrados en ésta investigación, fué la ocupación, ya que se encontró que al verse realizados en otras actividades afectaba positivamente al autoconcepto, y ayudaba a superar la crisis de esterilidad, disminuyendo el deseo de tener hijos, así mismo la edad afectó positivamente, es decir, las mujeres de 25-26 años mostraron un autoconcepto elevado, en función de la satisfacción consigo mismo, ya que no existía la presión del tiempo para concebir, mientras que en el hombre, se pudo observar que a mayor edad, mayor satisfacción consigo mismo (42-44), ya que han obtenido logros en otras esferas de su vida.

Seguidamente se reportaran datos a cerca de la investigación realizada por Peralta Hernandez, quien en su investigación, del impacto emocional en hombres y mujeres estériles en (1992), reportó lo siguiente:

Primeramente, se enfoca al varón estéril y coincidiendo con otros autores, concluye que la esterilidad sigue siendo una experiencia desagradable, que se enfrenta con impotencia y frustración, esto

debido a que se considera como un obstáculo, que impide se cumpla una función socialmente esperada.

Al ser la esterilidad privativa, produce cambios en la personalidad, o bien aumenta otros ya existentes, que desequilibran emocional y físicamente al ser humano, (básicamente produciendo ansiedad y depresión). Con base a los tres instrumentos utilizados, (Idare, Zung, MMPI), concluye que las diferencias estadísticas, principalmente fueron por el sexo, las

personas estériles tendieron a presentar con mayor frecuencia escalas elevadas en el MMPI.

Por lo que respecta al varón, recurre con frecuencia a la fantasía, el aislamiento y la depresión para enfrentar su padecimiento, mientras que la mujer presenta mecanismos como la ansiedad y la fantasía, las defensas de tipo obsesivo-compulsivo y la queja somática. Los mecanismos de defensa utilizados por el varón estéril son la racionalización, intelectualización, y negación, este se deprime, ya que como se había mencionado anteriormente, la capacidad reproductiva esta asociada con la virilidad, y la hombría. Ambas fuentes de autoestima, y valor social.

El varón estéril, o presenta quejas somáticas, o niega molestias físicas, al grado de otorgar mínima importancia, a las causas orgánicas de la esterilidad, este tiende hacia el perfeccionismo, el orden y la autocrítica, no tiene bien definidas sus metas, así como un reconocimiento conciente, de sus motivaciones para ser padre, aunque estos pacientes desean mostrar buen autocontrol de sus emociones, equilibrio y madurez en la forma de enfrentar la vida, solo es apariencia, ya que son irritables, poco tolerantes, y con una tendencia a transferir la culpa a los demás. Dentro de las áreas que son afectadas en el varón estéril, se encuentran la social y sexual, el hombre estéril es reservado y poco participativo socialmente, estableciendo relaciones interpersonales poco profundas, es un sujeto pasivo, que siente que no reúne las características básicas para demostrar su identidad varonil. La

esterilidad es una pérdida y una amenaza, hacia su identidad, valores y finalidad de la vida.

"LA ESTERILIDAD SE VIVENCIA DE ACUERDO AL GENERO AL QUE PERTENECE, DE TAL MANERA QUE LA RESPUESTA ANTE ESTA, DEPENDE DE LOS ROLES QUE LA SOCIEDAD ASIGNA AL SER HUMANO, ANTE LA MATERNIDAD-PATERNIDAD", Peralta (1992) P 127.

Una de las primeras investigaciones, si no es que la primera, que establece diferencias entre El Autoconcepto y Características de Personalidad en Hombres y Mujeres Estériles, es la de Rodríguez Ogáz en 1992, quién reporta que la procreación ha sido y será una

de tantas metas en la vida de los individuos, pero además proporciona status socialmente.

Corroborar en su estudio, acerca del impacto emocional, de acuerdo a los roles y de como se enfrenta y vivencia este padecimiento, así como también los recursos adaptativos, que utiliza el hombre y la mujer, para enfrentar el padecimiento, reafirma la relación identidad-virilidad-procreación, que tanta importancia tiene en el padecimiento, para aumentar o disminuir los sentimientos de valía que giran en torno a la paternidad-maternidad, ya que al no ser alcanzados el autoconcepto es bajo, porque no existe una concordancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real, es decir que tienen una percepción de sí mismos, que no concuerda con la percepción, que ellos piensan que deberían de tener.

ASI MISMO CONCLUYE, QUE LA ESTERILIDAD ORGANICA TIENDE A EXTENDERSE A LAS DEMAS ESFERAS O ÁREAS DE LA VIDA. Rodríguez (1992) P 128

En otro estudio realizado por Cruz Terán en 1992. Estudio Comparativo del Autoconcepto en Cuatro Circunstancias Reproductivas Diferentes, Embarazo Normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad, y Oclusión Tubaria. En el rubro de esterilidad encontró que concordando con otras investigaciones, ya puntualizadas en este marco, la función reproductiva que incluye la gestación y el maternaje, es un aspecto básico para la obtención de un autoconcepto alto en nuestra cultura, ya que en ésta la mujer ha sido educada e influenciada social y psicológicamente, para

desarrollar el maternaje como elemento fundamental de desarrollo y realización para la mujer, así mismo coincide con sus antecesores investigadores, en las áreas en que impacta el padecimiento de la esterilidad.

"EL HECHO DE QUE LA ESTERILIDAD AFECTE RUBROS COMO IDENTIDAD, AUTOPERCEPCION, E INTEGRACION PERSONAL, DICE LA AUTORA. CLINICAMENTE ES MUY SIGNIFICATIVO, YA QUE INDICA QUE ESTE GRUPO DE MUJERES, QUE HABIENDO CONSTITUIDO SU PERSONALIDAD GENERICA, A TRAVEZ DE SU DESEO MATERNAL, ESTAN ATRAVESANDO POR UN VACIO REPRESENTACIONAL, SIN HABER HECHO UN REORDENAMIENTO, PSÍQUICO PARA SUPERAR ESTA IDENTIDAD INTROJECTADA; MUJER-MADRE". Cruz (1992) PP 257-258. En otro factor que ya anteriormente había señalado en la investigación de García y Ramos, (1991) es que en la mujer también la escolaridad es un factor importante para la elaboración de su autoconcepto, al igual que el hombre, si se desarrolla en otras actividades ajenas al maternaje, su autoconcepto se incrementa y la esterilidad orgánica, no se generaliza a la esterilidad de vida.

INVESTIGACIONES SOBRE EL ASPECTO PSICOLOGICO DE LA ESTERILIDAD Deutsch, Langer, Ramírez, encontraron una asociación importante entre la mala relación de una mujer con su madre y la esterilidad "Madres rechazantes, para sus hijos condicionaran potencialmente la presencia de mujeres estériles." (Cit en García, 1991. p 30). Ya que no se llega a dar una buena identificación maternal, o puede que esta sea escasa.

Algunos autores mencionan que ciertos factores Psicológicos, en la mujer; como la ansiedad y la depresión pueden influir para que se de un estado de esterilidad (Noyes y Chapnick, op. cit.), estas mujeres presentan inmadurez emocional, dependencia oral, ambivalencia acerca de esta dependencia, y negación de su femineidad (Platt J. 1973 PP. 972-976.)

Con respecto a las observaciones de la pareja estéril (Bresnick y Taymor) a través de una investigación experimental menciona; Que el hombre se ve menos afectado que su pareja.

Según Kraf (1980 PP. 618-628), menciona que en la esterilidad se

vive una crisis, que puede ser experimentada como un **trauma narcisístico**, y su resolución va a depender de la estructura de carácter del individuo, La labor intrapsíquica incluye aceptación, restitución de la deficiente imagen corporal y de la evaluación de la importancia de la paternidad como una fase de desarrollo, una resolución adaptativa es vista como una condición necesaria para el éxito de una paternidad adoptiva, a lo igual Menning (op.cit.) describe a la esterilidad como una crisis de vida y agrega la importancia del estrés que provoca la sociedad, y la familia. Shapiro (op.cit.) menciona que la respuesta de la pareja hacia su esterilidad puede ser comprendida como crisis o proceso de duelo, muchos aspectos de la relación marital son afectados profundamente por los esfuerzos para ajustarse a su esterilidad:

Identidad sexual, autoestima, patrones de comunicación y sus alternativas de vida futura.

Según Zárate y Moscona (1985) cuando la pareja se percata que no pueden concebir, afloran sentimientos en cada uno de los cónyuges que los llevan a una crisis denominada crisis de esterilidad:

Que va desde sorpresa, agresión, culpa, decepción y resolución.

A continuación se describirá cada una de ellas:

SORPRESA: La pareja se da cuenta de la imposibilidad de lograr un embarazo y "no puede ajustarse a la evidencia que tanto lástima y es común que después de un tiempo decidan cambiar de médico con la esperanza de obtener un diagnóstico mas grato".

En realidad son pocas las parejas que pueden vivenciar este padecimiento de manera personal, ya que la presión que la sociedad impone a la procreación es muy fuerte.

AGRESION: "usualmente el tiempo va modificando el choque psicológico inicial y la dificultad para aceptar la realidad se convierte en un estado de agresión", esta agresión regularmente está dirigida, hacia la misma pareja o a la sociedad, o al médico etc. Las parejas se culpan por lo que su cuerpo no es capaz de generar, teniendo la sensación de que su cuerpo no sirve, se entra en un proceso depresivo y disminuye la autoestima, la pareja tiende a incomunicarse, así como ha interrelacionar poco entre ellos y con

la sociedad, ya que se sienten relegados y rehuyen de la sociedad que les impacta "por no poder pertenecer a ella".

CULPA: ésta etapa es de suma importancia en éste tipo de padecimiento ya que está se acentúa por no poder dar a su compañero(a) un hijo, lo que indudablemente produciría alegría (además de existir la fantasía mesiánica que es depositada en el bebé). Este sentimiento de culpa se presenta independientemente del nivel cultural y **afecta altamente el valor que cada persona se asigna a si misma y la forma como cada quién se percibe.**

DECEPCION: Esta etapa es la que antecede a la etapa de resolución ya que las parejas se resignan a perder su capacidad procreativa, y se deja de pensar en el embarazo.

RESOLUCION: "aceptar la esterilidad es el final de un largo sufrir, que llega siempre acompañado de un sentimiento de profunda depresión, por que implica abandonar la lucha, aceptar aquello que parecía inaceptable, cambiar la perspectiva del futuro para así resignarse. Este período implica una estructuración de la vida emocional de la pareja para aceptarse nuevamente y reestablecer la propia estima y valía aún sin poder procrear". Tal es el objetivo del grupo de apoyo a mujeres estériles en el INPer.

La pareja diagnosticada con esterilidad se enfoca a la tarea de la procreación, descuidando otras áreas; como proyectos de vida etc. Esto conduce a la pérdida de la autoestima, confianza, seguridad, salud, relaciones cercanas potencia sexual o interes en las relaciones sexuales interfiriendo en las metas u objetivos de tratamiento así como la relación de pareja, en particular a la mujer debido a que socialmente se ha estructurado a la mujer como madre.

EN TORNO A LA SATISFACCION MARITAL, con respecto a la esterilidad, se puede decir que no existe información al respecto por lo que se hará mención de algunos estudios que podrían guardar relación con el tema aunque de manera un tanto indirecta.

En la investigación realizada, por Palacios Vasquez Ma. Luisa, en 1991. Sobre Satisfacción Marital y Estatus Laboral, en dos Grupos

de Mujeres; Amas de Casa y Empleadas de la Ciudad de México.

Encontró, que los resultados obtenidos, no mostraron diferencias significativas, por lo que concluye que este es un fenómeno muy complejo, que involucra muchas variables, y que algunas ejercen mayor influencia que otras, tanto a nivel pareja, y de manera mas global en cada cultura.

En otra investigación realizada por Geitzman Estein en 1985. En su estudio sobre, roles sexuales y su efecto en la satisfacción marital. Encontraron que existe una relación positiva entre la calidad del rol y la satisfacción marital, es decir que tanto el tiempo que le dedique el cónyuge, como el tiempo que le dedique uno mismo a sus roles, tendrá un efecto positivo en la satisfacción marital.

En otro estudio, donde se relaciona a la satisfacción marital con las etapas del ciclo de vida, Contreras Berumen (1989) encontró, que no existen diferencias significativas en cuanto al factor emocional e interaccional, pero si en cuanto al factor organizacional. En cuanto a la asociación de la satisfacción marital con diferentes años de casados, Flores Surai (1987), encontró, que no existe diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción marital, más sin embargo, si la hay entre la atracción física y esta, además corrobora que las mujeres que trabajan tienen una mayor satisfacción, que aquellas que no. Al respecto de la pareja estéril y su satisfacción marital, se puede decir que:

Dentro de la relación de pareja se dan una serie de factores que afectan su funcionamiento, su presencia, dirección y magnitud. algunos de ellos la fortalecen, otros la debilitan y otros la deterioran (Rivera, Díaz, Flores, 1988). Entre estas encontramos dos factores o constructos importantes dentro de la dinámica de la pareja estéril. Uno es el autoconcepto, constructo que identifica a la persona como ente psíquico y social, de ahí su relevancia dentro del estudio de la pareja, ya que define al si mismo como la conformación que un sujeto tiene, incluyendo cuerpo, familia,

amigos, posesiones, creencias, estados de conciencia y reconocimiento social (James 1968, Cit en Rivera, Díaz 1968). Como segundo aspecto tenemos a la satisfacción marital aspecto intimamente relacionado con el cumplimiento de las expectativas de los conyuges.

La Satisfacción marital se ha definido en varias formas, Spainer y Lewis (1980) lo hacen como la "Evaluación subjetiva de la relación en una pareja de casados" por otro lado Burr y col. (1979) como la relación subjetiva experimentada al matrimonio de uno. Finalmente Weiss y Andrade (1988) definen el concepto de satisfacción marital como "la Actitud Hacia La Interacción Marital y Aspectos del conyuge". (p 179)

Con el objeto de poder explicar porqué los conyuges o la pareja llegan a sentirse satisfechos con su relación, se han desarrollado varias teorías y modelos acerca de la satisfacción marital. Miller (1976) Establece siete antecedentes:

Socialización, Roles de transición en la familia, Número de hijos, años de casados, Frecuencia y Duración de la convivencia, nivel socioeconómico, y el espacio para los niños, Según Rollins y Galligan (1978) los cuales concluyen que la satisfacción marital depende principalmente de la presencia, el número y la edad de los hijos. Se han elaborado diversos estudios sobre el efecto del sexo del cónyuge en relación a la satisfacción, Rhyne (1981) menciona que los hombres tienden a estar mas satisfechos con su matrimonio que las mujeres, Para Will, Weiss y Patterson (1974) la diferencia entre los sexos, se debe al significado que tiene para cada uno el concepto de satisfacción marital, afirmando que para los hombres son mas importantes las conductas instrumentales, mientras que las mujeres consideran mas importantes las conductas afectivas (Que son aquellas que ayudan a mantener la atracción interpersonal, entre el esposo y su pareja). Aunque en estos estudios de género se han encontrado estudios contradictorios, Rollins y Cannon (1974) concluyen que la pareja de ambos sexos se ven influidos de manera similar en lo que respecta a la satisfacción Marital, por eventos

que ocurren en diferentes etapas del ciclo vital.

Por otro lado Pick de Weiss y Andrade Palos (1988) encontraron que la satisfacción con la interacción Marital y con aspectos estructurales y de organización del conyuge son significativamente mayores en los hombres, que en las mujeres, (Rivera, Díaz, Flores, 1988).

2.2 ASPECTOS EMOCIONALES Y FISIOLÓGICOS

Tratar el tema de la esterilidad y sus repercusiones en la pareja resulta muy complejo, puesto que se engarzan una gran variedad de aspectos médicos y Psicosociales en el que los involucrados plantean diversas reacciones difíciles de agrupar en un patrón específico de comportamiento.

Sin embargo, en un afán de conceptualizar este fenómeno, se intentará abordarlo desde las formas en que se presentan, para posteriormente conformar un grupo de características que les sean

comunes. En este sentido, se dividirán a las parejas con diagnóstico de esterilidad de la siguiente forma:

Esterilidad por factor Masculino:

La presión que ejercen los factores psico-socioculturales, impactan fuertemente a la pareja, sobre todo al miembro que la padece. La dinámica de la pareja se ve alterada, ya que sufre un desequilibrio al percibir la pérdida de la posibilidad procreativa, lo que está fuertemente vinculado en el hombre con una imagen de potencia, fortaleza, virilidad, Todo esto se ve afectado, llevando a una nueva jerarquización de la relación, es decir; que es muy frecuente que el varón se enfrente a la desvaloración, inclusive al desprecio por parte de la pareja.

En lo personal esta situación lleva al varón a modificar su proyecto de vida, ya que se le ha enseñado que su valor radica en la capacidad procreativa, ya que además de mostrar su virilidad es la forma mas directa de trascender.

La esterilidad con frecuencia provoca un estado depresivo que afecta la dinámica que se genera en la vida en común.

Durante estos Arreglos, que van ligados a la imagen corporal y al autoconcepto, los mecanismos que se emplean para disminuir la angustia son muy variados y dependen fundamentalmente de la estructura de personalidad, de la historia de vida y desde luego de las condiciones y opciones que el paciente tenga en ese momento, (Morales 1988).

Es frecuente encontrar resistencias al tratamiento en este tipo de pacientes, ya que perciben su imagen, su rol, como algo desintegrado, Morales (1988) explica esto en función de que es más fácil negar un problema que enfrentarlo, ya que esto implicaría la reconstrucción de la PROPIA IDENTIDAD.

Esterilidad por factor femenino:

Las presiones psico-socioculturales a las que está expuesta la mujer, han llevado a la idealización de la maternidad, ya que no es solo un acto deseado sino casi una obligación, ya que existe la creencia, espero ya no tan común en estos días, que el maternaje es el único camino de realización de una mujer, pero siguiendo las creencias populares, es casi imposible concebir que una mujer no se embarace, de hecho "la ciencia" lo dice: "útero que no es usado, dará problemas" (cit Morales 1988), además de existir una infinita presión no solo cultural sino social ya que desde pequeñas se les ha ido interiorizado ese rol, (juegos con muñecas, jugar a la casita,) es decir que es un largo entrenamiento por el cual pasa todo ser humano en éste caso la mujer para adoptar un rol.

Toda esta ideología influye en la relación de pareja y se manifiestan sentimientos de autoinculpación en la mujer, incluso promueve fantasías de una ruptura de la relación inclusive podemos escuchar discursos como "sería mejor que te buscaras otra persona que pudiera darte un hijo". Este deseo de darle un hijo a la pareja pareciera algunas veces que fuera algo retributivo, un tributo por las atenciones y cariño que su pareja le ha dado.

"Es evidente que estas mujeres pierden autoestima y lo que se

engendra es un estado depresivo, limitando gran parte de sus posibilidades creativas y restringiendo sus opciones de vida no solo individuales sino también en la relación de pareja y en la vida de relación interpersonal, con frecuencia se ven cuestionadas por el entorno respecto a su imposibilidad reproductiva, de tal forma que van constriñendo su vida social y el esposo, con relativa frecuencia, se comienza a alejar de la vida común. Otro hecho que se observa es que se recrudecen los conflictos con la figura materna, conflictos que probablemente se arrastraban desde épocas remotas, pero que ante la imposibilidad de poder repararlos a través de la vivencia del maternaje, resurgen con nuevos bríos, necesitando ser resueltos." (Morales, 1988)

Esterilidad en tratamiento.

Los tratamientos regularmente están enfocados a la mujer, por su papel más participativo, estos tratamientos son largos y en ocasiones incómodos para la paciente lo que desespera a la pareja, tendiendo ya sea a buscar curas mágicas (tés, sobadas) y/o bien a cambiar de médico constantemente en un afán de encontrar una respuesta.

Es importante mencionar que estos tratamientos tienden a modificar la espontaneidad de la sexualidad en la pareja.

Ya que los coitos son programados e inclusive se sugieren posiciones, para favorecer la fecundación.

Tomando en cuenta todo esto, es fácil entender las repercusiones emocionales a las que se enfrenta la pareja, ya que el concebir se convierte en una obsesión, restringiendo las opciones de vida.

Esterilidad definitiva:

En estos casos nuevamente se observan dificultades en la aceptación de la imagen corporal y el autoconcepto, aún en aquellas mujeres que han logrado embarazos y tienen hijos vivos.

En este tipo de esterilidad rompe con el equilibrio que existía en la relación, provocando un reajuste en el proyecto de vida de la pareja. Cuando el factor es determinado surgen sentimientos de

culpa y desvaloración, además de depresión; regularmente esto se agudiza pues no se cuenta con una estructura adecuada para enfrentar este tipo de crisis, conllevando a manifestar diversos síntomas (quejas somáticas) disfunciones sexuales (falta de deseo) y aislamiento afectivo.

Algunas de las pacientes reportan sensación de vacío, o bien de sentirse incompletas, asociando a otro tipo de síntomas clásicos de la paciente estéril como son: irritabilidad, apatía, trastornos del sueño, angustia flotante.

Esterilidad de causa no determinada

Al respecto, la psicología no ha llevado a cabo suficientes investigaciones para contribuir de manera rigurosa a la explicación de esta incógnita. Sin embargo algunos trabajos clínicos al respecto, y nuestras observaciones, coinciden en sugerir que a veces se trata de mujeres que muestran un rechazo en el desarrollo psicoafectivo, quienes tienen una percepción de la figura materna amenazante y devaluada ante sus ojos (Langer, 1971), es posible que esta visión promueva una selección de pareja peculiar, en la que los varones que son elegidos para formar una pareja, son hombres, que favorecen la infantilización

de la mujer, siendo muy complacientes y comprensivos, aún en su actitud hacia la sexualidad, comportándose más bien como una figura parental permisiva. Es importante señalar las áreas que son más susceptibles de afectarse son las de autoestima y la sexualidad.

La reproducción es un evento que compromete fuertemente el proyecto de vida de la mayoría de los seres humanos, además de las presiones psicosociales que ejercen una presión muy importante para cada uno de los miembros de una pareja, con esto, se tratará de dilucidar el porqué de la alteración en estas áreas mencionadas. En primer lugar, la autoestima proviene, en gran parte, de nuestra percepción del valor que otros nos asignan mediante la interacción con nuestro entorno (Becker 1979), de tal forma que al no responder a las expectativas del medio ambiente, se percibe una disminución en la

aprobación y valoración de las personas significativas, con respecto a la sexualidad dado que es un ejercicio el que posibilita la procreación, al no tener consecuencias objetivas (Embarazo-Hijo-Familia), la relación sexual llega a perder sentido para la pareja, y puede ser preferible, por consiguiente, evitarla por ser frustrante la ausencia de embarazo, de tal forma, que todo lo expresado anteriormente debe de alentar el trabajo interdisciplinario, que le ofrezca a la clarificación de su proceso desde una perspectiva más amplia, y a su vez prevenga las consecuencias indeseables al someterse a un tratamiento en el ámbito reproductivo. (Morales, 1988)

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Se definirá a la esterilidad como a la incapacidad temporal o definitiva de la pareja para concebir, después de un tiempo determinado (de uno a dos años) de relaciones sexuales sin control contraceptivo.

Así mismo podemos clasificarla en dos grandes rubros:

Esterilidad primaria.

Cuando la pareja no ha logrado embarazarse.

Esterilidad secundaria.

Cuando la pareja tiene el antecedente de uno o varios embarazos y después del último transcurren más de un año de exposición sin concebir.

Existen diversos factores causales de la esterilidad.

Según Doke y Doner, consideran que la acción preovulatoria de los estrógenos, se ejerce en dos niveles:

Hipotálamo, Hipófisis. y que existen hipofisarios a los estrógenos en útero, vagina, adenohipófisis.

♀ FACTOR FEMENINO

FACTOR CERVICAL

La frecuencia de este factor es de un 10 a un 30%, para la investigación de este factor se partira de que el moco cervical es un hidrogel, es decir que su componente líquido es agua.

Existen dos tipos de moco:

MOCO: estrogénico y progestacional.

El de tipo estrogénico abunda durante la ovulación y limita el avance de los aspermios.

El tipo progestacional, presenta una densa maya de macromoléculas, con orientación irregular y entrecruzada, que impide el paso lineal de los aspermios. (cabe mencionar que durante el ciclo estos dos tipos se mezclan).

Propiedades físicas: Cristalización, elasticidad, indice de consistencia o viscosidad.

FILANCIA: Se establece midiendo la longitud a que puede distenderse una cantidad de moco adherida a dos superficies que se separan, cuando el nivel estrogénico es bajo la filancia es mínima, no así durante la ovulación (10 cm máximo).

Por acción de un estimulante estrogénico, el moco cervical se convierte en el medio idoneo, para facilitar la penetración selectiva, y al parecer suministra energía al aspermio en tránsito, debe considerarse la movilidad de los aspermios, concluyendo que la espermomigración es la resultante de los dos elementos: moco y aspermio, sin excluir a ninguno.

Con respecto a las características de los aspermios y el mecanismo de penetración, deberá tomarse en cuenta la motilidad y la morfología.

La motilidad: depende de la actividad de la cola o flagelo y se considera como una de las propiedades mas importantes de los aspermios.

La morfología: junto con el cervix, desempeñan un papel fundamental. Como característica morfológica tenemos una estructura de tipo fibrilar, que favorece su desplazamiento, sus características bioquímicas y morfológicas, que hacen posible el

depósito y preservación de estas, para ser liberadas en el periodo fértil y facilitar su penetración en el conducto cervical, gracias a su motilidad y diseño.

Estructura del moco: esta compuesto por mucina y en su mayor parte por agua (98%), que es lo que determina la filancia, para favorecer el desplazamiento con un gasto mínimo de energía. Dajavan señala la importancia de las cilias, que estan a lo largo de todo el canal endocervical, y su papel es impulsar el moco hacia el orificio externo. Otro aspecto importante en el moco cervical es el depósito de semen, ya que una vez liberado el óvulo, vive muy pocas horas, mas sin embargo el moco estrogénico brinda una liberación constante y sostenida de gametos masculinos durante un periodo prolongado, ya que en este se encuentran condiciones propicias para la supervivencia de los aspermios.

La investigación como causa de esterilidad, del factor cervical requiere de una valoración desde diferentes ángulos como:

-Anatomía del cervix:

-estudio del moco cervical

-comportamiento de los aspermios en el moco (vitalidad)

Este ultimo estudio se realizará *in vivo*, extrayendo muestras del canal cervical después del coito, o bien por procedimiento *invitro*, donde se obtienen anticipadamente tanto el semen como el moco y se observan los resultados.

SEMIOLOGIA DEL CERVIX:

Se encuentra recubierto por mucosa con epitelio, está orientado hacia la cara vaginal posterior después del coito, e idealmente se encontrara sumergido en parte del lago seminal.

Bacteriología del moco: la infección del moco debe ser buscada en la posibilidad de efectos espermicidas de las distintas cepas, cabe mencionar, que estos estudios se realizarán cuando el test post coito resulte inadecuado o cuando las secreciones puedan indicar

una infección. Esta infección según (Rosenthal, Cit Tozzini 1988) la atribuyo a una espermoglutinación por bacterias. en específico por la escherichia coli.

En 1951 Matthews y buxton, señalarón la acción espermicida de microorganismos, como el estreptococo colibacilio, o la listeria monocytogenes, y del micoplasma T, es importante resaltar que el moco presenta una actividad antimicrobiana que se acentúa el día 14 de un ciclo normal.

Un examen de rutina que es básico para el estudio de la pareja estéril es la prueba de SIMS, HUNHER. Sims en 1868 refirió lo siguiente, "En la investigación de un caso de esterilidad, se debe determinar, si la secreción del canal cervical es favorable o no para la vitalidad de los aspermios", (Cit Tozzini 1988) incluso señala la fecha mas adecuada del ciclo para efectuar esta observación.

TECNICA DEL TEST POSTCOITO

La programación deberá realizarse para el período fértil, es decir dentro de las 48 horas que preceden al ascenso de la temperatura basal, es aconsejable un mínimo de dos días de abstinencia sexual, para lograr una inseminación adecuada, con respecto al intervalo entre el coito y el examen, se ha establecido según Tozzini entre 6 y 12 horas, con respecto a los resultados del examen; Generalmente se acepta como normal entre 10 y 20 aspermios por campo, es esencial mencionar que el espermograma es irremplazable en la apreciación del factor masculino.

El test de Hunher, complementaria el estudio de la viabilidad espermática, pero no lo sustituirá.

FACTOR CORPORAL

Ya que el útero es el sitio adecuado, y generalmente es ahí donde se da la implantación, por lo tanto la patología con respecto al cuerpo sera la que se aborde, como patologías mas frecuentes podemos encontrar las que tienen que ver con el endometrio, las

malformaciones y los tumores miometriales (miomas).

PATOLOGÍA DEL ENDOMETRIO:

El balance entre los estrógenos y la progesterona es importante para la formación del cuerpo amarillo (posible motivo de esterilidad), en cuanto a la morfología del endometrio, podemos encontrar las siguientes: **hipoplasia, metaplasia, alteraciones vasculares**, condiciones en las cuales el óvulo no se implantará aunque este sea fecundado, aparentando esterilidad, otro aspecto importante es el medio endouterino, en donde si no es adecuado, la capacitación del aspermio no se logrará y por consecuencia tampoco la fertilización.

En cuanto a las infecciones la tuberculosis endometrial es una enfermedad que no solo puede provocar un cuadro de esterilidad, sino que altera de manera importante la mucosa y producir modificaciones en el ciclo, amenorrea secundaria, lesiones bacilares y otras infecciones que afectan, ya sea la implantación o pérdida del producto.

NEOPLASIAS: Adenomas en el endometrio, pueden darse en embarazos normales, aunque en los casos que por su volumen infieran en la mecánica de implantación puedan producir esterilidad.

ADHERENCIAS: Cuando el endometrio es lacerado por causas infecciosas, químicos o físicos, se da un **proceso reparador de la mucosa**, buscando como objetivo la unión firme o laxa de las superficies dañadas, de esta manera se establecen las adherencias, que tabican el útero. La causa mas habitual de estas sinequias, es el raspado del endometrio, y según su localización se pueden clasificar en dos: (corporales o istámicas) cavidad uterina y canal cervical.

MALFORMACIONES UTERINAS: Hipoplasia uterina; se relaciona con la falta o disminución en el desarrollo normal del útero, cuando está determinada, por falta de estimulación estrogénica, se puede presentar una hipoplasia constitucional, lo cual limita al útero ya sea en la fecundación o embarazo.

MIOMAS: Son distopsias uterinas. Las retroversoflexiones libres o

móviles, no deben ser tratadas. Cuando el desplazamiento es fijo se sospechará de otra patología, y se descartará o confirmará una miomatosis por medio de una laparoscopia.

FACTOR TUBOPERITONEAL: Este factor ocupa del 30 al 40%. en este factor podemos encontrar dos aspectos importantísimos para la fecundación que son: el transporte y nutrición de los gametos o del huevo fecundado, para el cumplimiento de estas funciones, la trompa dispone de un epitelio y de un sistema neuromuscular hormonodependientes, que en sincronía tienen la misión de ser sede del gran encuentro, y cuna del nuevo ser, la unión uterotubárica, regula el pasaje del huevo fecundado en el momento apropiado a la Cavidad abdominal y controla la reserva espermática uterina.

TRANSPORTE ESPERMÁTICO Y RESERVORIO:

Del total de los espermios poco menos del 1% alcanza al ovulo en la ampolla tubárica, aunque basta con estos para que se de la fecundación. Existen diversos mecanismos encargados no solo de asegurar la llegada de los espermios, sino del mantenimiento de una población espermática en dicha ampolla, por EJ. a los 20 minutos del eyaculado se hallan espermios en la trompa.

En el pasaje espermático a través del cuello y cuerpo uterino, sucede que el tiempo es menor al empleado por un espermio con sus propios recursos, le facilitan la actividad contráctil de la vagina, el cervix y cuerpo uterino, las características del moco cervical preovulatorio que orientan la migración espermática, por otro lado tenemos el aporte del orgasmo femenino quién contribuye desencadenando descargas de oxitocina, favoreciendo el transporte masivo de espermios hacia las trompas.

En la migración de los espermios podemos reconocer tres etapas:

- 1) Fase rápida: de dos a diez minutos se encuentran espermios en las trompas, gracias a la actividad contráctil del miometrio, y del miosalpinx, consecuencia del coito y de juegos eróticos previos
- 2) Reservorio: un gran número de espermios se encuentran colocados en el ampulla, la conexión uterotubárica como ya

anteriormente se había mencionado juega el papel de dosificar el balance de los aspermios entre las trompas y la cavidad abdominal.

3) Fase lenta: una vez constituidos los reservorios, esta fase permite mantener la concentración de los aspermios en la ampolla durante un largo período por su liberación secuencial.

CAPTACION OVULAR Y TRANSPORTE:

Es a través de las fimbrias tubáricas que se capacita y transporta al óvulo recién salido del ovario, a la ampolla tubárica, claro que con mecanismos ya mencionados con anterioridad.

La actividad contráctil de la trompa, que comienzan con las fibras longitudinales, hace que esta se estreche, esta actividad contráctil eleva y dilata la ampolla tubárica, en ese momento las fimbrias se encuentran congestionadas, así como separadas abarcando de manera importante al ovario, este a su vez rota sobre su eje longitudinal, para exponer la superficie del folículo a las fimbrias y de esta manera sea puesta en marcha la captación ovular, poniendo en contacto a la ampolla tubárica con los aspermios.

ENDOMETRIOSIS:

La endometriosis tubárica es una patología en extremo rara, se presenta entre el 4 al 6% en relación con otras ubicaciones, es más frecuente que una endometriosis pelviana u ovárica genere un proceso adherencial que de modo indirecto afecte a la trompa.

♂ FACTOR MASCULINO

Se investiga mediante;

ANALISIS DEL SEMEN:

Para el diagnóstico médico de la esterilidad en el varón, es necesario establecer una buena relación médico-paciente, ya que por lo regular este tipo de pacientes se presentan angustiados, y con

necesidad de comprensión a cerca de su padecimiento.

Por lo cual la exploración del paciente comenzando por la historia clínica deberá realizarse con calma y detenimiento.

En la historia clínica se explorará información a cerca del descenso testicular y posibilidad de criptorquidea, la edad de comienzo de la pubertad, lo cual nos indica la maduración sexual.

- Parotiditis (paperas), a partir de la pubertad
- Traumatismos testiculares (alteración del contenido)
- Infecciones venereas (en especial uretritis, si la hubo Tx. y evolución)
- Otras enfermedades que puedan haber afectado al testículo, conductos y glándulas (Ej. tuberculosis, brucelosis, etc)
- Estrés por enfermedades graves
- Relaciones y embarazos extramaritales
- ocupación (exposición al calor, radiación, tareas pasivas, taxista, chofer, etc.)
- Uso de medicamentos que mermen la fertilidad (antibióticos, anorexígenos, citostáticos, etc)
- Factores ambientales, hábitos alimenticios, vestimenta
- Antecedentes familiares (afecciones neurológicas, endocrinas, metabólicas)
- situación marital, (tiempo de casados, tiempo de búsqueda del embarazo, frecuencia y tipo de relaciones sexuales)
- Calidad de la erección y posibles molestias durante la eyaculación (ardor o dolor) **disuria, poliuriuria, o goteo postmiccional**
- Caracteres sexuales secundarios visibles (barba, vellosoidad, ensanchamiento de espaldas etc.)
- Ingestión de alcohol, tabaco, drogas.

EXAMEN CLINICO

- A) observación del pene: prepucio, fimosis, ulceraciones, E. venereas, frenillo, ubicación del meato uretral.
- B) escroto (bolsa que cubre al testículo) y contenido (presencia de

varicocele, anomalías vasculares)¹

C) Examen prostatovesicular (modificaciones de tamaño, superficie, consistencia y sensibilidad de la próstata).

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

* espermograma

* examen bacteriológico

- estudio de la función endocrina testicular
- estudio de los niveles de gonadotropinas hipofisarias
- determinación del sexo cromático y cromosómico
- estudio de patología hipofisaria
- exploración de las funciones tiroideas y adrenales
- estudio inmunológico

El espermograma es considerado como el estudio más importante, aunque no se debe confiar en los resultados de un solo espermograma, debido a la influencia de la emocionalidad, en la producción gonadal, es entonces que este se debe aplicar cuantas veces sea necesario para un mejor diagnóstico.

Dentro de la información que nos puede aportar este estudio se encuentra:

1) Alteraciones en el volumen del eyaculado.

-Aspermia: ausencia en la eyaculación.

-aumento del volumen normal del eyaculado < 6 ml.

-disminución del volumen normal del eyaculado > 1.5 ml

2) Modificaciones en el número de los espermios

-Azoospermia: ausencia total de espermios

-Oligospermia: disminución del número de espermios > 20.000.000

* se considera normal a partir de 40.000 por ml

el contenido escrotal incluirá ubicación del testículo, forma, sensibilidad. El cordón espermático y el trayecto inguinal (hernias).

- Hiperzoospermia: aumento del número de espermios < 150.000.000
- 3) Modificaciones en la morfología, vitalidad, y/o motilidad de los espermios.
- teratozoospermia: 40% de formas anormales
- astenozoospermia: > de un 30 % de buena movilidad y 70 % vivos y normales.
- necrozoospermia: 70 % de espermios muertos
- aglutinozoospermia: unión por cabeza y cola
- plasma seminal alterado

El dosaje de fructuosa y ácido ascórbico, producido por las vesículas seminales, son señales de su buen funcionamiento.

3.-AUTOCONCEPTO Y ESTERILIDAD

3.1 Definición de Autoconcepto.

Uno de los aspectos que tienen que ver para la formación de este constructo es la auto-imagen, ya que según Paul Schilder (cit en Cruz terán, 1992) apartir de esta se van a conformar el yo, el self, y el autoconcepto.

Las primeras investigaciones que se realizaron en torno al autoimagen, a finales del siglo pasado y principios de este fueron motivadas por la insistencia con que los pacientes a los que se les había amputado alguna parte del cuerpo referían seguir sintiendo, A lo que se denominó, como miembro "fantasma". Henry Head (cit en Cruz, 1992) conocido como iniciador del modelo postural, trabaja con un modelo asociacionista, de sensaciones propio y exteroceptivas, que desde el nacimiento se iban guardando en el cerebro como huellas mnemónicas, que constituirían el modelo postural del cuerpo. Schilder, (op cit) rompe con lo anterior, mencionando que la imagen corporal es una estructura mental, que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas, con que cuenta el individuo al nacer, y se va consolidando con la madurez y el desarrollo, que a su vez esta oscilando en un proceso de cambio a través de la unidad percepción-sensación-acción, y vida afectiva, la que está en constante interacción con el medio ambiente, por otro lado el impulso es otro factor de suma importancia en la construcción de la imagen corporal y del afecto, que como núcleo dirige la preferencia en la percepción de los estímulos, convirtiéndose en una percepción selectiva, propia de los seres humanos, ya que al concebirse como seres emocionales, cada uno tendrá su manera propia de percibir, es entonces cuando Schilder inserta su propio concepto de la imagen corporal al psicoanálisis, al incluir el afecto. Su teoría también es utilizada en el ámbito social, a propósito de percatarse del fenómeno que se presenta; cuando se da una perturbación en la capacidad perceptual, en la orientación, de lo que es derecha- izquierda, en relación con

el propio cuerpo. A su vez esta repercute en la percepción que se tiene de otros cuerpos, concluyendo que existe una relación muy estrecha, entre estas. Resumiendo la teoría de Schilder se puede considerar que principalmente, toma en cuenta al propio cuerpo como primer objeto del yo, así mismo considera a la imagen corporal, como una estructura mental en constante cambio. Fundamenta que para que se pueda hacer una diferenciación, entre el sí mismo y el mundo exterior, es necesario tener consciencia de una Imagen corporal, surgiendo así, las primeras autorepresentaciones, tanto de sí, como de objeto, considerando que la consciencia de ser, es anterior a la formación del yo, es decir, que concibe a la imagen corporal, como núcleo original de un sistema total que lleva consigo, la simiente del conocimiento de sí como individuo único, que contiene aspectos contradictorios.

Por un lado es constante, y por el otro cambiante, es una estructura conformada por dos mundos, el exterior y el interior. Para Schilder el YO, es la personalidad total, al cual denomina como **YO CENTRAL**, considerandolo como un esquema, que controla a su vez otros subesquemas entre los cuales se encuentran, la imagen corporal y el self, a este último lo denomina como una consciencia de sí, es decir que en el factor de autorrepresentación, se encuentra en un nivel de no consciencia.

Menciona, que en la primera etapa de indifrenciación del ELLO, y del YO, aún antes de gestarse, el self, ya está en formación.

Para concluir se puede decir, que Schilder tiene la idea, de que al tiempo que es construida la experiencia del espacio exterior, por medio de la acción y la relación con los objetos, es construida la experiencia del espacio interior de sí mismo.

Según Freud (Cit en Cruz, 1992) en su obra introducción al narcisismo podemos encontrar elementos o antecedentes para el manejo de este constructo, que aunque Freud no lo maneja como tal, homologa "energía sexual con libido, distinguiendola de otro tipo de energías a las que denomina instintos del yo, como el hambre, las cuales en el curso del desarrollo del mismo yo van a tender a funcionar de manera separada a la libido" (P.72).

Para Freud en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al yo sino que éste se tiene que ir desarrollando con ayuda de este instinto libidinal, apoyado en los instintos del yo, que lo incitan a moverse a actuar, a buscar relacionarse con el mundo objetual para asegurar su supervivencia.

Esta cantidad de energía libidinal va a variar en el transcurso de la vida debido a fenómenos relacionales, de desarrollo yoico, o por razones de patología física o psíquica, por ejemplo, la parafrenia donde la energía libidinal es retirada de los objetos del mundo externo a través de la introversión que va haciendo que el individuo pierda interés y contacto con la realidad, revirtiéndola en sí mismo, otro ejemplo es el enamoramiento en donde el sujeto libidiniza al objeto deseado, en donde el sí mismo del sujeto se desvaloriza y solo se ve restituido si se es amado por este objeto. Así mismo en la constitución del ideal del yo en donde es depositada una gran carga libidinal, la cual provoca que el yo se sienta observado, comparado y evaluado con este ideal, y por lo tanto, la autoestima resulte condicionada a que el yo cumpla con el ideal o no, Freud señala que esto varía según la rigidez o flexibilidad con que se hayan construido estos ideales y su relación con la parte social, para finalizar:

se puede concluir que tanto la autoestima como la autopercepción son elementos que conforman al autoconcepto tal cual lo conocemos hoy en día.

Según Hartman, (Cit en Cruz, 1992) y los teóricos del yo, los cuales se centran en el desarrollo de este, hacen una diferenciación entre el yo, y el sí mismo, aludiendo que el yo sería una subestructura de la personalidad, en tanto que el self, como imagen de sí mismo estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al yo, al ello, y al superyo; de suerte que cuando se habla de lo opuesto a la catexia de objeto se estaría hablando de la catexia de la propia persona, sin especificar si esta está situada en el ello, el yo o el superyo, de donde se infiere que se pueden encontrar narcisismos de los tres sistemas psíquicos. Se puede considerar esto como la mayor aportación al Psicoanálisis.

Hartman (Op cit) percibe al yo como un yo madurado a través de las potencialidades desarrolladas en él, que a su vez retroalimentadas por el medio externo, proporcionan experiencia fundamento dinámico de la identidad y de conocimiento de sí (self dinámico) que mas adelante conformará el autoconcepto, Según Williams James (Cit en Cruz, 1992) quién considera al **sí mismo**

como eje central en psicología, y reconoce en él, tres niveles constitutivos:

- a) El material
- b) El social
- c) El espiritual

es Margaret Mead en 1934 quién concilia las posturas de James y Cooley, y señala la importancia del simbolismo en la formación del sí mismo.

Es difícil de llegar a dar una sola definición de autoconcepto, ya que comprende una gama de factores y dimensiones muy amplia, además depende del enfoque del cual se esté abordando, por lo tanto existirán tantas definiciones, como autores que se refieran a él. En lo que todos los autores coinciden es en su "carácter Multidimensional y su importancia en el manejo de la investigación de la personalidad, tanto a nivel individual en la Psicología clínica, o para detectar tendencias, actitudes o rasgos determinados y determinantes de fenómenos sociales, que permitan analizar su relación entre el individuo y su medio" Cruz (1992). Uno de los autores que contribuyó de manera definitiva, llegando a construir una escala que midiera autoconcepto fué Williams Fitz (1965), quien considera el concepto de sí mismo como un elemento que va directamente relacionado con la personalidad en general y el estado de salud mental de tal manera que "Aquellas personas que han construido una imagen o concepto pobre de sí, sintiéndose devaluadas, indignas, o malas tienden a conducirse de acuerdo con los conceptos, lo mismo sucede con los individuos que han desarrollado un concepto irreal de sí mismos, los cuales tienden a aprovecharse de la vida y de los demás, también de una manera irreal" (op.cit). El autoconcepto revela aspectos fundamentales de

la personalidad del individuo, lo cual permite un mayor entendimiento y una mas adecuada planeación a la hora de la intervención terapéutica, aunque "Fittz se podría decir que se carga hacia el aspecto positivo del autoconcepto, en tanto lo traduce en autoestima, también se ocupa de otros aspectos; como son su estructura, componentes y consistencia" La Rosa(1986). Fittz, expresa su modelo conceptual en términos de relaciones interpersonales y de competencia interpersonal, señalando también la importancia de la libre comunicación, La Rosa (op.cit.). En lo que respecta a una perspectiva psicológica mas amplia, Fittz (1965), se coloca dentro de la psicología humanista y su contribución es mas empírica que teórica, finalmente la definición que él de autoconcepto es: "El criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción mas completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado". Fittz (op.cit.) El énfasis recae en la persona como objeto de autoconcepto, que incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de como es ella misma; aparte está el hecho de que la percepción es multidimensional y los factores mas importantes que la describen, son categorizados en tres áreas:

- A) **IDENTIDAD** (quien soy / como soy)
- B) **AUTOSATISFACCION** (como me acepto a mi mismo)
- C) **COMPORTAMIENTO** (como actuo)

y las dimensiones que abarcan al: **yo físico, yo personal, yo ético-moral, yo familiar y al yo social.**

DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO

La percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional, según Fitts, los factores mas importantes que la describen son:

Dimensión interna:

Hall y Lidzey (Cit en garcia,1991) señalan en su revisión de la teoría del self, que este tiene dos significados:

- 1) Las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones, se consideran como integrantes del self, como objeto.
- 2) El pensar, percibir y ejecutar actividades definen al self como proceso.

Para Fitts (1965). el self es tanto objeto como proceso y las autopercepciones se relacionan con ambos aspectos del self.

El self o self fenomenológico según (Combs y Snygg 1959) es el self observado, juzgado por el si mismo del individuo.

Este es el self del cual él es conciente, "La suma total de todas estas percepciones, es su imagen de sí mismo, es decir su autoconcepto" (Fitts, op.cit).

Según Fitts (op. cit) existen tres partes principales del self:

- Identidad del self (como objeto)

La necesidad de todo individuo a la pregunta "quien soy yo" tiene que ver con su identidad, la cual esta formada por los criterios propios y los que le son asignados (socialmente), cada uno de esos criterios que le son asignados influirá en la forma en que este percibe a su mundo, responde ante este e interactúa, así como sus propias observaciones.

"Los teóricos del self han enfatizado la influencia que la identidad del self o el self como objeto tiene sobre la conducta" El conductismo por su parte ha ignorado la identidad del self, concentrándose en su conducta.

La teoría Psicoanalítica apuntala hacia la identidad del hombre, su definición, sus alteraciones y su evolución.

- Comportamiento del self (como ejecutor)

" Las consecuencias Internas refuerzan la conducta, esta es practicada y dominada, y la capacidad para realizar la conducta se convierte en parte de la identidad"

La integración de conductas está vinculada con el reforzamiento y gratificación, tanto internos como externos (consecuencias).

Es decir si la conducta es reforzada por ambos puntos esta es integrada. Es importante mencionar que cuando una conducta no es

adecuada el sujeto etiqueta su self total y no una conducta en particular.

- satisfacción del self

La satisfacción del self funciona como observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador, también sirve como mediador entre los otros dos.

"La satisfacción observa a la identidad y a la conducta y dice bien hecho, me gustas, estoy orgulloso de ti" (García, Ramos 1991, P 9) Es común en el hombre asignar valores a muchas de sus percepciones: así pues el hombre puede estar conciente de como se siente. Pero lo mas importante es saber si es adecuado o no este tipo de sentimientos para actuar en ellos.

Esta tendencia evaluativa del self es un componente principal de autopercepción y provee los elementos para la autoestima.

DIMENSION EXTERNA

Fitts, concordando con dela Rosa (1986), así como Díaz-Loving, Andrade y Reidl (1988), coinciden en el aspecto multidimensional del autoconcepto, ya que está relacionado con los roles que desempeña el individuo, estableciendo las siguientes dimensiones:

Self físico.

El hombre no solo integra percepciones de su cuerpo, que se van modificando a lo largo de su desarrollo, sino que también integra para sí, las actitudes de otros hacia su cuerpo y sus partes.

El como integre el individuo este concepto (satisfactorio o insatisfactorio) de su cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad posterior y determinará su capacidad para adecuarse al estrés de enfermedades, traumatismos y cambios físicos. "El self físico está integrado por los atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia" (Fitts op.cit.)

self ético moral.

Es un indicador de si hay un equilibrio psíquico y moral, es decir, si la conciencia esta tranquila, hay equilibrio, pero si no, es indicador de que el sujeto ha violado ciertos parámetros establecidos por lo cual se vivirá intranquilo y con culpa. Este solucionará éste estado por medio de la racionalización o el arrepentimiento y tratará de reparar lo que está mal.

Self personal.

Este concepto está íntimamente relacionado con la autorrealización de las potencialidades, ya que sitúa al sujeto. El desarrollo de estas potencialidades proporciona valía al sujeto.

Self familiar.

Nos muestra la percepción que el sujeto tiene en cuanto a su relación afectiva con su núcleo familiar y si se adecua o no como miembro de la familia.

Self social.

Es el modo en como se relaciona personalmente en la familia, esto matizará las relaciones del individuo con su entorno (sociedad). La ubicación y el sentido de pertenencia a un grupo así como la sensación de bienestar ayudará al sujeto para sus relaciones en general.

Es importante señalar que debido al carácter multidimensional del autoconcepto cada uno de los factores o dimensiones interactúan entre sí, por lo que si una dimensión es afectada indirecta o directamente las otras áreas serán afectadas, por lo cual es importante conocer el total del autoconcepto y cada una de sus dimensiones.

3.2 RELACION DE AUTOCONCEPTO CON ESTERILIDAD

Existen diferentes formas de abordar el área de la reproducción; El ejercer el paternaje desde el punto de vista natural, es

justificado por KEPHART en 1966, cit. en vevers, mencionando que a un escaso control de la reproducción, la mayor parte de la gente que se casaba se convertían en padres, motivados por un impulso reproductivo y parental. considerando así que el deseo de tener hijos es una característica innata del ser humano, Se ha asumido en la investigación sobre este campo, que en general Psicosocialmente, la balanza se ha inclinado hacia el lado femenino, "El postulado de un instinto maternal, es de notable atención en comparación con el instinto paternal, y se ha dado mayor consideración a la necesidad de estar embarazada, que a la necesidad de fecundar" García y Rámos(1965). Desde el punto de vista moral, la religión concibe a la procreación como una obligación y una responsabilidad apoyada en el postulado creced y multiplicaos, infiriendo que el matrimonio es una unión para la procreación de los hijos y la constitución de la familia, sin embargo MARGARET MEAD cit. en García (1991) "Llegó a la

conclusión de que la paternidad es una conducta aprendida y no instintiva". Así mismo concluye que la paternidad ya sea aprendida, o no, ocupa un lugar Psicosocialmente sumamente importante y está relacionado íntimamente con la identidad, aspecto de gran importancia en el padecimiento de la esterilidad, ya que es fuertemente impactado. Existe la norma implícita de que el ser humano al contraer matrimonio o vivir en pareja, estuviera casi obligado a tener descendencia, Esto en gran parte de nuestro país es importante, ya que se considera que es la presencia de los hijos lo que le da sentido al matrimonio. En un estudio realizado por WESTOFF y POTVIN,() preguntaron a 15000 mujeres universitarias, si consideraban que el tener niños era la función mas importante del matrimonio?, A lo cual el 57% estuvo de acuerdo y el 43% lo consideraron como una de las funciones mas importantes. Infiriendo así que el propósito de estar casados son los niños, Es decir que el querer y tener hijos, esta relacionado con el ajuste marital.

3.3 Género, Identidad, Psicología del yo, Ideal del yo

La idea imperante y tradicionalista de que el sexo biológico, es el

que determina las características de género, ha quedado superada en la mayoría de los ámbitos académicos relacionados, y actualmente ya ha sido bien delimitado, de tal manera que aunque se tengan que manejar juntos estos terminos no se confundan, ni se usen como sinónimos, esto da un caracter cultural y representativo al género (Cruz Terán, 1992). Según C. Marx con respecto al género, este manifiesta la desigualdad en que se encuentra la mujer con respecto al hombre, señalando la dependencia y opresión a la que estaba sujeta. Aunque el lo justifica desde la opresión de clase, y nunca se percata de las diferencias de roles y status, que a partir de la diferenciación sexual, se vivencia socialmente diferente. Engels señala que la división sexual del trabajo, está determinada por el papel que juega la mujer en la crianza de los hijos y en la relación sexual, además de la separación que se da entre la producción social y domestica, aunque el no penso que esta separación fuera ofensiva para la mujer.

dentro de la antropología, surge el interes de como expresa la cultura las diferencias entre hombres y mujeres; al respecto Margaret mead (cit.en Terán en 1992), llegó a la conclusión de que las diferencias conductuales y de temperamento entre los sexos, son creaciones culturales, enfatizando sobre la maleabilidad de la esencia humana.

Murdock en 1937 concluye en torno a la división del trabajo; que la especialización en las actividades de grupo de acuerdo con el sexo, no podían ser explicadas por las diferencias físicas, Strauss por otro lado es quien proporciona los instrumentos conceptuales, que puestos en manos feministas, se convierten en herramientas que ayudan a describir los orígenes y causas de los diferentes patrones en la vida social de los grupos humanos, y que dieron continuidad a los sistemas de género/sexo y de parentesco que han reglamentado la sexualidad y el género del hombre a través de la historia, Strauss señala los sistemas de alianza entre los grupos de varones hechos por varones y para los varones en donde la mujer es una prestación de la cual dispone el hombre, esta sujeción menciona strauss es un requerimiento para el origen de una cultura basada en

la división sexual del trabajo, donde primero se marcan las diferencias biológicas y luego se crean los géneros, manteniendo una interrelación entre los sexos llegando al matrimonio. En sí para Strauss el género es una división de los sexos socialmente establecida, los sistemas de parentesco, se basan en el matrimonio entre hombres y mujeres percibiéndose cada uno de ellos como una mitad incompleta hasta que se une con la otra. En esta posición, es manifiesto que el género no es la expresión de las diferencias naturales, sino la supresión normatizada de las semejanzas.

RESUMIENDO, El género se entiende como la manifestación de conductas que identifican a un sujeto, que pertenece a uno de los patrones dimórficos (masculino / femenino) y que dan sustento a su identidad psicosexual en una cultura, y que es establecido por medio de la sociedad, sus costumbres y rituales, desde el nacimiento. Lo que va a determinar la forma y el tipo de relación, comportamiento y apareamiento, todo esto para la formación de su identidad, que está matizada por lo establecido para cada género en específico, por lo que es de esperar, que al existir diferencias genéricas, se den diferentes comportamientos, propios de una época y sociedad en particular. (Morales 1995)

El punto de partida para la organización de la división sexual del trabajo y de los sexos en cuanto a género, fué la capacidad procreativa de la mujer, la cual divide la participación de los hombres de acuerdo a su sexo en dos rubros:

El externo y público para el hombre y el domestico y privado para la mujer.

Este tipo de organización, se ve manifiesta en casi todas las culturas, y pasado el tiempo se estableció una jerarquización en base a las actividades, otorgando mayor peso al hombre ya que este desarrollaba actividades productivas, creativas, trascendentes, etc mientras que la mujer se identificó con lo biológico lo cual terminó por limitarla al papel reproductivo, manifestando características asociadas y valoradas a este rol; como la ternura, la abnegación, el sacrificio, el ser para otros, etc. Es así que el hombre adquiere mayor prestigio socialmente, ya que en la lucha por

la conquista del medio desarrolla recursos y características psicológicas adecuadas a este rol (fuerza, audacia, racionalidad, etc). quedando determinado el patrón de cada género establecido desde el nacimiento y transmitido por los padres, en específico "la madre" aún antes de poder percibir sus diferencias anatómicas, el bebe junto con el desarrollo de su "yo" irá gestando una percepción ideó afectiva, lo que los conocedores denominan como identidad genérica y la cual al rededor de los tres años queda establecida de forma irreversible. (Morales 1995)

En esta situación en donde la mujer ha moldeado su imagen, alrededor de su cuerpo (biológicamente), y el hombre por el contrario se le asignan características de independencia, objetividad, inteligencia, agresividad, etc. no se le permite exteriorizar sus sentimientos, pues vulneraría su masculinidad. Así también debe mostrar su virilidad através de su potencia sexual, y de la procreación, por otra parte:

La mujer sufre cambios importantes en su cuerpo, llegada la pubertad comienza su menarca, después se embaraza, para, y llega a la menopausia, en tanto que el hombre, llegada la pubertad, se transforma en lo exterior.

la mujer se vive como un individuo al servicio del otro, (el hombre) y no para sí, está sujeta a su dedicación por y para otros y no para sí.

Actualmente la mujer ha construido una posición emancipatoria, pero no está fundamentada en la construcción de un "yo", que asuma los cambios a los que se sujeta.

Su papel genérico se fundamenta en el aspecto biológico, de esta manera, es poseída, dispuesta a servir y complacer, su cuerpo es utilizado como un medio para lograr un fin reproductivo, es ahí donde toma importancia la fertilidad. y de esta manera, es que con frecuencia se confunde sexo y género, ya que la parte biológica parecerá estar íntimamente vinculada con su papel social, que adquiere carácter de natural, y todo aquello que difiera, (no procreación) se ve como contra natura, esto nos podría explicar el

porque la mujer asume la responsabilidad de la no procreación, ya que lo que falla es el medio (su cuerpo), para lograr el fin. De tal manera que cumplir con las expectativas del género "rol" e identificarse con este, tiene implícita la necesidad de ser madre, hecho que de no llevarse a cabo, limita social, biológica y emocionalmente. La esterilidad en la mujer y el hombre, es un padecimiento que trastoca su emocionalidad, ya que impacta fuertemente su identidad, la observación clínica y las investigaciones que se han realizado con pacientes estériles, encuentran suficientes elementos para hablar de ansiedad, esta puede ser causada por la frustración ante la imposibilidad procreativa, provocando una condición de angustia, en tanto que la pulsión que trata de satisfacerse y la realidad, impide la satisfacción de la demanda. A todo esto podríamos agregar el papel del ideal del yo y las exigencias de la sociedad, la cual impone y espera un rol específico que "debe cumplir". Actualmente la mujer ha comenzado a dar importancia a otros aspectos para su satisfacción y valor personal, aunque la maternidad sigue siendo un aspecto sumamente autogratificante. Por otro lado, cuando la identidad genérica se ve cuestionada con un padecimiento como la esterilidad, que al presentarse provoca regresiones profundas, desencadenando un sin número de manifestaciones emocionales, los estados represivos se ven manifiestos al guardar relación con sentimientos devaluatorios que se viven al no ser retroalimentados en el valor que como hombre - mujer se tiene con la maternidad / paternidad, valor sumamente importante en el contexto sociocultural en el que se ha integrado a través del ideal del yo, lo cual nos relaciona con el autoconcepto y la autoestima, que al verse mermados acuden a mecanismos narcisistas para la elevación de estos. En el hombre en cuanto a la depresión, factor inmerso en el padecimiento de la esterilidad, la escuela Psicoanalítica la ha considerado como una agresión vuelta hacia adentro. Lars freden, (cit en Peralta 1992), afirma que culturalmente al varón le es permitido reaccionar mas agresivamente que la mujer y que esto no le provoque sentimientos de culpa.

En cuanto a la educación recibida, el varón es educado para servir a la comunidad, por lo tanto los significados de su vida se extienden al trabajo y a las actividades sociales. El hombre frente a la insatisfacción o pérdida ante el papel reproductivo, tenderá a centrar su interés en otros ámbitos que den significado a su vida.

Para concluir dirémos que el género es una representación del sistema narcicista yo ideal-ideal del yo, que involucra varios elementos relacionados entre sí:

LA ATRIBUCION: es decir lo que el medio señala que somos, apartir de las diferencias sexuales secundarias.

LA IDENTIDAD: Como un esquema ideoaectivo, tanto inconciente como conciente de pertenencia a un sexo u otro.

EL PAPEL O ROL: Es el comportamiento socialmente esperado, debido a esto es que los niños y las niñas, al identificarse como hombres y mujeres se perciben como similares a sus padres.

Es entonces que un padecimiento como la esterilidad que impacta fuertemente la identidad del individuo así como de su pareja, provoque fallas en la identidad, así como en las expectativas del rol, es decir el papel que socialmente se "debe" desarrollar, así mismo el llegar a ser PADRE/MADRE es muy importante ya que significa la parte final de la identificación con la MADRE/PADRE fértil, y de no concretarse tendrá consecuencias en su feminidad/masculinidad, autoestima e identidad. Es por esto que consideramos indispensable tocar el concepto de identidad, por estar íntimamente relacionado con esta investigación.

Identidad:

Algunos científicos tratan de conceptualizar a la identidad, manejando elementos tales como roles sociales, rasgos personales o autoimágenes conscientes, evitando las implicaciones del concepto menos manejables y más oscuras, que con frecuencia son también las más vitales.

Actualmente se ha aceptado que ésta se refiere a un momento crítico, necesario, en el que el desarrollo debe tomar por una u

otra dirección, acumulando recursos de crecimiento, recuperación y diferenciación ulterior. El término crisis de identidad fué usado por primera vez durante la segunda guerra mundial con un propósito clínico, sus primeros inicios se dieron en la clínica MT.Zión de rehabilitación para veteranos, en esta clínica pudo observarse, que las exigencias de la guerra, los soldados habían perdido su sentimiento de mismidad personal y de continuidad histórica. Su control central sobre sí mismos estaba dañado y según el esquema Psicoanalítico, solo una falla en la "mediación interior" del yo podía ser la responsable en consecuencia Erickson (1966) **Habla de una pérdida de identidad del yo.**

Anteriormente se ha definido a la identidad como una sensación subjetiva de mismidad y continuidad vigorizantes o según Williams James en una carta a su esposa: "el carácter de un hombre se puede discernir en la actitud mental o moral, en la cual cuando la asume, se siente mas profunda e intensamente vivo y activo en esos momentos una voz dentro de sí dice este soy realmente yo.

El estudio del yo realizado por el Psicoanálisis apenas si ha comenzado a explicar la relación de ésta "mediación interior" con la vida social, Los hombres que comparten los problemas de un grupo étnico, que son contemporáneos en una época histórica o que compiten o cooperan en empresas económicas, también se guían por imagenes de lo bueno y lo malo, estas imagenes reflejan las normas y costumbres así como la cultura de cada sociedad, moldeando así la síntesis del yo, por lo tanto solo el psicoanálisis y la ciencia social juntos, pueden trazar el curso de la vida individual en el marco de una comunidad cambiante.

Con respecto al concepto de YO este fue configurado, primeramente por el ELLO poseedor de impulsos primitivos, por lo cual el YO se encuentra ante la amenaza de estos impulsos y la influencia social. Para dar equilibrio a esto FREUD, instituyó al SUPER YO, en este se encuentran internalizadas todas las restricciones y aspiraciones a las que el yo como centro individual de la experiencia organizada y del planteamiento razonable, debe atender. Esto se realiza desde etapas muy tempranas por medio de la influencia de los padres

(críticas), educadores y sociedad, en una búsqueda de su propia identidad, el sujeto busca modelos significativos para él, ya sean reales o imaginarios, de un sexo u otro, con ciertos rasgos de carácter, etc., mediante combinaciones hechas por el mismo, solo toma partes de cada uno de ellos, para conformar su propia identidad, esta integración va a depender de que tanto cubran o satisfagan las necesidades del sujeto. En cuanto al ejercicio de ciertas actividades, el sujeto siente el impulso de repetir y perfeccionar esta actividad, pero no solo por el placer que en sí proporciona sino por que la realización de esta actividad proporciona un estatus, que contribuye a formar una autoestima realista. Erickson (1966), menciona que "puesto que no es solo una extensión narcisista de la omnipotencia infantil, esta autoestima se forma gradualmente en la convicción de que el yo es capaz de integrar pasos efectivos hacia un futuro colectivo, tangible, que está evolucionando hacia una forma bien organizada dentro de una realidad social, provisoriamente la he denominado identidad del yo. a esta sensación. es importante diferenciar entre la identidad personal y la identidad del yo:

- La existencia del tiempo y el espacio de la mismidad y continuidad.

- El hecho de que otros reconocen esa mismidad y continuidad.

En suma lo que el individuo y los demás piensan constituye mi identidad.

FREUD (cit. en Erickson, 1986) afirma que las fuentes de autoestima humana son:

- El residuo del narcisismo infantil

Este debe ser creado y mantenido con amor por la madre asegurándole al niño que el estar ahí en ese ambiente social es algo bueno.

- La omnipotencia infantil

Aparte de ser reforzada la salud sensorial del niño, debe darse un reconocimiento de tipo social, como recompensa de la salud y la destreza; ya que la autoestima que contribuye a un sentimiento de identidad, se basa en las habilidades y técnicas sociales que

aseguran gradualmente el vínculo entre el juego y el ejercicio experto del ideal del yo y del rol social, vislumbrando un futuro factible de lograr.

- La gratificación de la libido objetual

es necesario asegurar condiciones propicias para el amor genital, y la potencia orgástica, el estilo cultural, una estabilidad económica y una seguridad emocional son básicas para la síntesis o unificación de estos factores, ya que solo así tiene un significado este ciclo funcional de la genitalidad que **incluye el embarazo y la crianza del niño.**

El amor genital mutuo solo se puede lograr mediante la t área de dos sujetos de sexo opuesto juntos; " La síntesis de producción, procreación y recreación en la unidad social primaria de un sistema familiar". (Erickson op.cit.)

Si la identidad del yo de los amantes coincide en puntos esenciales, estos pueden fusionarse en el matrimonio, para el beneficio del desarrollo del yo de los hijos. Esta elección forma un vínculo entre la familia nuclear y la familia actual, perpetuando así la tradición.

Reformulando la tarea del yo, lo podemos considerar como el principio organizativo según el cual el individuo se mantiene como una personalidad coherente porque posee mismidad y continuidad, tanto en su autoexperiencia como en su realidad para los otros, aunque para concluir podemos agregar que en el análisis del yo se incluye la identidad del yo de un individuo, en relación con los cambios históricos que dominaron su infancia, su crisis de la adolescencia y su adaptación madura.

Con respecto a la patología del yo, Cuando en un individuo coinciden dos crisis: Una externa (social, económica) y otra interna (psicosexual), como es el caso del padecimiento de la esterilidad, en donde causa una herida narcisística, que afecta profundamente a la identidad, cuando estas dos coinciden no solo en tiempo sino en cualidad dinámica, esto desempeña un papel determinante en la elección de síntomas, ya que toda neurósis manifiesta: pánico, ansiedad tensión somática, provocando no solo

sentimientos de culpa y a expiaciones tempranas.

Es decir que la tensión somática, el pánico social, y la ansiedad del yo, estando constantemente presentes, provocan una pérdida de identidad del yo, de este sentimiento de mismidad y continuidad y la creencia del propio rol social desaparecen.

4.- MATERIAL Y METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: La esterilidad provocada por factor masculino o femenino implica diferencias en el autoconcepto y la satisfacción marital de la pareja, cuando es causada por uno u otro factor.

OBJETIVO GENERAL: Indagar el autoconcepto y satisfacción marital en un grupo de parejas estériles, por factor femenino y factor masculino.

OBJETIVO ESPECIFICO: Indagar como repercute en la pareja estéril a nivel de autoconcepto, y satisfacción marital, el que la esterilidad sea causada por factor femenino o factor masculino.

TIPO DE INVESTIGACION: Se realizará una investigación de campo y de comparación de grupos.

HIPOTESIS DE TRABAJO: Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto y la satisfacción marital, entre los miembros de las parejas estériles cuando la causa es por factor masculino o femenino.

HIPOTESIS ALTERNAS:(Hi 1) Existen diferencias estadísticamente significativas, a nivel de yo físico entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 2) Existen diferencias estadísticamente significativas, a nivel de yo físico entre los miembros de las parejas esteriles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(Hi 3) Existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 4) Existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(Hi 5) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo ético moral entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 6) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo Etico moral entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(Hi 7) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo personal entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 8) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo personal entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(Hi 9) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo familiar entre los miembros de parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 10) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo familiar entre los miembros de parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(Hi 11) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo social entre los miembros de parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(Hi 12) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo social entre los miembros de parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

HIPOTESIS NULAS: (HO 1) No existen diferencias estadísticamente significativas, a nivel de yo físico entre los miembros de las parejas esteriles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 2) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo físico entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(HO 3) No existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 4) No existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(HO 5) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del YO Etico moral entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 6) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del YO Etico moral entre los miembros de las parejas

estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(HO 7) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo personal entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 8) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo personal entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(HO 9) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo familiar entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 10) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo familiar entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

(HO 11) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo social, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(HO 12) No existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo social, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Definición conceptual:

- Esterilidad en la pareja por factor masculino.

Se considera como la incapacidad para concebir, por causas de origen andrológico, es decir alguna anomalía o deficiencia, en la calidad, movilidad, número, etc. de los espermios.

Definición operativa:

- pareja con relaciones sexuales frecuentes, sin control contraceptivo, en exposición por un lapso mínimo de dos años, en donde el varón presenta alguna deficiencia o anomalía en la función procreativa.

Definición conceptual:

- Esterilidad en la pareja por factor femenino.

Se considera como la incapacidad para concebir, por causas de origen ginecológico, es decir, alguna insuficiencia estrogénica, ovulatoria, o progestacional.

Definición operativa:

- pareja con relaciones sexuales frecuentes, sin control contraceptivo, en exposición por un lapso mínimo de dos años, en donde la mujer presenta alguna deficiencia o anomalía en la función procreativa.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Definición conceptual:

- Autoconcepto; El criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción mas completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado. Fittz (1965)

-Definición operativa:

El autoconcepto estará determinado por los puntajes positivos o negativos que se obtuvieron por medio de la escala de autoconcepto de Tennessee (EAT). El nivel de autoconcepto total es el que da una apreciación mas completa. (Morales y Díaz 1995)

Definición conceptual:

- Satisfacción marital; La actitud, que existe hacia la interacción marital y aspectos del conyuge. Pick y Andrade (1988)

Definición operativa

- La satisfacción Marital estará determinada por los puntajes totales, obtenidos a través de sus tres esferas (ESM). El nivel total de satisfacción marital es el que da una apreciación mas completa. (Guerrero 1995)

CRITERIOS DE INCLUSION:- Diagnóstico de esterilidad primaria, pareja estable, Escolaridad mínima Primaria, Rango de edad entre 23 y 39 Años de edad, nuligesta.

INSTRUMENTOS DE MEDICION: Para la medición del autoconcepto en el grupo de estudio se utilizará la escala de autoconcepto de TENNESSEE (W.H.FITZ;1965), Ya que proporciona un perfil completo de las áreas que conforman el autoconcepto, además de ser una escala sumamente confiable.

Conjuntamente y para complementar la extracción de la información, se utilizará el instrumento para medir satisfacción marital de la Dra.SUSAN PICK Y ANDRADE PALOS. (1988).

MUESTRA: La presente investigación se llevó acabo en una muestra de 60 parejas, diagnosticadas con esterilidad primaria divididos en dos grupos, por factor femenino y por factor masculino, derivados de la clínica de la esterilidad y por la clínica de la fisiología de la reproducción. El tipo de muestra es no probabilística, por cuota.

ESCENARIO: La presente investigación se llevó acabo en las instalaciones del INPer. En el departamento de Psicología, ubicados en la torre de investigación 1er. piso. (cubiculos, aulas, y espacios asignados para aplicación)

PROCEDIMIENTO: A ambos grupos se les aplicaron las pruebas antes mencionadas, posteriormente fueron evaluados y comparados entre si los grupos para determinar las diferencias y en donde se muestran significativas.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION: Por las características de la presente investigación, se presenta como un diseño de dos muestras independientes, ya que aunque proviene de la misma población, (parejas esteriles) se dividen en dos grupos. (Factor Masculino, y Factor Femenino).

5.- INSTRUMENTOS

SATISFACCION MARITAL.²

Para medir la satisfacción marital se utilizó la escala creada por Pick y Andrade en 1988. (E.S.M.).

para su validación y confiabilidad se utilizaron dos estudios, los sujetos fueron seleccionados de ocho colonias del distrito federal elegidas al azar, el estatus socioeconómico de las muestras corresponde al nivel medio, esta clasificación del estatus corresponde al buró de investigación de mercados en 1982.

Para la construcción de los reactivos se utilizó "el sistema de frases con opción de respuesta en términos de estar agusto con lo que esta pasando o no estarlo".(9) Dado que se adecuán a niveles medios y bajos de educación en México; Se encontró que había personas que expresaron que "algunas cosas preferían que fueran muy diferentes y en otras algo diferentes", (9) en el segundo estudio se integró una tercera opción quedando de la siguiente manera;

ME GUSTA COMO ESTA PASANDO

ME GUSTARIA ALGO DIFERENTE

ME GUSTARIA MUY DIFERENTE

Para obtener los resultados del primer estudio se realizó un análisis de frecuencias para determinar el nivel de discriminación de los items, encontrando que solo 37 de los 64 discriminaban, "posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación oblicua (Nie y cols, 1975) de aquellos items que discriminaron, para conocer la validez de constructo del instrumento.

El análisis Factorial mostro seis factores principales, de los cuales solo se tomaron los tres primeros que explican el 47.8 % de la varianza, por su claridad conceptual."(9)

LOS CRITERIOS QUE SE UTILIZARON PARA LA SELECCIÓN DE LOS ITEMS, FUERON LOS SIGUIENTES;

Tomado de "Desarrollo y validación de la Escala de Satisfacción Marital". Pick y Andrade, 1988.

- 1) Que el ítem tuviera un peso factorial mayor a .30
- 2) Que el peso del ítem fuera mayor en un factor que en otro.

DE ACUERDO AL CONTENIDO DE LOS ÍTEMS, SE DEFINIERON LOS FACTORES EN:

Factor 1; Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge; se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las reacciones emocionales de su pareja.

Factor 2; Satisfacción con la interacción conyugal; se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja.

Factor 3; Aspectos estructurales; Mide la satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización, de establecimiento y cumplimiento de reglas de su pareja.

Posteriormente se obtuvo la consistencia interna de cada uno de los factores a través de Alpha de cronbach.

Con el objeto de verificar la escala y los factores que la formaban, se diseñó un segundo estudio con una muestra semejante, y el mismo procedimiento, así como el mismo criterio para seleccionar los ítems que fueron añadidos. Quedando 34 reactivos, que después de realizar un análisis de frecuencias en donde se concluyó que todos los reactivos discriminaban, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación oblicua dado que teóricamente se considero que las dimensiones se encontraban relacionadas, lo cual se confirmó en el análisis.

Dentro de los valores que se obtuvieron para la consistencia interna se encontraron los siguientes coeficientes; (.90 para SIC, .81 para SEM, y .85 para SES).

Una vez conformadas las escalas se realizó un análisis de varianza de una sola entrada (one way) con las siguientes variables

sociodemográficas; **Sexo, Edad, Escolaridad, Número de hijos, y Número de años de casados.**

Las dimensiones quedaron de la siguiente manera:

SATISFACCION CON LA INTERACCION CONYUGAL. (SIC)

SATISFACCION CON ASPECTOS EMOCIONALES DEL CONYUGE. (SEM)

SATISFACCION CON ASPECTOS ESTRUCTURALES DEL CONYUGE. (SES)

AUTOCONCEPTO, TENNESSE

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

El primer paso en el desarrollo original de la escala fué recopilar un buen cúmulo de reactivos autodescriptivos. "Este acervo incluía reactivos procedentes de otras medidas de autoconcepto como el de Balester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953)" (1) También contenía un buen número de una serie de autodescripciones escritas aportadas por pacientes y gentes sanas. Después de un rígido método de análisis de cada reactivo de acuerdo a criterios específicos acordados, quedaron 90 de estos divididos equitativamente a la mitad correspondiente a una parte positiva y a otra de reactivos negativos, los 10 reactivos restantes corresponden a la escala crítica del M.M.P.I. Sin embargo, después de haber sido editados estos 90 reactivos tuvieron que pasar por el juicio de siete psicólogos clínicos, para reconfirmar que todos y cada uno de los reactivos realmente cubrieran con los requisitos estipulados. Finalmente los 90 reactivos que forman la escala fueron aquellos que pasaron por unanimidad el consenso de los siete jueces.

Construcción y características.

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

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

Los reactivos son clasificados en 5 categorías generales que corresponden a los diferentes niveles del: yo físico, yo ético moral, yo personal, yo familiar y yo social. Los reactivos son además categorizados dentro de tres áreas: 1) identidad 2) autosatisfacción 3) comportamiento. Mas los 10 reactivos de autocrítica.

La escala es autoadministrable individualmente o por grupos, puede ser utilizado en un rango de edad de los 12 años en adelante, considerando que las personas posean un nivel de lectura que les permita comprender el sentido de los reactivos.

Se puede aplicar tanto a personas sanas como a pacientes psiquiátricos, se suele resolver en un promedio de 10 a 20 minutos y calificar los puntajes en 6 o 7 minutos en la forma de investigación clínica.

Esta prueba contiene las siguientes subescalas:

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

Los puntajes positivos (p) donde las afirmaciones comunican tres mensajes básicos:

- A) Esto es lo que yo soy.
- B) Esto es lo que yo me siento conmigo mismo, por lo que soy.
- C) Esto es lo que yo hago.

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

(P) Se refiere al puntaje total y se puede considerar como el más importante, dentro de la prueba ya que refleja el nivel total de autoestima. Los puntajes "altos" en esta área, reflejan; sentimientos de valía, confianza en sí mismo, él estar contentos consigo mismo. Lo cual tiende a manifestarse en una actuación concordante con esta imagen.

Los puntajes "bajos" en esta área, reflejan; sentimientos de minusvalía, se perciben así mismos como personas indeseables y con frecuencia podemos encontrar que se manifiestan como personas ansiosas, deprimidas e infelices, con poca fé y confianza en sí mismos.

Identidad, se refiere a lo "que yo soy". En esta subescala el sujeto describe su identidad básica, es decir lo que él es, desde el punto de vista de como él se ve.

La hilera de **autosatisfacción**, es donde el sujeto refleja su nivel de autoaceptación y describe como se siente la persona acerca del yo que él percibe.

La hilera de **comportamiento**, es en donde refleja como percibe el individuo su conducta, y la forma en que él funciona.

La columna del self **Etico-Moral**, es donde el sujeto se describe en base a este marco como una persona buena o mala.

La columna del self **personal**, es donde el individuo refleja el sentimiento de valía que tiene de sí mismo, así como una evaluación de su persona y el grado de adecuación como tal, aparte de la percepción de su cuerpo y sus relaciones con los demás. La columna del self **familiar**, es la que describe el sentir propio del valor personal y del afecto en las relaciones familiares. (La percepción del self en relación con los miembros más cercanos al círculo familiar).

La columna del self **social**, se refiere a la percepción de la persona en relación con los demás, pero dentro de un ámbito social. Los puntajes de **variabilidad (V)**, muestra una idea de la inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

El "V" Total, es la que se encarga de medir y resumir las variaciones, que existen dentro de las columnas.

La **Hilera V Total**, Es la puntuación que concentra la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

El **punteo de distribución**, nos muestra la suma que el sujeto obtiene en la distribución de sus repuestas, a través de las cinco opciones que se le presentan para contestar los reactivos.

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

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

A) Como una medida de patrones de respuestas.

B) Como una medida de comportamiento significativa en términos de validez empírica, que puede distinguir entre pacientes y no pacientes, además tiene una correlación significativa con otros tests.

C) Al grado en que el sujeto ha logrado la definición de su yo. En cuanto a su descripción.

Puntajes netos de conflicto. Tienen una relación estrecha con el puntaje anterior, como su nombre lo indica, mide el grado de conflicto que existe entre las respuestas del individuo a afirmaciones negativas en la misma área de autopercepción. Esto representa una aplicación y definición operacional del término "conflicto". (1)

El puntaje P-N es una medida de conflicto, existen dos diferentes tipos de conflicto:

Conflicto de asentimiento: Este ocurre cuando ($p > N$), y nos muestra que el individuo esta sobre afirmando sus atributos positivos.

Conflicto de negación: Este ocurre cuando ($N > P$), y nos muestra que el individuo exagera la negación de sus atributos negativos.

Total de puntajes conflictivos: Están relacionados con la ausencia o presencia de confusión, Contradicción, y Conflicto general en la autopercepción.

Los puntajes "Altos" muestran las características antes mencionadas en la persona, los puntajes exageradamente bajos revelan rigidez y atadura, que se podría manifestar como una imagen un tanto artificial y estereotipada de sí misma.

PUNTEO DE AUTOCRITICA (SC).

Los punteos que se pueden considerar como exageradamente altos, son aquellos que por lo regular se encuentran por arriba del percentil 99, y se consideran como "anormales", se presentan en sujetos muy perturbados con padecimientos como la Esquizofrenia y la paranoia, (e indican una posible carencia de defensas y la posibilidad de estar patológicamente indefenso) que como grupos tienden a presentar punteos extremadamente altos o bajos.

los puntajes altos en esta área, señalan una capacidad normal y sana para la autocrítica.

HILERA L. PUNTEO P: IDENTIDAD:

En éstos reactivos el individuo describe su identidad básica es decir, lo que es él, basado en como él se ve.

Estos, son los reactivos considerados como "lo que yo soy".

HILERA 3 PUNTEO P: COMPORTAMIENTO.

Por medio de éstos reactivos se mide la percepción, que el individuo tiene de su comportamiento, y en la forma en que funciona. Estos son los reactivos considerados como "esto es lo que yo hago".

COLUMNA A - SELF FISICO.

Por medio de estos reactivos el sujeto muestra, su visión de; su cuerpo, apariencia física, estado de salud y habilidades y sexualidad.

COLUMNA B - SELF ETICO-MORAL.

Por medio de estos reactivos se describe desde un punto de referencia ético moral, el sentimiento de ser una persona buena o mala, esto tiene que ver con las relaciones con dios, la satisfacción con la religión o la falta de esta.

COLUMNA C - SELF PERSONAL.

Por medio del punteo de estos reactivos, se refleja el sentimiento de valía de sí mismo, así como una evaluación de su persona y el grado de adecuación como tal, aparte de la percepción de su cuerpo y sus relaciones con los demás.

COLUMNA D - SELF FAMILIAR.

Por medio de estos reactivos se describe el sentir propio del valor personal y del afecto en las relaciones familiares. (La percepción del self, en relación con los miembros mas cercanos al círculo familiar).

COLUMNA E - SELF SOCIAL.

Por medio de estos reactivos se describe el sentir de la persona, sobre la forma en que se desarrolla con las demás personas en general, pero dentro de un ámbito social.

ESCALAS EMPIRICAS.

ESCALA DEFENSIVA POSITIVA. (DP)

Esta escala explora con mayor profundidad, la defensividad, que la escala de autocrítica, y se basa en que los sujetos con padecimientos Psiquiátricos definidos, reflejan conceptos negativos del "yo" a determinados niveles de conciencia.

ESCALA DE DESAJUSTE GENERAL. (GM)

Esta escala nos muestra el ajuste o desajuste en términos generales, es decir, diferencia a los pacientes Psiquiátricos de los normales, pero entre un grupo Psiquiátrico y otros.

ESCALA DE PSICOSIS. (PSY)

Esta escala muestra la diferencia entre el grupo de psicóticos y otros grupos.

ESCALA DE DESORDENES DE LA PERSONALIDAD. (PD)

Diferencia a los sujetos con este padecimiento de los demás grupos.

ESCALA DE NEUROSIS. (N)

Muestra que tan representativo es un sujeto de éste grupo.

ESCALA DE INTEGRACION DE LA PERSONALIDAD. (PI)

Marca una diferencia con otros grupos en base al nivel de ajuste o integración de la personalidad.

NUMERO DE SIGNOS DE DESVIACION. (NES)

Esta escala es la que nos muestra un mejor índice de discriminación entre pacientes y no pacientes, de acuerdo a la perturbación Psicológica.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

La estandarización de esta prueba se realizó con una muestra de 626 sujetos, provenientes de varios sitios de Estados Unidos, con un rango de edad, entre los 12 y los 68 años, contemplando a ambos sexos, así como todos los niveles socioculturales, y económicos. Se incluyeron sujetos tanto de raza blanca como negra, con un nivel de escolaridad, que iba desde 6° grado de primaria hasta doctorado. Los estudios realizados en México realizados por Alvarez B. (1965) se han enfocado a los efectos de los grupos de orientación para estudiantes jóvenes, así como el autoconcepto de grupos de sujetos normales y delinquentes en 1969.*

La confiabilidad se realizó por el método de test-retest, y se encontró que el coeficiente de estabilidad en la mayor parte de las subescalas se en contraba entre .80 y .90 .

La valides de diagnóstico se realizó por medio del método de grupos extremos, reportandose que **siempre existian diferencias** entre el grupo normativo (de 626 sujetos), y un gran número de pacientes Psiquiátricos (formado por 369 sujetos).

FORMA DE CALIFICACION: El modo de respuesta corresponde a una calificación continua que va del uno al cinco, partiendo desde completamente falso, casi completamente falso, parte verdadero y parte falso, casi totalmente verdadero, y totalmente verdadero.

Se realiza la suma de las calificaciones, tomando en primer lugar la suma de cada columna separadamente, así como de cada fila, la totalidad de las dos anteriores nos arrojan el **total positivo**, el cuál corresponde al grado de autoestima.

Ambas calificaciones deben coincidir, y si esto no ocurre se deberá a un error en la suma.

El puntaje (SC), las sumas de los punteos de variabilidad, tanto de las columnas como de las filas, y las sumas de la distribución de respuestas, son independientes a la **suma del total positivo**, aunque pueden servir para comprobar la consistencia o la diferencia entre las áreas, así como para verificar las respuestas que proporciona el sujeto.

6.-RESULTADOS

RESULTADOS GENERALES

Los resultados de la muestra general de parejas estériles, en total 120 sujetos, fueron los siguientes.

DATOS SOCIOECONOMICOS

Con respecto a la edad, se obtuvo una media de 32.05 +/- 5.11, lo que equivale a un promedio de edad de 32 años. Con respecto al estado civil, se obtuvo una media de 1.08 +/- .33. lo que nos indica que casi el 100% de la muestra está casada por matrimonio civil y religioso. Con respecto a la escolaridad se obtuvo una media de 11.8 +/- 3.9, lo que nos indica una escolaridad promedio de preparatoria, con respecto a la ocupación los datos serán referidos en el análisis por grupo, con respecto a la clasificación, se obtuvo una media de 1.6 +/- .73, lo que nos muestra un nivel socioeconómico bajo, con respecto al diagnóstico, los datos serán referidos en el análisis por grupo.

Con respecto al tiempo de esterilidad, se obtuvo una media de 6.5 ± 6.3, lo que equivale a una esterilidad de larga evolución (6.5 años en promedio). Con respecto a escala de autoconcepto y satisfacción marital, solo se mencionarán los resultados obtenidos (Medias y D. Est.), ya que posteriormente serán descritos los valores significativos en las escalas y los grupos, donde se encuentren.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO

Para la escala de autocrítica (sc), se obtuvo una media de 32.8 ± 6.3. Para la escala de proporción verdadero/falso (T/F), se obtuvo una media de 1.20 ± 3.3. Para la escala de contenido neto (CONNET), se obtuvo una media de 3.8 ± 19.9. Para la escala de contenido total (CONTOT), se obtuvo una media de 41.7 ± 13.8. Para la escala de conflicto total (TOTAL), se obtuvo una media de 344.2 ± 41.5. Para la escala de identidad (ROW1), se obtuvo una media de 121.2 ± 11.7. Para la escala de autosatisfacción (ROW2), se obtuvo

una media de 107.4 ± 15.8 . Para la escala de comportamiento (ROW3), se obtuvo una media de 116.9 ± 14.5 . Para la columna del yo físico (CA), se obtuvo una media de 68.03 ± 8.6 . Para la escala del yo ético moral (CB), se obtuvo una media de 70.1 ± 9.5 . Para la columna del yo personal (CC), se obtuvo una media de 71.0 ± 8.6 . Para la columna del yo familiar (CD), se obtuvo una media de 70.5 ± 8.6 . Para la columna del yo social (CE), se obtuvo una media de 66.2 ± 9.0 . Para la escala de variabilidad total (VARTOT), se obtuvo una media de 47.7 ± 12.9 . Para la escala de la columna total (COLTOT), se obtuvo una media de 28.4 ± 9.4 . Para la hilera total (ROW TOTAL), se obtuvo una media de 20.9 ± 5.8 . Para la escala de distribución (D), se obtuvo una media de 127.5 ± 29.5 . Para la escala de distribución cinco, se obtuvo una media de 22.9 ± 12.0 . Para la escala de distribución cuatro, se obtuvo una media de 19.8 ± 9.9 . Para la escala de distribución tres, se obtuvo una media de 19.4 ± 12.4 . Para la escala de distribución dos, se obtuvo una media de 11.2 ± 8.7 . Para la escala de distribución uno, se obtuvo una media de 13.8 ± 3.7 .

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

Para la escala de satisfacción con la interacción conyugal (SIC), (SM1), se obtuvo una media de 13.8 ± 3.7 .

Para la escala de satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge. (SEM), (SM2), se obtuvo una media de 8.6 ± 2.5 .

Para la escala de satisfacción con aspectos estructurales del cónyuge (SES), (SM3), se obtuvo una media de 13.1 ± 3.8 .

Para el total de la escala (SMT), se obtuvo una media de 35.7 ± 8.5 .

RESULTADOS POR GRUPO :

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (ver tabla 1)

Con respecto a la edad, se encontró para el grupo de mujeres estériles (M.E.) una media de 33 años, con una D. Est. de 4.3.

Para el grupo de Hombres fértiles (H.F.) se encontró una media de 34 años, con una D. Est. de 5 años.

Para el grupo de Hombres Estériles (H.E.) se encontró una media de 31.6 años con una D. Est. de 5.1 años. Para el grupo de Mujeres Fértiles se encontró una media de 34 años con una D. Est. de 5 años. Para la variable de **estado civil** con respecto al grupo de (M.E.) 28 estaban casadas en forma civil y Religiosa, 1 vivía en unión libre, y 1 era divorciada, con respecto a su compañero (H.F.) se encontraron los mismos valores.

Con respecto al grupo de (H.E.) y (M.F.) 28 estaban casados de forma civil y religiosa, y 2 vivían en unión libre.

Para la variable **Escolaridad** con respecto al grupo de (M.E.) se obtuvo una media de 11.8 lo que equivale a casi 18 años de estudio, con una D. Est. de 4.0, la escolaridad del compañero (H.F.) nos muestra una media de 13, lo que equivale a 13 años de estudio, con una D. Est. de 5 (**preparatoria**)

Con respecto al grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 11.0 años de estudio con una D. Est. de 3.0 años, La escolaridad de la compañera (M.F.) nos muestra una media de 11.0 años de estudio con una D. Est. de 3.0 años. (**preparatoria**)

Para la variable **ocupación** con respecto al grupo de (M.E.) se encontró; que 19 son amas de casa, 10 son profesionistas y 1 trabajan. Las parejas de este grupo, (H.F.) se encontró que 6 son profesionistas, 9 son comerciantes, 5 son empleados, 4 son obreros calificados, 3 son obreros no calificados, 3 son subempleados. Para el grupo de (H.E.) 3 son profesionistas, 3 son técnicos, 1 es comerciante, 12 son empleados, 2 obreros calificados, 2 obreros no calificados y 7 son subempleados. Para las parejas (M.F) 27 son amas de casa, 2 trabajan y 1 estudia y trabaja.

Con lo que respecta a la **clasificación socioeconómica**, para el grupo de (M.E.) 16 tienen un nivel bajo, 8 tienen un nivel medio y 6 tienen un nivel alto. Para sus parejas (H.F.), (son los mismos valores), Para el grupo de (H.E.) 16 tienen un nivel bajo, 11 un nivel medio y 3 un nivel alto. (Lo mismo para sus parejas).

Con lo que respecta al **Diagnostico**, para el grupo de (M.E.) 5 tienen adherencias, 1 Primaria sin inf., 9 tienen endometriosis, 3 obstrucción tubárica, 4 factor endocrino ovárico, 1 F.cérvico espermático, 1 oclusión istámica peritoneal, 1 F. tubo peritoneal, 1 Hiperplasia suprarrenal congénita, 1 síndrome de Kallaman, 3 miomatosis (el dx. de la pareja es cero).

Para el grupo de (H.E.) 19 tienen azoospermia, 5 oligoastenospermia, 5 oligoastenospermia con teratospermia, y 1 astenozoospermia, (el diagnóstico para su pareja es cero).

Con lo que respecta al **tiempo de esterilidad** para el grupo de parejas estériles por factor femenino, se obtuvo una media de 7.9 años con una D.Est. de 3.6

para el grupo de parejas estériles por factor masculino se obtuvo una media de 5.1 años con una D. Est. de 2.4 años.

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE. (ver tabla 2)

AUTOCRITICA (SC).

Para esta escala, la media del grupo de (M.E.) fue de 30.9 con una D.Est. de 5.4, para su pareja (H.F.), se obtuvo una media de 32.2 con una D. Est. de 6.3

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 33.3 con una D. Est. de 8.0, Para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 33.8 con una desviación Est. de 5.3

Por abajo del punto de corte $T= 45$, se encontraron 13 M.E. que corresponden al 43.3% del total del grupo.

PROPORCION VERDADERO FALSO (T/F)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 1.2 con una D.Est. de .501, en sus parejas (H.F.), se encontró una media de 1.1 con una D. Est. de .415

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 1.1 con una D.Est. de .484, para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 1.2 con una D. Est. de .516

CONFLICTO NETO (NET).

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), se encontró una media de 9.7 con una D. Est. de 19.2, para sus parejas (H.F.), se encontró una media de 3.7 con una D. Est. de 18.2

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de -2.7 con una D. Est. de 22.03, para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 4.5 con una D. Est. de 19.3

CONFLICTO TOTAL (TOT).

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 40.8 con una D. Est. de 15.7, La de sus parejas (H.F.) fue de 42.1 con una D. Est de 16.9

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 39.7 con una D. Est. de 12.07, para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 41.5 con una D.Est de 10.1

TOTAL

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 358.1 con una D.Est de 31.1, para sus parejas (H.F.) se encontró una media de 342.6 con una D.est. de 55.3

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 338.6 con una D.Est. de 38.1, para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 337.6 con una D.Est. de 36.1

IDENTIDAD.

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) se obtuvo una media de 126.2 con una D.Est. de 10.4, para sus parejas (H.F.), se obtuvo una media de 121.9, con una D. Est. de 13.0

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 118.3 con una D: Est. de 10.7, para sus parejas (M.F.) se encontró una D.Est. de 118.4 con una D.Est. de 11.1

Por abajo del punto de corte $T=45$ se encontraron 10 H.E. que corresponden al 33.3 %, así mismo se encontraron 13 M.F. que corresponden al 43.3%.

AUTOSATISFACCION.

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 111.7 con una D: Est. de 13.8, para sus parejas (H.F.), fue de 107.4, con una D. Est. de 17.0

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 105.5 con una D.Est. de 16.8, para sus parejas (M.F.) se encontró una D. Est. de 104.9 con una D: Est. de 15.3

COMPORTAMIENTO.

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 120.1 con una D: Est. de 11.8 para sus parejas (H.F.), fue de 118.6 con una D. Est. de 16.0

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 114.7 con una D.Est. de 15.2, para sus parejas (M.F.) se encontró una D. Est. de 114.1 con una D. Est. de 14.4

COLUMNA A: YO FISICO

Para esta escala la media del grupo de (M.E), fue de 69.1 con una D. Est. de 7.9 para sus compañeros (H.F), fue de 69.9 con una D. Est. de 9.2

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 66.8 con una D.Est. de 9.4, para sus parejas (M.F.) se encontró una media de 66.2 con una D. Est. de 7.7

Por abajo del punto de corte se encontraron 11 H.E. que corresponden al 36.7%, así mismo se encontraron 14 M.F. que corresponden al 46.7%

COLUMNA B: YO ETICO MORAL

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) se obtuvo una media de 73.7 con una D.Est. de 7.8, para sus parejas (H.F.), fue de 70.4, con una D. Est. de 9.1

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 67.2 con una D. Est. de 10.2, para sus parejas se encontró una media de 69.2 con una D. Est. de 10.2

COLUMNA C: YO PERSONAL

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 73.3 con una D.Est. de 7.8, para sus parejas (H.F.) se obtuvo una media de 72.6 con una D. Est. de 8.2

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 69.9 con una D. Est. de 9.6,

Para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 68.2 con una D. Est. de 8.5

COLUMNA D: YO FAMILIAR

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 73.7 con una D: Est. de 8.0, para sus parejas (H.F.) se obtuvo una media de 69.3 con una D.Est. de 10.4

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 68.9 con una D. Est de 7.5, para sus parejas, se encontró una media de 70.2 con una D.Est. de 8.0

COLUMNA E: YO SOCIAL

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 68.3 con una D. Est. de 7.4 para sus compañeros (H.F.); fue de 65.8 con una D. Est. de 10.6

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 65.9 con una D. Est. de 9.3, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 64.6 con una D.Est. de 8.5

VARIABILIDAD TOTAL (TOTV)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 46.8 con una D. Est. de 11.3, para sus parejas (H.F.) se obtuvo una media de 47.7 con una D.Est. de 12.8

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 49.7 con una D. Est. de 13.6, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 46.6 con una D. Est. de 14.2

COLUMNA TOTAL (COLTOT)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 26.8 con una D. Est. de 7.6, para sus parejas (H.F.), fue de 27.5 con una D. Est. de 10.1

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 29.1 con una D. Est. de 9.8, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 30.4 con una D. Est. de 10.1

REGLON TOTAL (HILTOT)

para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 20.0 con una D. Est. de 4.7, para sus parejas (H.F.), fue de 19.9, con una D. Est. de 6.6

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 22.5 con una D. Est. de 5.9, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 21.2 con una D. Est. de 5.6

PUNTAJE DE DISTRIBUCION DE RESPUESTAS (D)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 131.4 con una D. Est. de 33.7, para sus parejas (H.F.), fue de 131.5 con una D. Est. de 30.4.

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 123.7 con una D. Est. de 24.1, para sus parejas, (M.F.) se obtuvo una media de 123.3 con una D. Est. de 29.3

PUNTAJE CINCO

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 24.7 con una media de 13.7, para sus parejas (H.F.) fue de 21.9 con una D. Est. 13.0

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 21.9 con una D. Est. de 11.7, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 23.2 con una D. Est. de 9.6

PUNTAJE CUATRO

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 20.0 con una

D.Est. de 9.3, para sus parejas (H.F.) fue de 21.7 con una D. Est. de 11.4

para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 18.3 con una D: Est. de 9.2, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 19.3 con una D. Est. de 9.5

Por abajo del corte, $T= 45$: se encontrarón, 11 M.E. que corresponden al 36.7%, así mismo se encontrarón 13 H.E. que corresponden al 43.3% , así mismo se encontraron 16 M.F. que equivalen al 53.3%

PUNTAJE TRES

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 19.6 con una D.Est. de 13.2, para sus parejas (H.F.), fue de 14.8 con una D. est. de 10.2

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 23.0 con una D.Est. de 10.1, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 22.3 con una D. Est. de 14.4

PUNTAJE DOS

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 9.3 con una D. Est de 7.5, para sus parejas (H.F.), fue de 11.5 con una D. Est. 10.9

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 11.7 con una D.Est. de 7.8, para sus parejas se obtuvo una media de 12.5 con una D. Est. de 8.4

Por abajo del punto de corte se encontrarón 13 M.E. que corresponden al 43.3%, así como 16 H.F. que corresponden al 53.3%, así mismo se encontrarón 17 H.E. que corresponden al 56.7%, así mismo se encontraron 16 M.F. que equivalen al 53.3%.

PUNTAJE UNO

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 26.4 con una D. Est. 10.3, para sus parejas (H.F.) fue de 24.9 con una D. Est. de 13.0

Para el grupo de (H.E.) se encontró una media de 24.9 con una D. Est. de 10.2, Para sus parejas se obtuvo una media de 22.5 con una D. Est. de 10.1

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (tabla 3)

SATISFACCION MARITAL 1 (SM1)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.), fue de 14.06 con una D. Est. de 3.8, para sus parejas (H.F.), fue de 13.2 con una D. Est. de 3.2

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 13.4 con una D. Est. de 4.0, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 14.7 con una D. Est. de 3.7.

SATISFACCION MARITAL 2 (SM2)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 7.8 con una D. Est. de 2.6, para sus parejas (H.F.), fue de 8.7 con una D. Est. de 2.2

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 9.1 con una D. Est. de 2.3, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 9.06 con una D. Est. de 2.8

SATISFACCION MARITAL 3 (SM3)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 13.4 con una D. Est. de 3.8, para sus parejas (H.F.), fue de 12.8 con una D. Est. de 3.8

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 13.6 con una D. Est. de 4.1, para sus parejas (M.F.) se obtuvo una media de 12.7 con una D. Est. de 3.6

SATISFACCION MARITAL TOTAL (SMT)

Para esta escala la media del grupo de (M.E.) fue de 35.4 con una D. Est. de 9.08, para sus parejas (H.F.) fue de 34.8 con una D. Est. de 7.9

Para el grupo de (H.E.) se obtuvo una media de 36.2 con una D. Est. de 8.8, para sus parejas (M.E.) se obtuvo una media de 36.5 con una D.Est. de 8.4.

RESULTADOS

A continuación se analizarán los resultados obtenidos de la recolección de datos. Para el análisis estadístico de la muestra se aplico una prueba "t" para la comparación de medias; este análisis se realizó por medio del paquete estadístico. para las ciencias sociales. (spss)

En el análisis se realizaron tres tipos de comparaciones;

- 1) Comparación entre parejas, por factor.
 - Parejas estériles por factor masculino.
 - Parejas esteriles por factor femenino.
- 2) Comparación ente varones.
 - Varones estériles.
 - Varones fértiles.
- 3) Comparación entre mujeres.
 - mujeres estériles
 - Mujeres fértiles.

Lós sujetos que conforman esta muestra, conforman un total de 120, divididos primeramente en dos grupos (parejas estériles por factor masculino y parejas estériles por factor femenino.)

Seguidamente se subdividieron en cuatro grupos:

- Varones estériles
- Varones fértiles
- Mujeres estériles
- Mujeres fértiles

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS (tabla 1)

SEXO	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	30	30
MUJERES	30	30

\bar{X} σ \bar{X} σ

EDAD	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	31.6 +/- 5.1	33.9 +/- 5
MUJERES	32.8 +/- 4.3	29.8 +/- 5

EDO. CIVIL	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	1 +/- .254	1 +/- .403
MUJERES	1 +/- .403	1 +/- .254

ESCOLARIDAD	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	11 +/- 3	13 +/- 4.8
MUJERES	11.8 +/- 4	11 +/- 3

OCUPACION	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	4 +/- 1.9	3.7 +/- 1.8
MUJERES	3.6 +/- 1.07	3 +/- .531

CLASIFICACION	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	1.5 +/- .679	1.6 +/- .802
MUJERES	1.6 +/- .802	1.6 +/- .675

TIEMPO DE EST.	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	5.1 +/- 2.4	7.9 +/- 3.6
MUJERES	7.9 +/- 3.6	5.2 +/- 2.4

ESCALA DE TENNESSEE (tabla 2)

	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
SC.				
HOMBRES	33.3 +/- 8.0		32.2 +/- 6.3	
MUJERES	30.9 +/- 5.4		33.8 +/- 5.3	

TF.	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	1.1 +/- .484	1.1 +/- .415
MUJERES	1.2 +/- .501	1.2 +/- .516
CONNET	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	- 2.7 +/- -22.034	3.7 +/- 18.2
MUJERES	9.7 +/- 19.2	4.5 +/- 19.3
CONTOT	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	39.7 +/- 12.07	42.1 +/- 16.9
MUJERES	40.8 +/- 15.7	41.5 +/- 10.1
TOTAL	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	338.6 +/- 38.1	342.6 +/- 55.3
MUJERES	358.1 +/- 31.1	337.6 +/- 36.1
R1	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	118.3 +/- 10.7	121.9 +/- 13.0
MUJERES	126.2 +/- 10.4	118.4 +/- 11.1
R2	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	105.5 +/- 16.8	107.4 +/- 17.0
MUJERES	111.7 +/- 13.8	104.9 +/- 15.3

R3	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	114.7 +/- 15.2	118.6 +/- 16.0
MUJERES	120.1 +/- 11.8	114.1 +/- 14.4
CA	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	66.8 +/- 9.4	69.9 +/- 9.2
MUJERES	69.1 +/- 7.9	66.2 +/- 7.7
CB	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	67.2 +/- 10.2	70.4 +/- 9.1
MUJERES	73.7 +/- 7.8	69.2 +/- 10.2
CC	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	69.9 +/- 9.6	72.6 +/- 8.2
MUJERES	73.3 +/- 7.8	68.2 +/- 8.5
CD	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	68.9 +/- 7.5	69.3 +/- 10.4
MUJERES	73.7 +/- 8.0	70.2 +/- 8.0
CE	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	65.9 +/- 9.3	65.8 +/- 10.6
MUJERES	68.3 +/- 7.4	64.6 +/- 8.5

VARTOT		ESTERILES	FERTILES
HOMBRES		49.7 +/- 13.6	47.7 +/- 12.8
MUJERES		46.8 +/- 11.3	46.6 +/- 14.2
COLTOT		ESTERILES	FERTILES
HOMBRES		29.1 +/- 9.8	27.5 +/- 10.1
MUJERES		26.8 +/- 7.6	30.4 +/- 10.1
ROW	TOTAL	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES		22.5 +/- 5.9	19.9 +/- 6.6
MUJERES		20.0 +/- 4.7	21.2 +/- 5.6
D	ESTERILES		FERTILES
HOMBRES		123.7 +/- 24.1	131.5 +/- 30.4
MUJERES		131.4 +/- 33.7	123.3 +/- 29.3
CINCO		ESTERILES	FERTILES
HOMBRES		21.9 +/- 11.7	21.9 +/- 13.0
MUJERES		24.7 +/- 13.7	23.2 +/- 9.6
CUATRO		ESTERILES	FERTILES
HOMBRES		18.3 +/- 9.2	21.7 +/- 11.4
MUJERES		20.0 +/- 9.3	19.3 +/- 9.5

TRES	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	23.0 +/- 10.1	14.8 +/- 10.2
MUJERES	19.6 +/- 13.2	22.3 +/- 14.4
DOS	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	11.7 +/- 7.8	11.5 +/- 10.9
MUJERES	9.3 +/- 7.5	12.5 +/- 8.4
UNO	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	24.9 +/- 10.2	24.9 +/- 13.0
MUJERES	26.4 +/- 10.3	22.5 +/- 10.1

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (tabla 3)

	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
SM1				
HOMBRES	13.4	+/- 4.0	13.2	+/- 3.2
MUJERES	14.06	+/- 3.8	14.7	+/- 3.7
SM2				
HOMBRES	9.1	+/- 2.3	8.7	+/- 2.2
MUJERES	7.8	+/- 2.6	9.06	+/- 2.8

SM3	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	13.6 +/- 4.1	12.8 +/- 3.8
MUJERES	13.4 +/- 3.8	12.7 +/- 3.6

SMT	ESTERILES	FERTILES
HOMBRES	36.2 +/- 8.8	34.8 +/- 7.9
MUJERES	35.4 +/- 9.08	36.5 +/- 8.4

AL INTRODUCIR LA VARIABLE EDAD COMO ELEMENTO DISCRIMINADOR

Se pudieron encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en las escalas de autoconcepto y satisfacción marital, específicamente en:

COLUMNA B: que corresponde al yo ético moral. Los valores encontrados son F ratio = 1.7662, con una significancia del F prob. = .0355, así mismo la variable de conflicto neto (CONNET), los valores encontrados son F ratio = 2.0490 con una significancia del F prob. = .0110. También se encontró diferencia en cuanto al modo de respuesta, en específico en el **puntaje de distribución dos**, que corresponde a casi totalmente falso, y los valores obtenidos son: F ratio = 1.7192 con una significancia del F prob. = .0428

De igual manera se encontraron diferencias en el **puntaje de distribución tres**, que corresponde a parte verdadero y parte falso, los valores obtenidos son F ratio = 1.6806 con una significancia del F prob. = .0498. En cuanto a la proporción verdadero - falso (T/F), los valores obtenidos son F ratio = 2.2205, con una significancia del F prob. = .0053.

Con respecto a la escala de satisfacción marital: se encontraron diferencias en cuanto al primer factor (SIC) Satisfacción en la

interacción con el cónyuge, y los valores son los siguientes:
 F ratio = 1.6378, con una significancia del F prob = .0588, así mismo se encontraron diferencias en el tercer factor (SES) Satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge, y los valores obtenidos son F ratio = 1.8372, con una significancia del F prob. = .0266 . (ver tabla 4)
 (tabla 4)

VARIABLE	F. RATIO	F.PROB
YO ETICO MORAL	1.7662	.0355
S I C	1.6378	.0588
S E S	1.8372	.0266
T / F	2.2205	.0053

EN CUANTO A LOS RESULTADOS, AL HABER INCLUIDO LA VARIABLE EDAD COMO ELEMENTO DISCRIMINADOR.

Se obtuvieron diferencia de medias, en la columna del yo ético moral, que se refiere a como se percibe a su concepción de sí mismo visto desde el marco religioso. En cuanto a la variable de (CONNET) también se encontraron diferencias, esta variable se refiere al conflicto existente entre las respuestas a afirmaciones negativas, en la misma área de autopercepción. En cuanto a la forma

de respuesta se encontraron diferencias en los puntajes de distribución dos (casi totalmente falso) y tres (parte falso y parte verdadero).

En cuanto a la escala de satisfacción marital:

se encontraron diferencia de medias en los factores 1 y 3 (sic y ses) satisfacción en la interacción con el cónyuge y en la satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge.

Podemos decir que la variable edad, implica diferencias con respecto a las áreas de:

En sujetos \geq de 35 años afecta positivamente, en las áreas de yo personal, es decir que ellos se perciben así mismos con mas valía a nivel personal, tal vez esto este matizado por el desarrollo de actividades y el logro de metas lo que esté sustentando su autoconcepto (Ej. logros profesionales, laborales, personales, etc.), así mismo su percepción de valía como miembro insertado en una familia y su relación con ella, se ve afectada positivamente, al igual que las relaciones con los demás (socialización) es mejor, la convivencia con otras personas y su interacción con el medio que les rodea es mas adecuada.

Existe mayor autosatisfacción en cuanto a sus actividades y a como las desarrolla (funcionamiento), provocando una sensación de bienestar consigo mismo que se refleja en la propia identidad elevando el nivel de autoestima.

En sujetos $<$ de 35 años, afecta negativamente:

podemos decir que son mas autocríticos, es decir mas rígidos consigo mismo, en cuanto al modo de respuesta tienden a no comprometerse con su autopercepción.

En la comparación entre los grupos de mujeres estériles y mujeres fértiles (1 y 4), las mujeres esteriles presentan un mejor yo personal, que las mujeres fértiles, (esto podría deberse a una posible compensación, ya que al percibir su yo físico afectado podría este tipo de paciente refugiarse en el trabajo o en sus logros personales incrementando y fundamentando así su autoestima, en un sentimiento de identidad, aunque como se había mencionado anteriormente esto puede ser considerado como un mecanismo

compensatorio, ya que en la literatura hemos podido darnos cuenta que el maternaje esta intimamente relacionado con el cumplimiento de roles, así como con la trascendencia, lo que proporciona una identidad Psicosocial adecuada. Por otro lado en el grupo de mujeres fértiles, se ve impactado de manera negativa en la escala de autocrítica, es decir que son pacientes, mas rígidas y exigentes consigo mismas. En suma en el total de autoestima, es el grupo de mujeres estériles el que presenta "mejor Autoconcepto"

AUNQUE NOSOTROS PENSAMOS QUE PODRIA SER UNA IMAGEN COMPENSATORIA QUE NECESITAN PROPORCIONARSE PARA SENTIRSE MEJOR.

En cuanto a la comparación entre el grupo de hombres fértiles y mujeres fértiles, es el grupo de hombres fértiles el que muestra mejor nivel en el área del yo personal, que la mujer fértil, lo que implica un sentimiento de valía relacionado con la adecuación como persona, en cuanto al modo de respuesta, es el grupo de mujeres fértiles, el que tiende a no comprometerse con su autopercepción (parte verdadero y parte falso.

En cuanto a la comparación entre el grupo de hombres fértiles y hombres estériles (2 y 3), la única diferencia de medias que se encontró por edad, fue con respecto al modo de respuesta donde el grupo de hombres estériles tiende a no comprometerse con su auto percepción (puntaje de distribución tres, parte verdadero y parte falso). En cuanto a la comparación entre el grupo de mujeres estériles y mujeres fértiles (1 y 3) es el grupo de mujeres estériles quien presenta mejor yo familiar, así como una mejor adecuación al yo ético moral repercutiendo en una mejor identidad. (ver tabla 5)

(tabla 5)

APLICANDO LA PRUEBA DE TUKEY

GRUPO	VARIABLE	DIF.DE MEDIAS	SIG.
EDAD > = 35, MEJOR	YOP ERSO.	3.9342	.014
> = 35 MEJOR	YO FAM.	4.3481	.009
> = 35 MEJOR	YO SOCIAL	4.4569	.010
< 35 MEJOR	COLUMNAT.	-5.1998	.005
> = 35 MEJOR	D	12.3768	.023
> = 35 MEJOR	IDENTIDAD	5.5658	.013
> = 35 MEJOR	AUTOSATIS	10.1699	.001
> = 35 MEJOR	COMFORT.	6.7117	.009
< 35 MEJOR	ROW TOTAL	-2.8110	.012
< 35 MAS	AUTOCRIT.	-2.4282	.041
> = 35 MEJOR	TOTAL	18.6699	.027
< 35 MAS	TRES	-6.0443	.006
> = 35 MAS	UNO	5.2691	.011
< 35 MEJOR	VARTOT	-5.0467	.042
GRUPO (1) Y 3	YO FAM.	4.7333	.022
1 MEJOR	YO ETICO	6.4333	.008

1 MEJOR	CONNET	12.5000	.023
1 MEJOR	IDENTIDAD	7.9667	.005
1 MEJOR	TOTAL	19.5000	.034
GRUPO (1) Y 4	YO PER.	5.1000	.017
1 MEJOR	IDENTIDAD	7.8333	.007
4 MEJOR	AUTOCRI.	-2.9000	.042
1 MEJOR	TOTAL	20.5333	.022
GRUPO (2) Y 4	YOPER.	4.4333	.046
4 MAS	TRES	-7.5667	.023
GRUPO 2 Y (3)	TRES	-8.2000	.003

* NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS PAREJAS ESTERILES, EN EL AUTOCONCEPTO Y LA SATISFACCION MARITAL POR FACTOR FEMENINO (1 Y 2).

* NO EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS MIEMBROS DE LAS PAREJAS ESTERILES, EN EL AUTOCONCEPTO Y LA SATISFACCION MARITAL POR FACTOR MASCULINO (3 Y 4).

En cuanto a la Satisfacción Marital: se obtuvieron los puntajes por cada uno de los factores, y se compararon con los parámetros establecidos por Andrade palos y Pick de Weiss, Tomando en cuenta como variables determinantes la edad y el número de hijos (sin hijos), ya que en nuestra muestra son parejas que no han podido concebir. Los valores se presentaron de la manera siguiente:

POR PAREJAS:

Parejas estériles por factor femenino:

Tanto la Paciente como su pareja, se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos estructurales del conyugue (SES)

Parejas estériles por factor masculino:

Tanto el paciente como su pareja se vieron impactados en los dos ultimos factores: satisfacción con aspectos emocionales del conyugue (SEM), y satisfacción con aspectos estructurales del conyugue (SES).

COMPARACION ENTRE MUJERES:

En la comparación entre mujeres (M.E. y M.F.)

Las mujeres fértiles se mostraron mas insatisfechas que las mujeres estériles. Las mujeres fértiles, se vieron impactadas en dos áreas (SEM y SES), mientras que en la mujer estéril solo en una (SES).

COMPARACION ENTRE HOMBRES:

En la comparación entre hombres (H.F. y H.E.)

Los hombres estériles se mostraron mas insatisfechos que los hombres fertiles, los hombres fértiles se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos estructurales del conyugue (SES), mientras los hombres estériles, se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos emocionales del conyugue (SEM), y en la satisfacción con los aspectos estructurales del conyugue (SES).

EN CONCLUSION:

En las parejas en que la causa es por factor masculino, se vieron mayormente impactadas en cuanto a su satisfacción marital (2/3 partes de esta) mientras que en las parejas cuya causa es de origen femenino solo se vio afectada en (1/3 parte de esta).

POR LO TANTO, CUANDO MENOS EN ESTA MUESTRA SE VE MAYORMENTE AFECTADA LA SATISFACCIÓN MARITAL CUANDO EL HOMBRE ES EL CAUSAL DE LA ESTERILIDAD. (ver tabla 6)

(tabla 6)

CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DE SATISFACCION MARITAL
EDAD PUNTAJE.O S/H

GRUPO1	EDAD	PUNTAJE.O	S/H
GRUPO 1	33 ± 4.3	14.06 ± 3.8	15.57 SIC
		7.8 ± 2.6	8.58 SEM
		13.4 ± 3.8	11.49 SES
GRUPO 2	34 ± 5	13.2 ± 3.2	15.57 SIC
		8.7 ± 2.2	8.58 SEM
		12.8 ± 3.8	11.49 SES
GRUPO 3	32 ± 5.1	13.4 ± 4.0	15.57 SIC
		9.1 ± 2.3	8.58 SEM
		13.6 ± 4.1	11.49 SES
GRUPO 4	30 ± 5	14.7 ± 3.7	15.67 SIC

		9.06 ± 2.8	8.58 SEM
		12.7 ± 3.6	11.19 SES

INTERPRETACION DINAMICA DE LOS PERFILES DE AUTOCONCEPTO.

GRUPO 1: MUJERES ESTERILES

Este grupo tiende a presentar una autocrítica baja, es decir que son personas no muy estrictas o rígidas consigo mismas, se muestran defensivas, en la autodescripción que hacen de sí mismos, se encontraron diferencias significativas en relación a como son, y como piensan que deben ser, estas diferencias guardan relación con el sí mismo real y el sí mismo ideal, el sustento de su bajo autoconcepto, (que se ve retroalimentado negativamente, ya que no existe concordancia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal) lo proporciona el área del yo personal, donde se depositan los logros personales, laborales, etc., y además al que perciben con gran valía, posiblemente como compensación de la percepción de su yo físico devaluado o disfuncional, (lo que implica que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeseables e infelices).

Lo que impacta fuertemente su identidad basada en el maternaje, ante la imposibilidad procreativa y las presiones de tipo social y familiar, posiblemente este tipo de pacientes son poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tienden a ser superficiales, con respecto a como se sienten, podemos decir que aunque se perciben con una identidad baja se sienten satisfechos consigo mismos, así como la manera en que funcionan, esto estaría influenciado por la escala de autocrítica, ya que al no ser muy estrictos consigo mismos tenderían a no

exigirse mucho para no confrontarse verdaderamente. Su nivel de conflicto (neto y total), aunque se encuentra en los niveles de normalidad, se encuentran muy próximos a rebasar la norma, por un conflicto de asentimiento; es decir una sobrevaloración de sus atributos positivos, por otro lado manifiestan tener una adecuada satisfacción con el aspecto ético.

NOTA: Cabe mencionar que el autoconcepto está sustentado por las áreas del yo personal, donde son depositados los logros personales, profesionales, etc. y el área del comportamiento la cual nos dice como funcionan y en los cuatro perfiles nos indica que son personas que están satisfechas en su comportamiento.

GRUPO 2: HOMBRES FERTILES.

Este grupo presenta una disminución en la capacidad para la autocrítica, es decir que no son personas estrictas o rígidas consigo mismas, y se muestran defensivas, no existe congruencia en su forma de describirse, por lo que existe incongruencia entre lo que soy y lo que debería de ser, esto guarda relación entre el sí mismo real y el sí mismo ideal. El sustento de su bajo autoconcepto, (mas bajo que su pareja), lo proporciona el área del yo personal, al que perciben con gran valía, posiblemente como compensación a su yo físico mermado, y donde son depositados los logros personales, laborales, etc., lo que implica que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeceables e infelices.

Otra área que se ve fuertemente impactada, también de manera mas profunda, que su pareja, es el área de identidad. Aunque estas pacientes tengan el perfil antes descrito, baja autoestima, al igual que su identidad, se sienten satisfechos consigo mismos, así como la manera en como funcionan, esto podría estar influenciado por la escala de autocrítica, ya que al no ser muy estrictos consigo mismos, tenderian a no exigirse mucho y a no confrontarse verdaderamente, lo cual podría ser un factor sumamente importante en la resolución o clarificación de su conflicto. De igual manera podría ser, que ante la imposibilidad procreativa y las presiones

de tipo social y familiar; este tipo de pacientes sean poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos, tienden a ser superficiales, con respecto al aspecto ético, es un área que no contribuye de manera importante a su autoconcepto.

Su nivel de conflicto (neto y total), aunque se encuentran dentro de lo normal, el conflicto total, se encuentra muy próximo a rebasar la norma por un conflicto de asentimiento, es decir una sobreestimación de los atributos positivos.

* cabe mencionar que en este grupo, aunque las áreas impactadas fueron las mismas que sus parejas. En este grupo H.F., el impacto fué mas profundo.

NOTA: Cabe mencionar que el autoconcepto está sustentado por las áreas del yo personal, donde son depositados los logros personales, profesionales, etc. y el área del comportamiento la cual nos dice como funcionan y en los cuatro perfiles nos indica que son personas que están satisfechas en su comportamiento.

GRUPO 3: HOMBRES ESTERILES.

Este grupo presenta una autocrítica baja, es decir, que son personas no rígidas consigo mismas y defensivas, no existe congruencia en la forma en como se definen, por lo cual existe incongruencia entre lo que soy y lo que debería ser, estas diferencias guardan relación con el sí mismo real y con el sí mismo ideal, con respecto al conflicto (neto y total), sobre todo el total aunque se encuentra dentro de los parámetros de normalidad sobresale un poco, indicandonos un conflicto de asentimiento, donde son sobrevalorados los atributos positivos. Esto podría guardar relación con su baja identidad, su físico devaluado, y en general su bajo autoconcepto, actuando como mecanismo de compensación.

El sustento de su baja autoestima es proporcionado por el área del yo personal (donde se depositan los logros personales, laborales, profesionales, etc) a la que es percibida con gran valía. Cabe mencionar, que su bajo autoconcepto que se ve retroalimentado

negativamente, ya que no existe concordancia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal lo que nos muestra que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeseables e infelices. Con respecto a la identidad, esta se ve fuertemente impactada, inclusive por abajo del punto de corte, al igual que su yo físico percibido como devaluado.

Es posible que ante la imposibilidad procreativa, y las presiones de tipo familiar y social, este tipo de pacientes pudiera ser poco sociable, ya que sienten que no cubren las demandas del medio, así mismo sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos pudieran ser superficiales. Con respecto al área ético moral, estas normas no son gratificantes, pues postulan que se debe de tener hijos. Aunque este tipo de personas tienen una autoestima baja, así como su yo físico y social, llevándolos a una baja identidad, son personas que se muestran satisfechas consigo mismas y de la manera en como funcionan. Esto podría estarse dando como mecanismo de compensación, junto con el área de autocrítica para poder seguir funcionando (de alguna manera esta actitud impide el ver y solucionar la problemática que padecen).

NOTA: Cabe mencionar que el autoconcepto está sustentado por las áreas del yo personal, donde son depositados los logros personales, profesionales, etc. y el área del comportamiento la cual nos dice como funcionan y en los cuatro perfiles nos indica que son personas que están satisfechas en su comportamiento.

GRUPO 4: MUJERES FERTILES.

Este grupo presenta una baja capacidad para la autocrítica, es decir que no son personas muy estrictas o rígidas consigo mismas, mas bien flexibles y defensivas, no existe congruencia en cuanto a la forma en como se definen, por lo que existe incongruencia entre lo que son y lo que debería ser, estas diferencias guardan relación con el sí mismo real y el sí mismo ideal, con respecto a su conflicto (neto, total) aunque el neto se encuentra dentro de lo

normal al total, sobresale de los parámetros establecidos para la normalidad, mostrándonos un conflicto de asentimiento, donde se ven sobrevalorados los atributos positivos del sujeto. Con respecto a su autoconcepto, (el cual se observa retroalimentado en forma negativa por no existir concordancia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal), podemos decir que es muy baja y raya en el límite de la normalidad, lo que nos indica que son personas que se perciben como indeseables, infelices y con poca valía, el pobre sustento de su baja autoestima, lo proporciona el área del yo personal, (donde se depositan los logros personales, profesionales). Con respecto a su identidad, esta se ve fuertemente impactada, así como su yo físico al cual perciben devaluado o inservible. Con respecto al área ético moral, existe una adecuada relación. Es posible, que ante la imposibilidad procreativa y las presiones de tipo social y familiar, este tipo de pacientes sea poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tiendan a ser superficiales, aunque estos pacientes cuenten con el perfil antes mencionado, se sienten satisfechos consigo mismos, así como la forma en que funcionan.

NOTA: Cabe mencionar que el autoconcepto está sustentado por las áreas del yo personal, donde son depositados los logros personales, profesionales, etc. y el área del comportamiento la cual nos dice como funcionan y en los cuatro perfiles nos indica que son personas que están satisfechas en su comportamiento.

7.- ANALISIS Y DISCUSION

Es importante señalar, que las parejas que conformaron este estudio se encuentran cursando una esterilidad en tratamiento, por lo cual toda su energía es utilizada para poder superar este padecimiento, descuidando otras áreas de su vida. Así mismo podemos ubicar a esta muestra en una esterilidad de larga evolución, por lo cual es de esperarse que en las áreas que impacte lo hará de manera importante en la emocionalidad de los pacientes, ya que como menciona Morales en 1988, Bernt, Helga, Bernt, Wolf, Take 1992. La esterilidad provoca un estado depresivo que se genera en la vida en común, conllevando a una baja autoestima.

Para comenzar podemos coincidir con Erickson en 1968 y Kraft en 1980, y mencionar que la esterilidad es vivida como un trauma narcisístico y su resolución va a depender de la estructura del individuo. Nosotros junto con Platt 1973 y Peralta en 1992 complementaríamos que este trauma narcisístico se vivencia de acuerdo al género al que pertenece, de tal manera que además de la estructura de personalidad, la respuesta ante este padecimiento también depende de los roles que la sociedad asigna al ser humano ante la PATERNIDAD/MATERNIDAD. Coincidiendo con los estudios de Burns 1990, Morales 1992, Rodríguez 1992. podemos decir que al ser la esterilidad una experiencia desagradable que es enfrentada con impotencia y frustración ya que priva de una función esperada, y para la cual se han preparado durante toda su vida "la procreación" cuando esta función es restringida, impacta uno de los aspectos mas importantes en el ser humano para la obtención de un adecuado autoconcepto, en una cultura donde el maternaje implica un mayor estatus, y el paternaje está íntimamente relacionado con la identidad y virilidad del hombre.

Varios estudios se han enfocado al aspecto emocional de la paciente estéril (mujer), o de la pareja estéril (por factor femenino) o bien un estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles, donde los resultados se enfocaron al varón estéril dada la

importancia de esta aportación, gracias a la carencia de investigación sobre el factor masculino.

En este estudio se realizó una comparación entre parejas estériles por factor masculino y factor femenino, ya que en estudios realizados con anterioridad, nos hemos dado cuenta que el porcentaje de incidencia del factor masculino es de casi un 50%, por lo que al realizar esta comparación, midiendo dos factores sumamente importantes, como son el autoconcepto y la satisfacción marital pudimos conocer como impacta este padecimiento y en que áreas impacta mas, además de dilucidar como y en donde impacta por factor masculino, terreno poco explorado aún por la ciencia. A continuación se irá describiendo, justificando, y refiriendo las aportaciones de esta investigación:

Comenzaremos por enfocarnos al grupo de mujeres estériles:

El cual tiende a presentar una baja autocrítica, en la descripción que hacen de sí mismos se encontraron diferencias entre como son y como piensan deberían ser, es decir entre la realidad y lo ideal, esto concuerda con los hallazgos de Platt en 1973 y de Rodríguez Ogaz en 1992. así mismo y en concordancia con los autores anteriores, se identificó que el sustento de su bajo autoconcepto (que se ve retroalimentado negativamente, ya que no existe concordancia entre el si mismo real y el si mismo ideal, lo proporciona el área del yo personal donde se depositan los logros personales, laborales etc., y además al que perciben con gran valía (cabe mencionar que es esta área y la del comportamiento, las que sustentan al autoconcepto), esto coincide con los hallazgos de García y Ramos en 1991 donde mencionan que la escolaridad se ve integrada al yo personal, así mismo Cruz Terán en 1992 refiere que en la mujer la escolaridad es un factor importante para la elaboración de su autoconcepto.

Esta percepción con respecto al yo personal se debe posiblemente a una compensación de la percepción de su yo físico devaluado o disfuncional, lo que implica que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeseables e infelices, esto concuerda con los hallazgos de Passy y Rodríguez en

1990 quienes mencionan que es frecuente en este tipo de pacientes se manifieste la percepción de que su cuerpo está dañado, además del estigma social, que según Sarrel (cit en Rodríguez 1992) se asocia con vacío, inservible, etc.

Este padecimiento impacta fuertemente su identidad basada en el maternaje, esto confirma los hallazgos de Rosenfeld y Mitchel en 1979 quienes observaron que este tipo de pacientes fundamentaban sus sentimientos de valía en la PATERNIDAD/MATERNIDAD, además de presentar una baja autoestima y alteraciones en relación con la identidad.

Ante la imposibilidad procreativa y las presiones sociales y familiares, coincidiendo con Sarrel (cit. en Rodríguez 1992), Daniluk 1988 y Morales 1988. Este tipo de pacientes son poco sociables ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tiendan a ser superficiales, confirmando que la esterilidad afecta negativamente al autoconcepto y las relaciones interpersonales, ya que priva al ser humano de una función socialmente esperada y para la cual se ha preparado a lo largo de toda su vida.

Con respecto a como se describen podemos decir que aunque se perciben con una identidad baja, se sienten satisfechos consigo mismos, así como la manera en que funcionan, esto estaría influenciado por la escala de autocrítica, ya que al no ser muy estrictos consigo mismos tenderían a no exigirse mucho para no confrontarse verdaderamente. Su nivel de conflicto (neto y total) aunque se encuentra en los niveles de normalidad, se encuentran muy próximos a rebasar la norma por un conflicto de asentimiento. Es decir una sobrevaloración de sus atributos positivos, por otro lado manifiestan tener una adecuada satisfacción con el aspecto ético.

Grupo 2: Hombres fértiles³

Este grupo presenta una disminución en la capacidad para la autocrítica, es decir que no son personas estrictas o rígidas consigo mismas, son personas que se muestran defensivas. No existe congruencia en su forma de describirse, por lo que existe incongruencia entre lo que soy y lo que debería ser. Esto corrobora los hallazgos de Platt en 1973 y Rodríguez Ogaz en 1992. quienes en sus estudios sobre autoconcepto y personalidad en hombres y mujeres estériles reportaron discrepancias entre lo que son y lo que deberían ser, es decir entre lo real y lo ideal. El sustento de su bajo autoconcepto (**más bajo que su pareja**) el cual se ve retroalimentado negativamente por la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, lo proporciona el área del yo personal, a la cual se percibe con gran valía, (es en esta área donde son depositados los logros personales, laborales, etc. y cabe mencionar que esta área, y la del comportamiento son las que dan sustento al total del autoconcepto) esto confirma los hallazgos de García y Ramos en 1991, donde mencionan que la escolaridad se ve integrada al yo personal. Esta percepción con respecto al yo personal, se debe posiblemente a una compensación de la percepción de su yo físico mermado, lo que implica, que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeseables e infelices. Esto concuerda con los hallazgos de Passy y Rodríguez en 1990, quienes mencionan que es frecuente que en este tipo de pacientes se manifieste la percepción de que su cuerpo está dañado, además del estigma social, que según Sarrél cit en Rodríguez 1992, se asocia con vacío inservible, etc. Esta repercusión a nivel del yo físico **por lo menos en esta muestra** NO coincide con los hallazgos de García Sandoval en 1991, quien menciona en su estudio que el autoconcepto del hombre es mas alto

cabe mencionar que en este grupo, aunque las áreas impactadas fueron las mismas que sus parejas. En este grupo H.F. el impacto fué mas profundo.

que el de la mujer ya que en esta área se asocia la escolaridad, a través del yo personal.

Otra área que se ve fuertemente impactada también de manera mas profunda que su pareja es el area de identidad. Que como habíamos mencionado anteriormente confirma los hallazgos de Rosenfeld y Mitchel 1979, así como García y Ramos en 1991 quienes observaron que este tipo de pacientes fundamentaban sus sentimientos de valía en el significado emocional que se le da a la PATERNIDAD/MATERNIDAD, presentando una baja autoestima y alteraciones en la identidad y la imagen corporal, aunque estas pacientes tengan el perfil antes descrito, baja autoestima, al igual que su identidad, se sienten satisfechos consigo mismos, así como la manera en como funcionan, Esto podría estar influenciado por la escala de autocrítica, ya que al no ser muy estrictos consigo mismos, tenderían a no exigirse mucho y a no confrontarse verdaderamente, lo cual podría ser un factor sumamente importante en la resolución o clarificación de su conflicto.

Ante la imposibilidad procreativa y las presiones de tipo social y familiar, coincidiendo con Sarrél (cit en Rodriguez 1992), Daniluk, Morales 1988 y Peralta 1992. Este tipo de pacientes son poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tiendan a ser superficiales, confirmando que la esterilidad afecta negativamente al autoconcepto y las relaciones interpersonales, ya que priva al ser humano de una función socialmente esperada y para la cual se ha preparado a lo largo de toda su vida, así mismo este tipo de hombre es reservado y percibe a la esterilidad como una amenaza hacia su identidad varonil, valores y finalidad de la vida, o como diría Rodriguez Ogaz en 1992 su identidad esta íntimamente relacionada con la virilidad y la procreación, estos elementos son de suma importancia para aumentar o disminuir los sentimientos de valía. Con respecto al aspecto ético, es un área que no contribuye de manera importante a su autoconcepto.

Su nivel de conflicto (neto y total), aunque se encuentran dentro de lo normal, el conflicto total, se encuentra muy próximo a rebasar la norma por un conflicto de asentimiento, es decir una sobreestimación de los atributos positivos.

grupo 3: Hombres Estériles

Este grupo presenta una disminución en la capacidad para la autocrítica, es decir que no son personas estrictas o rígidas consigo mismas, mas bien son personas que se muestran defensivas. Con respecto a la forma en como se describen, se manifiesta una incongruencia entre lo que son y lo que deberían ser, esto corrobora los hallazgos de Platt en 1973 y Rodríguez Ogaz en 1992, quienes en sus estudios sobre el autoconcepto y personalidad, en hombres y mujeres estériles, reportaron discrepancias entre lo que son y lo que deberían ser; es decir entre lo real y lo ideal.

El sustento de su bajo autoconcepto, el cual se ve retroalimentado negativamente por la incongruencia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real, es proporcionada por el área del yo personal, a la cual se percibe con gran valía (es en esta área, donde son depositados los logros personales, laborales, etc., cabe mencionar que esta área y la del comportamiento son las que sustentan al total del autoconcepto), esto confirma los hallazgos de García y Ramos en 1991, donde mencionan que la escolaridad se ve integrada al yo personal.

Esta percepción con respecto al yo personal, se debe posiblemente a una compensación de su yo físico mermado, así como de su identidad impactada **ambos por abajo del punto de corte**. Esto nos muestra que son personas que se perciben como inseguras sobre su valía, se ven así mismos como indeseables e infelices, esto concuerda con los hallazgos de Passy y Rodríguez en 1990, quienes mencionan que es frecuente que en este tipo de pacientes, se manifieste la percepción de que su cuerpo está dañado, además del estigma social, que según Sarrel (cit en Rodríguez 1992); se asocia con vacío, inservible, etc. Así mismo con respecto a la identidad (que en este grupo impactó por abajo del punto de corte $T = 45$).

Confirma los hallazgos de Rosenfeld y Mitchel en 1979, así como en García y Ramos en 1991, quienes observaron, que este tipo de pacientes fundamentaban sus sentimientos de valía, en el significado emocional que se le da a la **PATERNIDAD/ MATERNIDAD**, presentando una baja autoestima y alteraciones en la **identidad** y la imagen corporal. Ante la imposibilidad procreativa y las presiones de tipo social y familiar, coincidiendo con Sarrél (cit en Rodríguez 1992), Daniluk, Morales 1988 y Peralta en 1992, este tipo de pacientes son poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tienden a ser superficiales, confirmando que la esterilidad afecta negativamente al autoconcepto y las relaciones interpersonales, ya que priva al ser humano de una función socialmente esperada y para la cual se ha preparado a lo largo de toda su vida. Así mismo este tipo de hombre es reservado y percibe a la esterilidad como una amenaza hacia su identidad varonil, valores y finalidad de la vida, que como menciona Rodríguez Ogaz en 1992, esta identidad está íntimamente relacionada con la virilidad y la procreación, estos elementos son de suma importancia para aumentar o disminuir los sentimientos de valía del hombre. Con respecto al área ético moral, esta es una área que no contribuye de manera importante en su autoconcepto, pues son normas que postulan que se deben tener hijos. Con respecto al conflicto (neto y total), sobre todo el total aunque se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, sobresale un poco, indicándonos un conflicto de asentimiento, donde son sobre valorados los atributos positivos. Esto podría guardar relación con su baja identidad, su yo físico devaluado y en general su bajo autoconcepto; actuando como mecanismo de compensación. Aunque este tipo de pacientes tienen una baja autoestima, así como su yo físico y social, llevándolos a una baja identidad son personas que se muestran satisfechas consigo mismo y de la manera en como funcionan, esto se podría estar dando como mecanismo de compensación junto con el área de autocrítica para poder seguir funcionando.

De alguna manera esta actitud impide el ver y solucionar la problemática que padecen.

grupo 4: mujeres fértiles ⁴

Este grupo presenta una baja capacidad para la autocrítica, es decir que no son personas muy estrictas o rígidas consigo mismas, mas bien son flexibles y defensivas. Con respecto a la forma en que se describen, se manifiesta una incongruencia entre lo que son y lo que deberían ser. Esto corrobora los hallazgos de platt en 1973 y Rodríguez Ogaz en 1992, quienes en sus estudios sobre el autoconcepto y personalidad en hombres y mujeres estériles reportaron discrepancias entre lo que son y lo que deberían ser, es decir entre lo real y lo ideal. El pobre sustento de su bajo autoconcepto, el cual se ve retroalimentado negativamente por la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal, lo proporciona el área del yo personal, es en esta área donde son depositados los logros personales, laborales, etc. cabe mencionar que esta área y la del comportamiento, son las que sustentan al total del autoconcepto. Esto confirma los hallazgos de García y Ramos en 1991, donde mencionan que la escolaridad se ve integráda al yo personal, esta percepción con respecto al yo personal, se debe posiblemente a una compensación de la percepción de su yo físico al cual se percibe como mermado o inservible, así como de su identidad fuertemente impactada (ambas por abajo del punto de corte), esto nos indica que son personas que se perciben como indeseables, infelices y con poca valía, esto concuerda con los hallazgos de Passy y Rodríguez en 1990, quienes mencionan que es frecuente que en este tipo de pacientes se manifieste la percepción de que su cuerpo esta dañado, además del estigma social, que según Sarrél (cit en Rodríguez 1992), se asocia con vacío inservible, etc. así mismo con respecto a la identidad (que en este grupo

Es importante señalar que los perfiles de los pacientes fértiles tuvieron que interpretarse como estériles, ya que la esterilidad del compañero afectó a su pareja.

impactó por abajo del punto de corte $T= 45$), confirma los hallazgos de Rosenfeld y Mitchel en 1979, así como de García y Ramos en 1991, quienes observaron que este tipo de pacientes fundamentaban sus sentimientos de valía en el significado emocional que se le da a la PATERNIDAD/MATERNIDAD. Presentando una baja autoestima y alteraciones en la identidad y la imagen corporal, con respecto a como afecta la esterilidad a la emocionalidad, este estudio no concuerda con los hallazgos de Platt en 1973, quien en su estudio entre mujeres fértiles y estériles, encontró que las mujeres estériles están mas afectadas emocionalmente, lo cual nos indica que la condición de esterilidad impacta fuertemente el aspecto psicológico de la mujer.

Ante la imposibilidad procreativa y las presiones de tipo social y familiar; coincidiendo con Sarrél (cit en Rodríguez 1992), Daniluk, Morales 1988 y Peralta en 1992, este tipo de pacientes son poco sociables, ya que sienten que no cumplen con las demandas del medio, por lo cual sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tiendan a ser superficiales, confirmando que la esterilidad afecta negativamente al autoconcepto y las relaciones interpersonales, ya que priva al ser humano de una función socialmente esperada y para la cual se han preparado a lo largo de toda su vida "la procreación". Con respecto al área ético moral existe una adecuada relación, con Respecto a su conflicto (neto, total), aunque el neto se encuentra dentro de lo normal el total sobrepasa de los parámetros establecidos para la normalidad, mostrandonos un conflicto de asentimiento, donde se ven sobrevalorados los atributos positivos del sujeto, esto podría guardar relación con su baja identidad, su físico devaluado y en general su bajo autoconcepto, actuando como mecanismo de compensación. Aunque estas pacientes cuentan con el perfil antes mencionado se sienten satisfechos consigo mismos, así como la manera en que funcionan.

EN CUANTO AL AUTOCONCEPTO

En general podemos observar, que el grupo de parejas por factor masculino fué impactado mayormente (inclusive por abajo del punto de corte), en el área de identidad, así como en el yo físico, que en el grupo de parejas por factor femenino, que aunque también se ven afectadas las mismas áreas, no puntúan por abajo del punto de corte. (aunque en el grupo de M.F. su yo personal no está tan elevado). así mismo podemos encontrar, que no satisfacen las demandas del medio (sociedad), y las presiones familiares, así como una inadecuación ante los postulados, valores, etc, establecidos por la religión, o la falta de esta. Cabe mencionar que en la comparación entre los miembros de la pareja estéril, por factor masculino: Aunque ambos miembros se ven impactados fuertemente, si se remite a los puntajes, podemos observar que **EN EL ÁREA DEL YO ETICO MORAL**, se ve mas impactada la mujer fértil, que su compañero, hombre estéril.

En la comparación entre los miembros de la pareja estéril por factor femenino, si nos remitimos a los puntajes, podemos observar que impacta mas en el hombre en las áreas de: identidad y del yo social que en su pareja.

Comparación entre hombres:

En la comparación entre H.F. y H.E. , los hombres estériles se ven mucho mas afectados que los hombres fértiles. (incluso por abajo del punto de corte), aunque en ambos grupos se vieron afectadas las mismas áreas identidad, yo personal, yo etico moral, yo social, en el grupo de los hombres fértiles, ninguno puntuó por abajo de punto de corte. (esto contradice los hallazgos de García y Ramos en 1991, quienes mencionan a cerca del autoconcepto de los hombres estériles, manifestando no encontrarse afectado significativamente en comparación con los hombres fértiles)

Comparación entre mujeres:

En la comparación entre M.E y M. F., las mujeres fértiles se ven mucho mas afectadas que las mujeres estériles (incluso por abajo del punto de corte), aunque en ambos grupos se vieron impactadas las mismas áreas: identidad, yo personal, yo social.

En el grupo de mujeres estériles, ninguna puntuo por abajo del punto de corte. (estos resultados, contradicen los hallazgos de Platt en en 1973, quien en su estudio entre mujeres fértiles y estériles, encontró que las mujeres estériles están mas afectadas emocionalmente)

EN CONCLUSION: EN ESTA MUESTRA LOS MIEMBROS DE LA PAREJA ESTERIL POR FACTOR MASCULINO SE VIERON MUCHO MAS IMPACTADOS EN TODAS LAS COMPARACIONES QUE SE REALIZARON

APRECIACION CLINICA. CON RESPECTO A LA SATISFACCION MARITAL

En este estudio, en la comparación entre hombres y mujeres, miembros de pareja estéril por factor masculino y femenino, se obtuvieron los siguientes resultados:

Comparación intramiembros pareja estéril por factor femenino.
en dos de tres áreas obtuvieron valores mas altos las mujeres (sic y ses) y en uno solo el hombre Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (SEM), esto, contradice los hallazgos de Pick y Andrade en 1988, en donde mencionan que tanto la satisfacción con la interacción marital (SIC), y con aspectos estructurales y de organización del cónyuge (SES), son significativamente mayores en los hombres que en las mujeres, cabe mencionar que es en un solo factor (SES), en que superan, la media muestral propuesta por Pick y Andrade en 1988.

Comparación intramiembros pareja estéril por factor masculino.
En dos de tres áreas obtuvieron valores mas altos los hombres (SEM,SES) y en uno solo la mujer. Estos datos solo corroboran en parte los hallazgos de Pick y Andrade en 1988. Donde mencionan que la satisfacción con los aspectos estructurales y de organización del cónyuge (SES), son mayores en los hombres que en las mujeres. cabe mencionar que es en dos factores (SEM, SES), que superan la media muestral propuesta por Pick y Andrade.

se destaca que en la única área donde coincidieron ambos grupos, fué en el area de satisfacción con los aspectos emocionales del conyuge (SEM), donde independientemente del grupo y solo en esta muestra, resulto ser mayor en hombres que en mujeres, y donde solo por factor masculino superó la media muestral. propuesta por Pick y Andrade en 1988.

NOTA: ESTA INVESTIGACION NO COINCIDE CON LA INTERPRETACION DADA POR EL PSIC, JORGE CARREÑO EN LA EXPOSICION DE ESTA TESIS, NOMBRADA AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION MARITAL EN PAREJAS ESTERILES, EN LA DUODECIMA REUNION ANUAL EL DIA 18 DE MAYO A LAS 10.00 AM, EN EL AUDITORIO "C" TORRE DE INVESTIGACION DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA.

8.-CONCLUSIONES

- Podemos observar que cuando el **hombre** es el causal de la esterilidad, impacta MAYORMENTE tanto a él como a su pareja (inclusive por abajo del punto de corte), en las áreas de IDENTIDAD y del YO FISICO que en el grupo de parejas por factor femenino.
- Podemos observar que Cuando la **mujer** es la causal de la esterilidad, esta impacta tanto a ella como a su pareja en las áreas de IDENTIDAD y del YO FISICO, **pero no se encuentran por abajo del punto de corte**
- no satisfacen las demandas del medio (sociedad) y las presiones de tipo familiar.
- en la comparación entre los miembros de la pareja estéril, cuando el hombre es el causal de la esterilidad; aunque ambos miembros se ven impactados fuertemente, si se remite a los puntajes, podemos observar que es en el área del YO ETICO MORAL donde se ve mas impactada la mujer fértil, que su compañero hombre estéril.

SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNA (HI 5) , QUE SEÑALA :

(Hi 5) Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel del yo ético moral entre los miembros de las parejas estériles cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino

- En la comparación entre los miembros de la pareja estéril, cuando la mujer es la causal de la esterilidad: si nos remitimos a los puntajes, podemos observar; que impacta mas en el hombre en las áreas de: IDENTIDAD y del YO SOCIAL, que en su pareja.

SE ACEPTA LA HIPOTESIS ALTERNA (HI 12), QUE SEÑALA:

(Hi 12) Existen diferencias estadísticamente significativas, en el nivel del yo social entre los miembros de parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

EN LA COMPARACIÓN ENTRE HOMBRES (H.F , H.E.)

- ▶ Los hombres estériles se ven mucho mas afectados, que los hombres fértiles (incluso por abajo del punto de corte) , en las áreas de identidad, yo personal, yo ético moral, yo social.
- ▶ En el grupo de los hombres fértiles, ninguno se encontró por abajo del punto de corte, aunque fué impactado en las mismas áreas que el grupo de hombres estériles.

EN LA COMPARACION ENTRE MUJERES (M.E , M.F)

- ▶ Las mujeres fértiles se ven mucho mas afectadas, que las mujeres estériles (incluso por abajo del punto de corte) en las áreas de: identidad, yo personal, yo social.
- ▶ Las mujeres estériles, se vieron afectadas en las mismas areas, aunque no por abajo del punto de corte.

" EN ESTA MUESTRA LOS MIEMBROS DE LA PAREJA ESTERIL POR FACTOR MASCULINO SE VIERON MUCHO MAS IMPACTADOS EN TODAS LAS COMPARACIONES REALIZADAS".

EN CUANTO A LA SATISFACCION MARITAL.

Se obtuvieron los puntajes por cada uno de los factores, y se compararon con los parámetros establecidos por Andrade, Palos y Pick de Weiss. Tomando en cuenta como variables determinantes, la edad y el número de hijos (sin hijos), ya que en nuestra muestra son parejas que no han podido concebir. Los valores se presentaron de la siguiente manera.

POR PAREJAS:

Parejas estériles por factor femenino:

- ▶ tanto la paciente como su pareja se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos estructurales del conyuge (SES).

Parejas estériles por factor masculino:

- ▶ Tanto la paciente como su pareja se vieron impactados en los dos ultimos factores;

- ▶ Satisfacción con los aspectos emocionales del conyuge (SEM)
- ▶ Satisfacción con aspectos estructurales del conyuge (SES)

COMPARACION ENTRE MUJERES (M.E , M.F)

- ▶ Las mujeres fértiles se mostraron mas insatisfechas, que las mujeres esteriles.
- ▶ Las mujeres fértiles se vieron impactadas en dos áreas:
 - ▶ Satisfacción con aspectos emocionales del conyuge.
 - ▶ Satisfacción con aspectos estructurales del conyuge.
- ▶ La mujer estéril se vio afectada en una sola área.
- ▶ Satisfacción con los aspectos estructurales del conyuge.

COMPARACION ENTRE HOMBRES (H.F , H.E.)

- ▶ Los hombres estériles se mostraron mas insatisfechos, que los hombres fértiles.
- ▶ Los hombres fértiles se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos estructurales del conyuge (SES).
- ▶ Los hombres estériles se vieron impactados en la satisfacción con los aspectos emocionales del conyuge (SEM) y en la satisfacción con aspectos estructurales del conyuge (SES).

POR LO TANTO, CUANDO MENOS EN ESTA MUESTRA SE VE MAYORMENTE AFECTADA LA SATISFACCIÓN MARITAL CUANDO EL HOMBRE ES EL CAUSAL DE LA ESTERILIDAD.

▶ SE ACEPTAN LAS HIPOTESIS NULAS (3 Y 4) QUE SEÑALAN:

(NO 3) No existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor masculino.

(NO 4) No existen diferencias estadísticamente significativas, en la satisfacción marital, entre los miembros de las parejas estériles, cuando la causa de la esterilidad es por factor femenino.

► Si bien es cierto que no existen diferencias en el impacto de este padecimiento entre los miembros de la pareja estéril, por los factores antes mencionados, es importante señalar que si existen diferencias por factor, es decir que cuando la esterilidad es de origen masculino impacta a la pareja de manera mas profunda que cuando es de origen femenino.

► La esterilidad es enfrentada con frustración e impotencia debido a que no se cumplen con las expectativas socio culturales, individuales y de pareja.

► La esterilidad produce cambios en la estructura de la pareja afectando su emocionalidad.

► La identidad se encuentra mermada debido a que tiene una estrecha relación con la virilidad y la maternidad, esta solo es comprobada mediante la procreación. La identidad tiene que ver con los sentimientos de valía y estimación que la sociedad ha transmitido, y con los aspectos narcisistas del sujeto.

► Los sentimientos de valía son fundamentados en la MATERNIDAD/PATERNIDAD (que no es alcanzada), por lo cual el autoconcepto es bajo.

► El autoconcepto se retroalimenta negativamente, ya que no existe una concordancia entre el sí mismo real y el sí mismo ideal.

► La esterilidad impacta la vida de la pareja, el concepto que tienen de sí mismos, así como la satisfacción marital.

► de una esterilidad orgánica se convierte en una esterilidad de vida ya que invade todas las áreas de la vida de la pareja.

► La edad es una variable importante en este padecimiento, ya que se pudo observar que en sujetos > = de 35 años afecta positivamente, en las áreas de yo personal, es decir que ellos se perciben así mismos con mas valía a nivel personal, tal vez esto este matizado por el desarrollo de actividades y el logro de metas lo que esté sustentando su autoconcepto (Ej. logros profesionales, laborales, personales, etc.), así mismo su percepción de valía como miembro inserto en una familia y su relación con ella, se ve afectada positivamente, al igual que las relaciones con los demás (socialización) es mejor, la convivencia con otras personas y su

interacción con el medio que les rodea es mas adecuada.
Existe mayor autosatisfacción en cuanto a sus actividades y a como las desarrolla (funcionamiento), provocando una sensación de bienestar consigo mismo que se refleja en la propia identidad elevando el nivel de autoestima.

► LA INCAPACIDAD REPRODUCTIVA IMPACTA DE ACUERDO AL GENERO AL QUE PERTENECE Y LA RESPUESTA ANTE ESTE PADECIMIENTO DEPENDERA DE LOS ROLES INTERIORIZADOS POR CADA UNO DE ESTOS Y DE LAS EXPECTATIVAS, TANTO INDIVIDUALES COMO PSICOSOCIALES.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones para el desarrollo de esta investigación en primer lugar se debe mencionar que la captura de la muestra es sumamente difícil, ya que no existe un acuerdo como tal de que el aspecto psicológico también es parte de su padecimiento, y parte de su solución. Por otro lado, la participación del cónyuge que no es diagnosticado con el padecimiento (esterilidad), se siente ajeno a los procedimientos y me refiero en específico al varón, quien se muestra como un sujeto muy resistente tanto para la participación a nivel médico como emocional, ya que este no está preparado ni social ni culturalmente para aceptar este tipo de padecimientos donde impacta fuertemente su masculinidad, ni a visitar a un psicólogo, por los prejuicios que se tienen de este y por que implicaría el reconocimiento de que algo pudiera estar mal, y que él sea el causante, por lo cual es harto importante, que este padecimiento que afecta la vida de pareja, se asuma de esa forma, ya que esto ayudará al éxito en los tratamientos.

Por otro lado, es importante señalar que aunque las parejas estériles por factor masculino llevaban una esterilidad considerada de larga evolución (6 años), el conocimiento de que los varones eran los causantes tenía poco tiempo, por lo cual sería importante conocer si después de saberse estériles, y cursando una esterilidad de larga evolución, presentarán los mismos perfiles.

Es importante señalar que los resultados de esta investigación solo competen a la población del INPer., por lo cual dada la importancia de esta, y siendo una aproximación al impacto de la esterilidad en las parejas por factor masculino y por factor femenino, es esencial realizar este mismo estudio con una población mayor, para así poder conocer como impacta este padecimiento en nuestro país, y poder extrapolar las sugerencias de la presente a nivel nacional.

SUGERENCIAS

si bien es cierto que al comenzar esta investigación, tanto el tamaño de la muestra nos parecía más que adecuado, en éste momento nos parece insuficiente y aunque la investigación nos llevó casi dos años, consideramos importante ampliar la muestra y correr un análisis que nos de a conocer la interacción entre las parejas, es decir; que pasa cuando una persona fértil tiene una pareja estéril, (esto pudiera realizarse posteriormente en un artículo procedente de esta investigación). Así mismo los conocimientos que aporta esta investigación, nos permite:

- entender de una manera más integral las repercusiones emocionales en las áreas de autoconcepto y satisfacción marital, en las parejas estériles por factor masculino y femenino.

-desarrollar e integrar programas dirigidos a las parejas, señalando la participación de varón, para que poco a poco, tanto social como culturalmente este se logre su participación en los procedimientos tanto fisiológicos como emocionales.

-Dado el porcentaje de participación del factor masculino y el impacto emocional, que en este tiene, se favorecería ampliamente el manejo de los aspectos emocionales en un grupo terapéutico, por lo cual el desarrollo de programas dirigidos a parejas estériles u hombres estériles sería de gran importancia tanto para el departamento de Psicología como para los médicos y profesionales afines que puedan apoyar u orientar a las parejas.

9.-REFERENCIAS

1.-Andrade Palos, Pick de Weiss, Diaz Loving (1988) Indicadores de la satisfacción marital. U.N.A.M. La Psicología social en México, Vol. 2

2.- Andrade Palos, Diaz Loving, Pick de Weiss (1988) Interacción Marital y celos en hombres y mujeres a través del ciclo vital. U.N.A.M. La Psicología social en México, Vol. 2

3.- Botella Llusca, J. (1971) Esterilidad e Infertilidad Humanas. Madrid. Editorial Científico médica.

4.- Berg, - Barbara-J.; Wilsón, John-F; Weingartner, Paul-J. The Role of Gender And Sex-Role Identificación. U Rochester medical CTR, Dept Of Obstetrics And Gynecology, NY, JN; Social-Science-And-Medicine; 1991, Vol 33 (9) 1071-1080.

5.- Bernt, Helga; Bernt, - Wolf-D; Tacke, Susanne. Sterility: A problem to be Tackled and managed by Women? Coping Behavior And couple Structure of Sterile couples of varios Diagnostics Groups. Universita, Ts Fraven KlinK Rostock, Forschung Sateilung fue Reproducktionsmedizn, Germany, JN, Psichoterapie-Psychosomatik, Medizinische-Psychologie; 1992 Jul, Vol 42 (7) 236-241, Germany.

6.- Burns, Linda H. An Exploratori Study Of Perceptions of parenting After Infertility. U. de Minesota, Mineapolis, Us. JN; Family-Systems-Medicine; 1990 SUM Vol 8(2) 177-189.

7.- Cruz, T (1992): Estudio comparativo del autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes. UNAM tesis de licenciatura, Facultad de psicología. p.(64,83,84,85)

8.- Daniluk J. (1988) Infertility: Intrapersonal and Interpersonal impact. Fertility and Esterelity, Vol. 49:6, pp 982- 989

- 9.- Díaz Franco E. Cuahutemoc (1992): Inseminación asistida: Aspectos emocionales y su manejo en grupo. UNAM tesis de postgrado, especialidad en psicoterapia de grupo, Facultad de Psicología
- 10.- Díaz Lovíng. (1990) Configuración de los factores que integran la relación de Pareja, U.N.A.M. La Psicología social en México, Vol 3
- 11.- Duarte, L y cols. (1990) Psicoterapia de grupo: una alternativa para el manejo integral de la paciente estéril. Ginecología y Obstetricia de México, Vol.58 pp.197-201
- 12.- Erik H. Erikson (1968) Identidad, Juventud y crisis. México Ed. Paidós.
- 13.- Fitts, W. H. (1965) Tennessee Self Concept Scale. Nashville counselor recording and test manual. Western Psychological services.
- 14.- García S, Ramos S. (1991) El autoconcepto de la pareja esteril. UNAM tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. p 67.
- 15.- Geitzman Estein Esther (1985) Roles sexuales y su efecto en la satisfacción marital. UNAM tesis de licenciatura, Fac. de Psicología.
- 16.- Guitrón C. A. , Muñoz P. M. , Matar G.A.P. , Gonzales A. F. (1992) . Estudio epidemiológico de 500 parejas esteriles. hospital de ginecología y obstetricia, "Dr. Ignacio Morones Prieto." IMSS Monterrey n.l. Suplemento revista de ginecología y obstetricia de México 27 sep.- 2 oct. 1992.
- 17.- Jean, G, Lamaire (1986) La Pareja Humana México F.C.E.

- 18.- La Rosa. J (1986) Escalas y locus de control y autoconcepto, construcción y validación. UNAM tesis de doctorado en Psicología social. p 227.
- 19.-Lopez Carmona R. (1995) Rasgos de personalidad de mujeres embarazadas y estériles. Universidad del Valle de México, tesis de Licenciatura.
- 20.- Mählstedt P. (1985) The Psychological component of Infertility. vol 43:3 pp335.
- 21.- Morales C. F (1995) Estudio Psicológico de Pacientes Sometidas a Inseminación Asistida Médicamente. U.N.A.M. Tesis de doctorado.
- 22.- Morales C, F. (1992) Repercusiones emocionales en la reproducción. En temas selectos de la reproducción humana. p 759
- 23.- Morales C, F. (1988) La pareja estéril: aspectos emocionales. En, La Psicología en el Ambito Perinatal p. 88.
- 24.- Palacios Vasquez Ma. (1991) Satisfacción marital y estatus laboral, en dos grupos de mujeres; amas de casa y empleadas de la ciudad de México. Universidad del valle de México. tesis de licenciatura.
- 25.-Passy P. y Rodríguez S. (1990) La influencia de la maternidad en el autoconcepto de la mujer.UDLA tesis de licenciatura. p 122
- 26.- Peralta Hernandez M. (1992) Estudio Comparativo del Impacto Emocional en Hombres y Mujeres Estériles. UNAM tesis de licenciatura, Fac. de Psicología.
- 27.- Pick Susan y Andrade Patricia (1988) Desarrollo y validación de la escala de satisfacción marital. (*)

28.- Flatt, J. et al (1973) Infertile couples: personality traits and self ideal concept discrepancies. Fertility and Sterility, Vol.24, pp 972-976

29.- Rivera Aragón, Díaz Loving. (1990) Celos y Autoconcepto. U.N.A.M. La Psicología Social en México, Vol. 3

30.- Rivera Aragón, Díaz Loving, Flores Galaz (1988) La Distancia Entre El Querer. (ideal) Y el Tener. (real) Como predictor de la Satisfacción con la relación de pareja. U.N.A.M. La Psicología Social en México, Vol. 2

31.- Rivera Aragón, Díaz Loving, Flores Galaz (1988) La percepción de las características de la pareja y su relación con la satisfacción en la relación y la reacción ante la interacción misma U.N.A.M. La Psicología Social en México, Vol. 2

32.- Rodríguez Ogáz Sabrina (1992) Autoconcepto y Características de personalidad. Estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y fértiles. Universidad de las Américas, tesis de licenciatura

33.- Tozzini R. (1988) Esterilidad e infertilidad humana ed. Médica panamericana, Buenos aires PP.631 de licenciatura

34.- Videla M. (1984) Esterilidad de la pareja ed. Trieb. p (33,35)

35.- Zárate y Moscona. (1985) Perfil Psicológico de la pareja estéril y recomendaciones para su manejo. Ginecología de México. vol 53 no. 336 p. 101- 105 (enero- junio).

ANEXO**CLASIFICACION****OCUPACION:****HOMBRES**

- 1) Profesionista
- 2) Tecnico
- 3) comerciante
- 4) Empleado
- 5) Obrero calificado
- 6) Obrero no calificado
- 7) Subempleado
- 8) Otro

MUJERES

- 1) Trabaja
- 2) Estudia y trabaja
- 3) Ama de casa
- 4) Estudia
- 5) Profesionista

EDO.CIVIL

- 1) mat civil y rel.
- 2) Union libre.
- 3) Divorciada

CLASIFICACION

abc 1 baja
 def 2 media
 ghij 3 alta

GRUPOS**Factor Femenino**

- 1 mujer estéril
- 2 hombre

SEXO: 1 HOMBRE, 2 MUJER

Dx. HOMBRES

- 1) Azoospermia
- 2) Oligoastenospermia
- 3) Oligoastenospermia con teratospermia
- 4) Necropermia
- 5) Astenozoospermia
- 6) Oligoastenospermia con necropermia
- 7) Hipospermia
- 8) Polizoospermia

Dx. MUJERES

- 1 Adherencias
- 2 primaria sin informacion
- 3 Impermeabilidad t.
- 4 Primaria sin causa aparente
- 5 Carencia Trompa
- 6 Primaria Endometriosis
- 7 Hiperplasia suprarrenal
- 8 Primaria Obs. Tubarica
- 9 Obstrucción cuello M.
- 10 Primaria endocrino ovárico
- 11 Primaria cervico espermatico
- 12 Primaria trompa con oclusión istamica Perit.
- 13 Síndrome de Kallaman
- 14 Primaria tubo peritoneal
- 15 Miomatosis U.

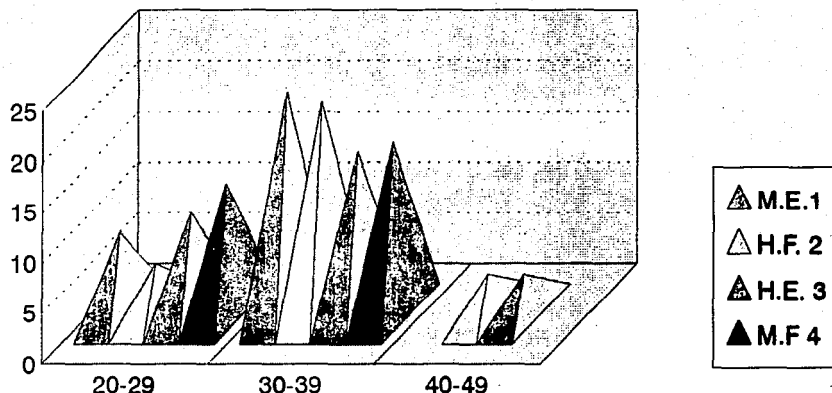
Factor masculino

- 3 hombre estéril
- 4 mujer

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

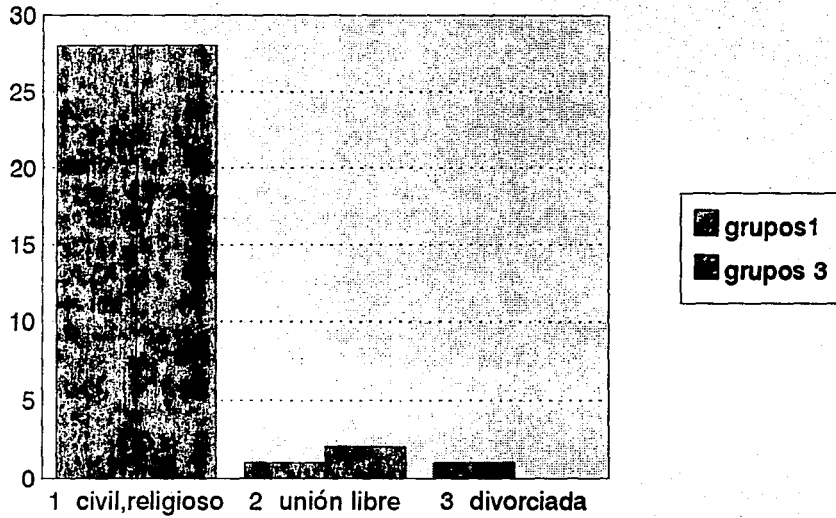
AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES EDAD



M.E.1	8	22	
H.F.2	5	21	4
H.E.3	10	16	4
M.F.4	13	17	

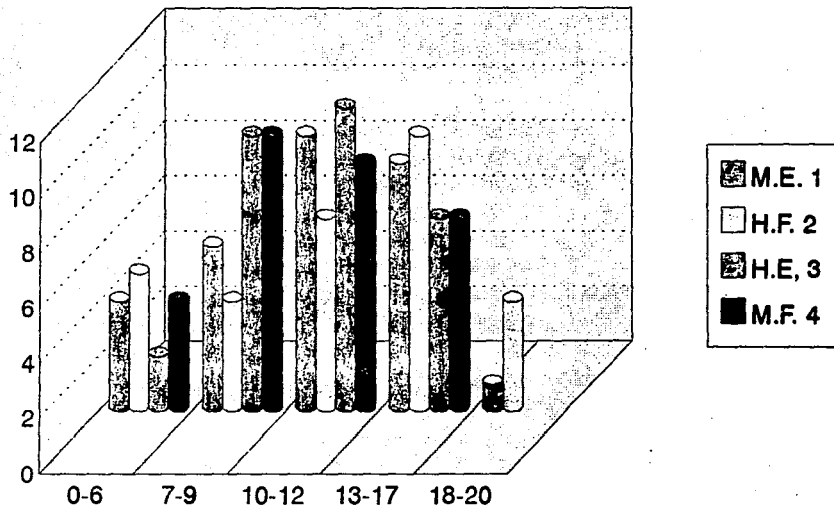
edociv

tabla3



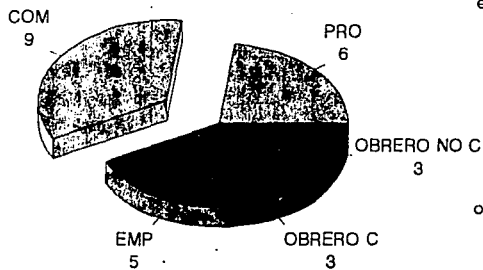
AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES

GRADO DE ESCOLARIDAD

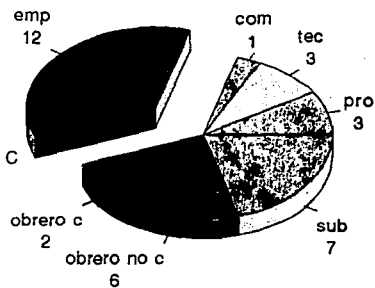


Prim. Sec. Prep. Lic. Post.

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES OCUPACION

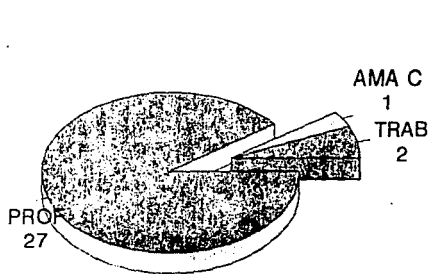


H.F.

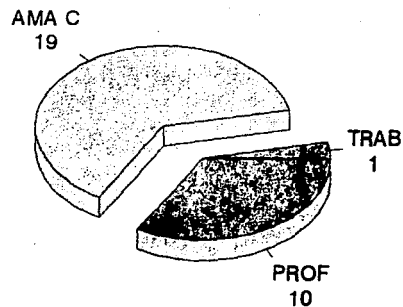


H.E.

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES OCUPACION

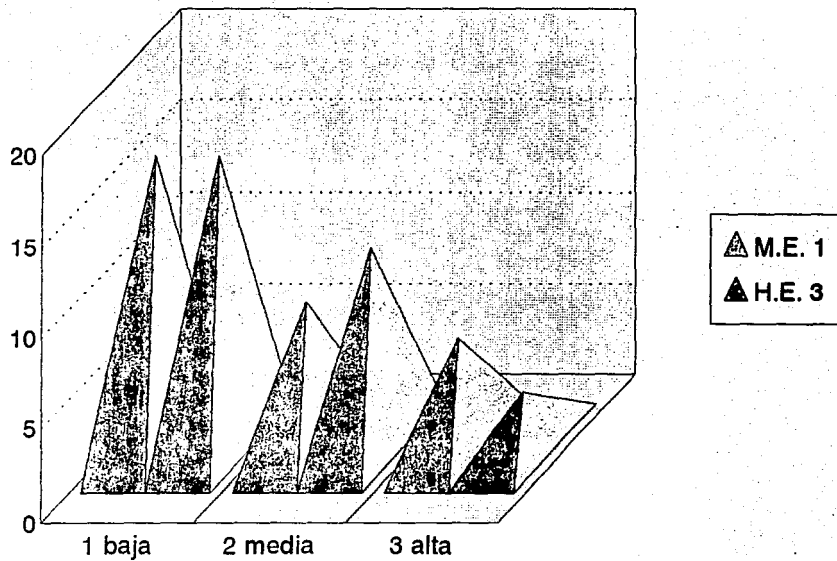


M.F.

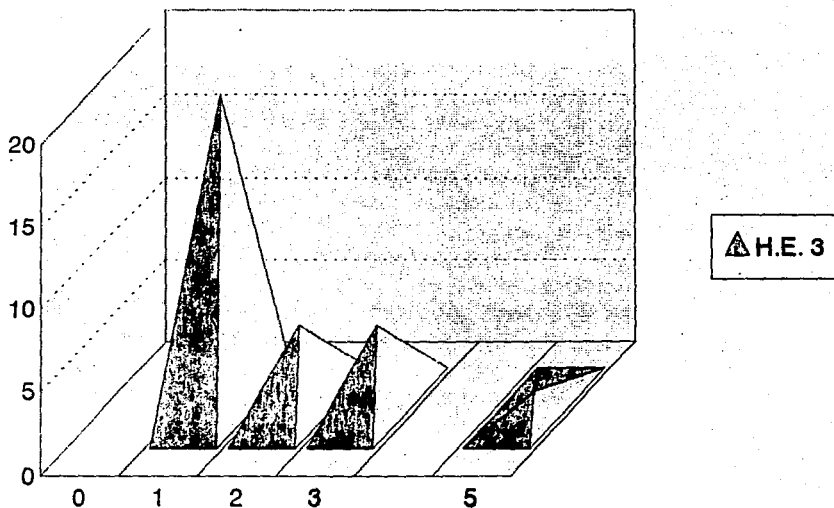


M.E.

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES CLASIFICACION INPer

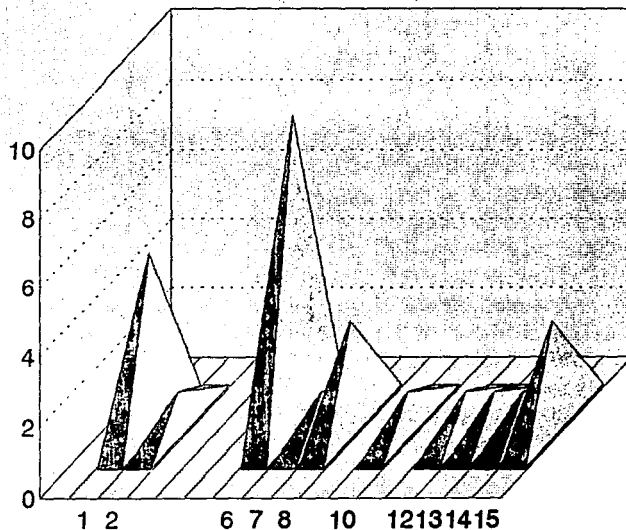


AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES DIAGNOSTICO MASCULINO



1= Azoos. 2= Olig. 3= Oli. y tera. 5= Asteno.

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES DIAGNOSTICO FEMENINO

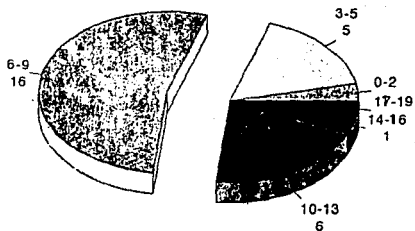


M.E. 1

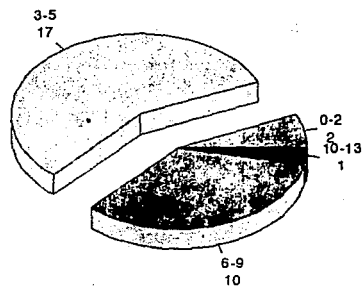
1=adh, 2=s/i, 6= endometriosis, 7=hip, 8=O.T, 10=F.En.Ov, 12=O.Ist, 13=S.K. 14=T.Per, 15=M.U

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES

TIEMPO DE ESTERILIDAD



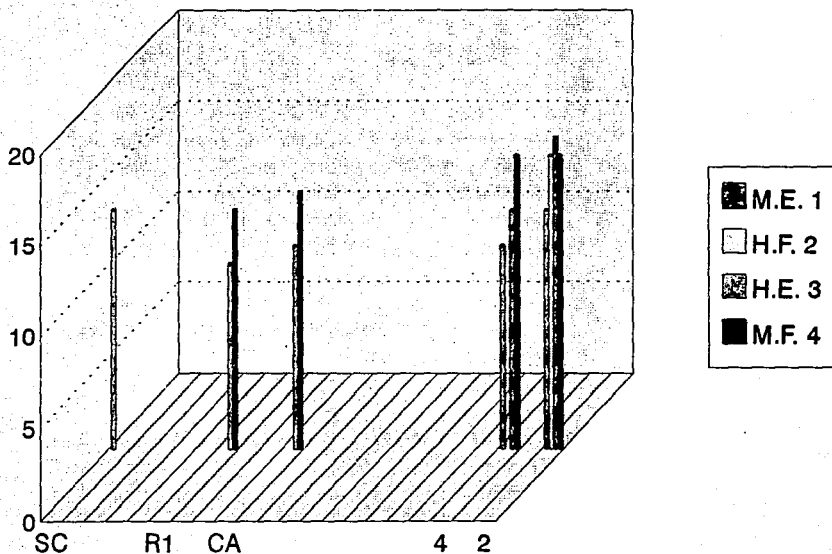
M.E.



H.E.

AUTOCONCEPTO Y SATISFACCION M. EN PAREJAS ESTERILES

por abajo de t=45

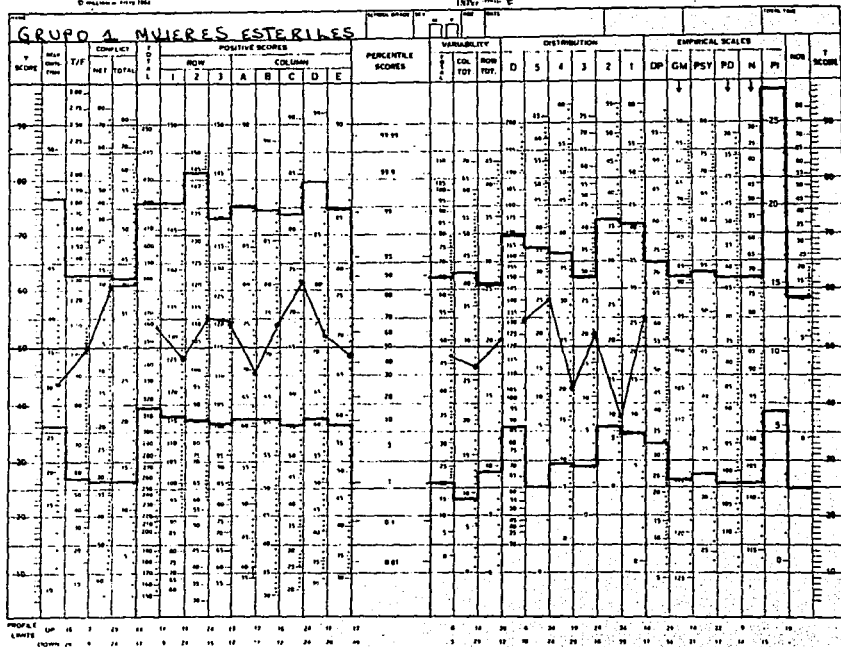


Tennessee Self Concept Scale

PROFILE SHEET



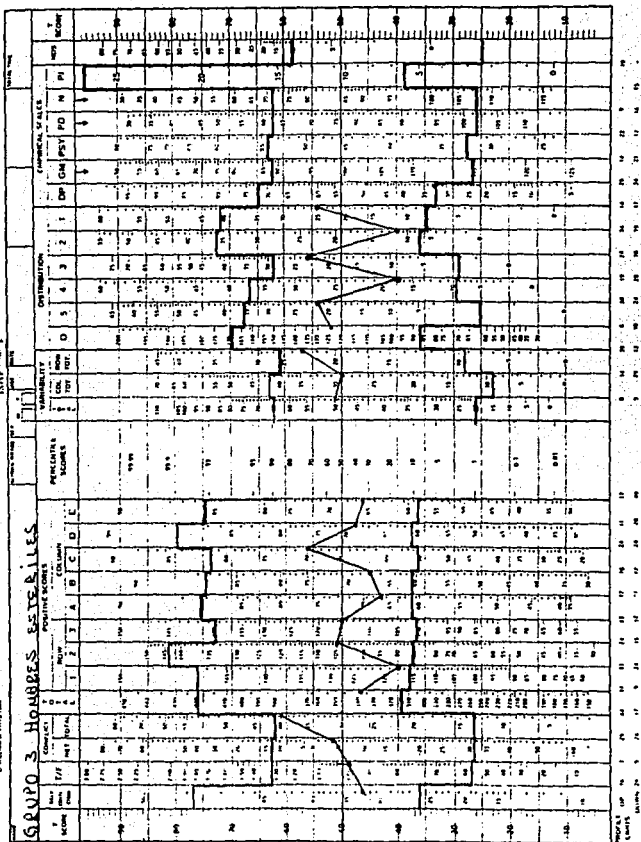
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



Tennessee Self Concept Scale
© Reprints, 1961, 1964

PROFILE SHEET

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



Subdirección General de Investigación
División de Investigación Clínica
Departamento de Psicología

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera le gusta o no lo que está pasando.

A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste cada una de las preguntas en base a la siguiente lista de opciones:

Me gustaría muy diferente (3)
Me gustaría algo diferente (2)
Me gusta como está pasando (1)

1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	1	2	3
2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito	1	2	3
3. El grado el cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4. La frecuencia con que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5. La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia	1	2	3
6. La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
7. La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas	1	2	3
8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales	1	2	3
9. El tiempo que dedica a mi	1	2	3
10. El interés que mi cónyuge pone en lo que hago	1	2	3
11. La forma como se comporta cuando está triste	1	2	3
12. La forma como se comporta cuando está enojado	1	2	3
13. La forma en que se comporta cuando está preocupado	1	2	3
14. La forma cuando se comporta cuando está de mal humor	1	2	3
15. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales	1	2	3
16. El tiempo que dedica a sí mismo	1	2	3
17. La forma como se organiza mi cónyuge	1	2	3
18. Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge	1	2	3
19. La forma como pasa su tiempo libre	1	2	3
20. La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
21. El cuidado que mi cónyuge le tiene a su salud	1	2	3
22. El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
23. La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas	1	2	3
24. Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa	1	2	3



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE

ANSWER SHEET

ITEM NO.	PAGES 1 AND 2	ITEM NO.	PAGES 3 AND 4	ITEM NO.	PAGES 1 AND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100