

878525

# UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

---

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



## MANIFESTACIONES DEPRESIVAS EN UN GRUPO DE MUJERES CON ESTERILIDAD DE POR LO MENOS TRES AÑOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ADRIANA EUGENIA CISNEROS MONTAÑO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. HILDA FERNANDEZ ALVAREZ

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

**Gracias por la vida  
como te llames Señor  
que de cualquier forma  
eres el mismo**

**A Jorge: Por el significado que da  
a mi vida  
por su estímulo ante mi  
propia realización**

**A Diego: Por la experiencia de amor  
que vivimos día a día  
como mamá e hijo.**

**A mi Madre: Por su incondicional apoyo y amor**

**A mi Padre: Por su ejemplo de superación**

**A mis Hermanos: Ivan Carlos  
José Igor  
Sergio Alfredo**

# INDICE

## RESUMEN INTRODUCCION

	Pag.
<b>CAPITULO I MARCO TEORICO</b>	
<b>1.1 DEPRESION</b>	
1.1.1 Historia de la Depresión	1
1.1.2 Teorías de la Depresión	21
Psicoanálisis y Escuelas Afines	22
Existencialismo	32
Cognitivismo	33
Interpersonal y Cultural	35
1.1.3 Depresión en la Mujer	38
<b>1.2 ESTERILIDAD</b>	
1.2.1 Esterilidad y Método G.I.F.T.	48
1.2.2 La mujer y sus Antecedentes en la Procreación	55
Planteo Antropológico	55
Planteo Psicoanalítico	58
Planteo Histórico	62
1.2.3 Trastornos de la Fecundación	66
Aborto con Componente Psicógeno	67
Pseudociesis	68
Compulsión a la Concepción	69
Esterilidad	70

	Pag.
<b>CAPITULO II METODOLOGIA</b>	
2.1 Planteamiento del Problema	89
2.2 Objetivos	90
2.3 Definición de Variables	90
2.4 Hipótesis de Trabajo	91
2.5 Tipo de Estudio	92
2.6 Población	93
2.7 Escenario	95
2.8 Instrumentos	96
2.9 Procedimiento	98
2.10 Tratamiento Estadístico	99
<b>CAPITULO III RESULTADOS</b>	
3.1 Presentación de Resultados	100
3.2 Análisis de Resultados	115
3.3 Discusión	119
3.4 Conclusiones	127
<b>ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b>	129
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	132
<b>ANEXOS</b>	142

## **RESUMEN**

El presente estudio es producto de una investigación con pacientes que ingresaron a un programa de fertilización asistida, GIFT, en el Instituto Nacional de Perinatología.

Como es reconocido, existen modificaciones en el estado emocional de pacientes que presentan esterilidad, como son, depresión, angustia, y alteraciones en el rol social.

Son pocas las investigaciones sobre el tema en las que se han utilizado test psicométricos para detectar las alteraciones de personalidad en la mujer estéril, sin embargo, son varios los autores que reconocen estas alteraciones clínicamente.

El presente trabajo se llevó a cabo con treinta mujeres con por lo menos tres años de esterilidad y de 27 a 36 años de edad.

Los instrumentos que se les suministraron son la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (E.A.M.D.) y el Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I. ), haciendo énfasis interpretativo en las escalas 2 (D), 5 (M.F.) y 7 (P.T).

Se llegó a la conclusión de que la mujer con por lo menos tres años de esterilidad presenta depresión como característica principal del perfil, así como, tendencia hacia el aislamiento y la fantasía sin que estos se muestren como patológicos.



**Bajo las condiciones y características de este estudio se correlacionó que la depresión se acentúa entre más años de esterilidad.**

## **INTRODUCCION**

La historia de la esterilidad no es reciente, ya que en cada época se han reconocido personajes que presentaban este problema.

El pueblo siempre ha visto en la esterilidad un castigo de Dios, castigo que podía ser anulado con votos y peregrinaciones, es decir, lo ha tratado como un problema de conciencia.

Lo que es un hecho, es que desde siempre la mujer ha presentado diversas alteraciones de personalidad, entre éstas depresión, ya sea como causa o efecto de la esterilidad.

A través de estudios e investigaciones de autores como el Dr. Anselmino (1947), T. Benedek (1953) y M. Langer (1972), entre otros, consideran que las causas emocionales en pacientes con esterilidad se relacionan con estados conflictivos ambivalentes ante la maternidad y el deseo de tener un hijo que, por una causa u otra, no se sienten con derecho a tener.

Es decir, que ante la posibilidad y deseo consciente de tener un hijo, presentan inconscientemente, conflictos que generan ansiedad y angustia provocando en algunos casos perturbaciones físicas como la esterilidad.

En cuanto a investigaciones con respecto a los rasgos de personalidad de mujeres con esterilidad, autores como el Dr. Carcamo (1948), Moghissi y Wallach (1983) y Daniluk (1988), reconocen características de estrés, desesperación y depresión significativas en mujeres con estos problemas y que

estos son componentes que alteran, por las causas que sean, la posibilidad de maternaje.

Entre las causas de conflictos internos, D. Pines (1990), H. Deutch (1971), y el Dr. Carcamo (1961), plantean que la mujer con esterilidad presenta conflictos inconscientes como rechazo a la feminidad e introyección negativa de la imagen materna, en etapas preedípicas en las que la madre juega un papel muy importante.

En los casos que presentan estos autores, reconocen características de depresión, ansiedad y angustia como manifestaciones de sus pacientes.

Como lo menciona la Dra. Pines " El dolor es devastador para la mujer al saberse estéril".

P. Mahsted (1985), a través de sus investigaciones con pacientes con esterilidad, nos comenta que la respuesta psicológica más común es la depresión, como resultado de un prolongado e incontrolable estrés al saberse las mujeres con problemas de esterilidad.

De todos estos conceptos vemos que la depresión es un factor común en los casos de esterilidad, sin embargo, surge la pregunta de qué manifestaciones depresivas se presentan, si éstas son realmente significativas y/o existen otras alteraciones en la personalidad de estas mujeres.

Es decir, cómo se manifiestan los rasgos depresivos, si están realmente acentuados, disminuidos o existen otro tipo de conflictos en mujeres con problemas de esterilidad.

Durante los últimos quince años se ha incrementado el interés y la preocupación por el creciente aumento de parejas con problemas de esterilidad. Actualmente se reconoce que aproximadamente el 10% de las parejas presentan problemas de este tipo en un 70 a 90% de los casos se observan alteraciones orgánicas, el 10% restante considerados como normales, es decir, que no presentan ninguna anomalía física, persisten en la imposibilidad de concebir. (Dra. Esther Moscada 1987).

Uno de los progresos en problemas de esterilidad, es el procedimiento terapéutico que su autor, el Dr. Ricardo Asch, la designó con el nombre de G.I.F.T., y como sus siglas lo indican, describe la transferencia de ambos gametos, oocito y espermatozoide a la trompa de falopio, favoreciendo el ambiente biológico en su hábitat natural, el cual requiere para que ocurra la concepción "in vivo" y posteriormente su desarrollo embriológico temprano y migración a la cavidad uterina.

Desde 1977 el Dr. Asch y colaboradores investigan el transporte de gametos en monos rhesus, posteriormente por el surgimiento de medios de cultivo que favorecían la manipulación de los gametos, hicieron posible los primeros embarazos en los monos y en 1984 en humanos. (Asch Lancet 1984).

Como requisito para efectuar este procedimiento, se requiere tener cuando menos una trompa de falopio permeable, tres ciclos de inseminaciones intrauterinas de espermatozoides e hiperestimulación ovárica controlada, antes de ingresar al programa G.I.F.T.

Por lo anterior expuesto, justifica el interés por conocer el índice de depresión que manifiesta la mujer con esterilidad en condiciones de tratamiento médico G.I.F.T.

Los resultados de esta investigación nos dan la posibilidad de conocer y orientarnos en cuanto a la adaptación psicológica de la mujer con esterilidad.

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología. (I.M.Per.) Para este fin se analizaron los puntajes obtenidos de 30 mujeres con esterilidad, en la escala de Depresión de Zung y el Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I., aplicados en una ocasión bajo tratamiento médico G.I.F.T.

El objetivo de este trabajo es establecer la relación existente entre el aspecto emocional depresión y mujeres estériles, pretendiendo contribuir al esclarecimiento de como se manifiesta ésta.

Como complemento a este estudio, se analizaron también la escala 5 (M.F.) y 7 (P.T.), del Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I.; actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales y la angustia con que las enfrentan respectivamente, ya que son rasgos considerados por los autores anteriormente expuestos y enriquecen el presente estudio.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

## **1.1 DEPRESION**

### **1.1.1 Historia de la Depresión**

La historia de la depresión es la historia de la melancolía. Las primeras referencias doctrinales y clínicas acerca de la melancolía se encuentran en los escritos de Hipócrates (siglos V y IV antes de Cristo), que constituye el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental.

Una extensa historia de la depresión nos la cita José Luis Ayuso y Jerónimo Sáiz (7), la cual se expondrá en seguida a grandes rasgos, además de las principales clasificaciones.

Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos o psicológicos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra.

En los primeros siglos de nuestra era, Soranos de Ephesus, describe el cuadro clínico, señalando como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad.

Durante la edad media, se sostenía por los filósofos de la época, que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, destacando entre ellos Tomas de Aquino.

Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Roberto Burton publicó su famoso tratado de Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

Para los autores de la Ilustración, la definición que prevalece es fundamentalmente intelectual: "La melancolía es la dominación excesiva que ejerce sobre la mente una idea exclusiva ". Pinel (1745-1826), en su tratado médico filosófico sobre la alineación mental, afirma que la melancolía consiste en: "un juicio falso que el enfermo se forma del estado de su cuerpo que él cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal". De esta forma Pinel (7), explica que la esencia de la enfermedad es la idea exclusiva y el juicio falsa y que éstos no son síntomas secundarios.

En 1896, Kraepelin, citado por S. Arieti y J. Bemporad (2), estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresivo y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas de este siglo.

En consecuencia el deprimido era clasificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.



### **Clasificaciones Dualistas**

#### **Depresión Endógena - Reactiva**

Esta división está basada en presupuestos, etiopatogénicos, es decir, que manejan la hipótesis de que las características etiológicas y sintomáticas están íntimamente relacionadas. Otra formulación dualista distingue entre depresión psicótica y depresión neurótica, distinción común entre la literatura psiquiátrica norteamericana. Aquí el sentido psicótico no es utilizado en sentido rígido (interrupción del contacto con la realidad, presencia de síntomas delirantes y alucinatorios), con el empleo del término psicótico se tiende a destacar simplemente la intensidad de la sintomatología depresiva.

En el planteamiento de esta clasificación está también implícita la suposición de que lo psicótico está determinado básicamente por causas biológicas, mientras que lo neurótico surge de la dinámica personal y de los acontecimientos vitales.

En la práctica esta distinción es habitualmente intercambiable con la dicotomía endógena - reactiva o endógena - neurótica.

Otros pares terminológicos propuestos en las clasificaciones dualistas de las depresiones son: autónomo - reactivo, fisiológico - psicológico y vital - personal.

Como ejemplo de la ambigüedad semántica y de la imprecisión diagnóstica que implica el empleo de estos términos que pretenden enmarcar distintos grupos depresivos, Klerman et al. (1979) (7), trataron de determinar de una muestra de 90 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de depresión neurótica, el porcentaje de casos que reunieran el mayor número posible de los diferentes

criterios que esta etiqueta encierra en la práctica clínica. Los autores utilizaron los siguientes criterios:

- 1.-Ausencia de síntomas psicóticos
- 2.-Escasa incapacidad social
- 3.-Ausencia de síntomas endógenos (insomnio tardío, inhibición, culpabilidad y pérdida de peso)
- 4.-Presencia de factores psicosociales precipitantes
- 5.-Personalidad previa patológica
- 6.-Resultados de conflictos inconscientes

Los investigadores sólo pudieron encontrar 16 pacientes de la muestra que llegaron a reunir cuatro criterios de los seis propuestos, sugiriendo la existencia en la práctica clínica de múltiples criterios alternativos bajo el mismo término diagnóstico.

Son muchas las clasificaciones dualistas y sintomatológicas que caracteriza a cada una de ellas. Estudios e investigaciones (Rosenthal, 1967; Kendell , 1968; Kendell y Gourlay, 1970; Paykel et al ., 1971 Kendell y Post, 1973) (7), han fracasado en la búsqueda de perfiles clínicos claramente definidos entre las depresiones neuróticas y las endógenas a pesar de emplear técnicas estadísticas similares a las utilizadas en otros estudios.

Tampoco el análisis de factores precipitantes de carácter psicosocial en los dos grupos (endógeno y neurótico), ha permitido diferenciar características significativas. (Leff et al., 1970; Thomson y Hendrie, 1972; Paykel, 1974,

Brown y Harris, 1978; Brown et al., 1979) (34), por lo que también se han esgrimido los criterios terapéuticos como diagnóstico diferencial.

La pretendida separación fisiogénica y psicogénica no puede mantenerse en la práctica porque los factores endotímicos y vivenciales se entremezclan en todos los casos. "No existe trastorno puramente endógeno en cuya manifestación no haya contribuido el ambiente" ( Angst, 1974.) (69)

### **Primaria-Secundaria y Unipolar - Bipolar**

Tras la crítica de la separación endógena-reactiva de los trastornos afectivos, han surgido dos nuevos sistemas nosográficos: la división primaria-secundaria propuesta por Robins et al., (1972 (69), y la dicotomía unipolar-bipolar originaria de Leonhard (1957 ) y desarrollada posteriormente por Perris (1966) en Suecia y por Angst (1966) en suiza. (69)

Robins et al., (1972) (7), de la Universidad de Washington de Saint Louis (U.S.A.), han propuesto la separación de trastornos afectivos primarios y secundarios, basándose en un doble criterio: cronología y presencia o ausencia de enfermedades asociadas. En esta clasificación se considera como trastorno afectivo primario el que se presenta en un sujeto sin antecedentes psiquiátricos, salvo episodios previos de depresión o manía, y en ausencia de afección somática precediendo o evolucionando paralelamente al síndrome afectivo.

Todo síndrome afectivo que no responda a estas condiciones es denominado secundario. Dentro de las depresiones secundarias se distinguen dos grupos:

1.-Síndromes depresivos precedidos por otro trastorno psiquiátrico con independencia de que se encuentre presente o ausente durante la eclosión del cuadro depresivo. (esquizofrenia, neurosis de ansiedad, neurosis fóbica, neurosis obsesiva, histeria, alcoholismo, drogodependencia, personalidad antisocial, homosexualidad, deficiencia intelectual y síndrome psicoorgánico).

2.-Síndromes depresivos precedidos por enfermedades psicosomáticas amenazantes para la vida o de carácter incapacitantes.

Resulta evidente la ventaja real que ofrece esta distinción primaria-secundaria, para delimitar grupos más homogéneos de pacientes en la investigación. Sin embargo, el diagnóstico se establece con independencia de la intensidad del cuadro somático y sin atención a la presencia o ausencia de situaciones precipitantes psicosociales. Por otra parte, permanecen bastante oscuras las relaciones entre los factores somáticos y las enfermedades depresivas, además del papel de la predisposición hereditaria y la personalidad básica.

Leonhard, 1957 (7), es el primer autor que propone una división de las enfermedades del ánimo sobre bases taxonómicas nuevas. En su clasificación de las psicosis endógenas, además de los aspectos fenomenológicos y evolutivos, incluye la polaridad como factor decisivo para la diferenciación de las psicosis afectivas.

Perris y Angst, 1966 (69), demuestran los datos genéticos y evolutivos que justifican la separación entre depresiones bipolares (con historia de episodios

maníacos) y unipolares que solamente han sufrido episodios recurrentes de depresión.

Desde entonces numerosas investigaciones confirman el valor de esta división no solo respecto a consideraciones etiológicas, sino también a variables bioquímicas, fisiológicas, clínicas y terapéuticas.

Desde el punto de vista genético, se dispone de suficientes datos a favor de la validez de la diferenciación unipolar y bipolar. Los estudios sobre la incidencia de los trastornos afectivos en los familiares de primer grado, las observaciones sobre las pautas de afectación familiar y estudios de porcentajes de concordancia en gemelos sugiere la posibilidad de una etiología genética diferencial.

Desde la perspectiva sintomatológica, básicamente el grupo unipolar se diferencia del bipolar en la mayor intensidad de ciertos síntomas: culpabilidad, ansiedad psíquica y somática, y pérdida de peso.

Dunner et al. (7) en el plano bioquímico, encontró que los esteroides urinarios son más elevados en los pacientes unipolares durante los períodos de remisión.

Comaze, 1977 (7) por el contrario, opina que después de la absorción de sales de litio, los bipolares muestran una elevación del magnesio sanguíneo, incremento que no tiene lugar en los unipolares.

Así también Murphy y Weiss, 1972 (7) observaron que el grupo bipolar ofrece una menor actividad de la monoaminooxidasa en las plaquetas. Dunner et al,

1971 (7), analizaron que la actividad de la catecolo-metiltransferasa de los eritrocitos se encuentra más reducida en el subtipo unipolar.

En conclusión, la clasificación unipolar-bipolar se apoya firmemente en los resultados fisiológicos y biológicos, aunque ninguno de ellos pueda utilizarse todavía en el paciente individual como test diagnóstico.

La principal dificultad de este sistema clasificatorio reside en la posibilidad de incluir erróneamente en el subtipo unipolar pacientes realmente bipolares que muestran el cambio de polaridad tras una larga evolución de la enfermedad afectiva.

### **Depresión involutiva**

Las depresiones surgidas por primera vez durante la segunda mitad de la vida, han constituido un tema particularmente controvertido en la nosología psiquiátrica.

Kraepelin (1896), citado por A. Polaino - Lorent (69), delimitó este tipo de depresión, en la quinta edición de su tratado, considerándola como una entidad completamente independiente de la psicosis maniaco depresiva.

El concepto tradicional de la depresión involutiva corresponde a un cuadro depresivo presente por primera vez a partir de los cuarenta y cinco años en la mujer y de los cincuenta años en el hombre, con ausencia de síntomas condicionados por un proceso de arterioesclerosis cerebral y con negatividad entre los antecedentes de trastornos psíquicos manifiestos. En la descripción

clínica se destaca la importancia de la ansiedad, la ausencia total o relativa de entretimiento psicomotor y la frecuencia de ideas delirantes.

En los últimos años se considera que el término involutivo carece de auténtico valor ya que no se cuenta con ninguna evidencia experimental que permita relacionar presuntas anomalías endócrinas o metabólicas con la incidencia de la depresión involutiva.

En 1978 en la novena edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades se suprimió la rúbrica depresión involutiva.

En conclusión no existe ningún argumento sólido que justifique la separación nosológica de las llamadas depresiones involutivas frente a los cuadros depresivos de comienzo más precoz.

Un nuevo esquema de definiciones operativas, desarrollado a partir de las ideas del grupo de Saint Louis y con la aportación de investigadores de la Universidad de Columbia culmina con la elaboración de la nueva clasificación D.S.M. III R de la Asociación Psiquiátrica Americana que se rige en el manual oficial de diagnóstico psiquiátrico en los Estados Unidos a partir de 1981. En esta clasificación se rompe con los esquemas nosológicos de las versiones previas, se eliminan las rúbricas de las depresiones neuróticas e involutiva, se especifican detallados criterios operativos para todas las categorías diagnósticas y se distinguen los trastornos afectivos según el curso, polaridad y gravedad.

**Criterio Diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor del D.S.M. III R (4).**

**Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor D.S.M. III R (4)**

**Nota:** Un "síndrome depresivo mayor" se define según el criterio A siguiente.

A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) Estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):

- 1) estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, tal como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
- 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo);
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo, más de un 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario);
- 4) insomnio o hipersomnia casi cada día;



5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);

6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;

7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo);

8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día ( manifestada por el paciente u observada por los demás );

9) ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.

2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

**Note:** Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, notable deterioro funcional o enlentecimiento psicomotor, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.

D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Códigos para el episodio depresivo mayor: números del código de cinco dígitos y criterios para la gravedad del estado actual del trastorno bipolar, depresivo, o de depresión mayor:

- 1) Leve: Ninguno o pocos síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas de un ligero deterioro en la actividad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- 2) Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".
- 3) Grave, sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los requeridos para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás
- 4) Con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende los típicos temas depresivos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o de merecimiento de castigo. Aquí se incluyen síntomas tales como ideas delirantes de persecución (no relacionadas directamente con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

5) En remisión parcial: Intermedio entre "remisión completa" y "leve y sin distimia previa. (Si un episodio depresivo mayor se ha superpuesto a una distimia, el diagnóstico de distimia sólo se da una vez que ya no se cumplen todos los criterios para el episodio depresivo mayor.)

6) En remisión completa: Ningún signo o síntoma significativo de la alteración durante los pasados seis meses.

0) No especificado.

Especificar "crónico" si el episodio actual ha durado dos años consecutivos sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

Especificar si el episodio actual es de "tipo melancólico".

### **Criterios para el diagnóstico del tipo melancólico**

Presencia de cinco de los síntomas siguientes, como mínimo:

- 1) pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades;
- 2) falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno);
- 3) la depresión suele ser más intensa por la mañana;
- 4) despertar precoz por la mañana (como mínimo, dos horas antes de la hora habitual);
- 5) entecimiento o agitación psicomotora (no simplemente quejas subjetivas);
- 6) anorexia significativa o pérdida de peso (por ejemplo, más del 5 % del peso corporal en un mes);
- 7) ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primer episodio depresivo mayor;
- 8) uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa;
- 9) buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica; por ejemplo, tricíclicos, TEC, IMAO, litio.

**Criterios para el diagnóstico del patrón estacional**

A. Ha habido de un modo regular una relación temporal entre el inicio de un episodio bipolar (incluyendo el trastorno bipolar no especificado) o de depresión mayor recurrente (incluyendo el trastorno depresivo no especificado) y un período específico del año de 60 días (por ejemplo, aparición regular de la depresión entre primeros de octubre y finales de noviembre).

**Nota:** No se incluyen los casos en que hay un efecto evidente de acontecimientos psicosociales estresantes que se producen de un modo cíclico, por ejemplo, habitual pérdida del trabajo durante el invierno.

B. También se dan remisiones completas (o un cambio de la depresión a la manía o la hipomanía) en un período específico del año de 60 días (por ejemplo, la depresión desaparece desde mediados de febrero a mediados de abril).

C. Ha habido como mínimo tres episodios de alteración del estado de ánimo en tres años distintos, lo que confirma la relación estacional definida en A y B. Como mínimo dos de los años han de ser consecutivos.

D. Los episodios estacionales de alteración del estado de ánimo, tal y como se han descrito, se presentan en una proporción mayor de tres a uno respecto a los episodios no estacionales.

**Criterios para el diagnóstico de los trastornos bipolares****296.6x Trastorno bipolar, mixto**

**Para el quinto dígito, usar los códigos del episodio maniaco para describir el estado actual.**

A. El episodio actual (o el más reciente) incluye la sintomatología completa de los episodios maníacos y depresivos mayores (exceptuando la duración de dos semanas, requerida para los síntomas depresivos), tanto mezclados como alternando rápidamente en pocos días.

B. Los síntomas depresivos predominantes duran un día completo como mínimo.

Especificar si hay un patrón estacional

**296.4x Trastorno bipolar, maniaco**

**Para el quinto dígito, usar los códigos del episodio maniaco para describir el estado actual.**

Actualmente (o muy recientemente) en un episodio maniaco, ha habido un episodio maniaco previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios de un episodio maniaco.)

Especificar si hay un patrón estacional

**296.5x Trastorno bipolar, depresivo.**

**Para el quinto dígito, usar los códigos del episodio depresivo mayor para describir el estado actual.**

A. Ha tenido uno o más episodios maníacos

B. Actualmente (o muy recientemente) en un episodio depresivo mayor (Si ha habido un episodio depresivo mayor previo no es necesario que el episodio actual cumpla todos los criterios de un episodio depresivo mayor.)

Especificar si hay un patrón estacional

**Criterios para el diagnóstico de ciclotimia (301.13)**

A. Presencia durante dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes) de numerosos episodios hipomaniacos (todos los criterios para el episodio maníaco, excepto el criterio C que indica un marcado deterioro) y numerosos períodos con el estado de ánimo deprimido o con pérdida de interés o de capacidad para el placer, sin que se cumpla el criterio A de episodio depresivo mayor.

B. Un período de dos años (un año en niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas hipomaniacos o depresivos por más de dos meses consecutivos.

C. No hay pruebas claras de la existencia de un episodio depresivo mayor o de un episodio maníaco durante los dos primeros años de la alteración (un año en niños y adolescentes).

**Nota:** Después de este período mínimo de ciclotimia, pueden haber episodios depresivos mayores o maníacos superpuestos, en cuyo caso debe optarse por el diagnóstico adicional de trastorno bipolar o de trastorno bipolar no especificado.

D. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

E. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración, por ejemplo, intoxicación repetida de fármacos o alcohol.

### **Criterios para el diagnóstico de depresión mayor**

#### **296.2x Depresión mayor, episodio único**

**Para el quinto dígito, usar los códigos del episodio depresivo mayor para describir el estado actual.**

A. Un solo episodio depresivo mayor.

B. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco inequívoco

**Especificar si hay un patrón estacional**



**296.3x Depresión mayor recurrente**

**Para el quinto dígito, usar los códigos del episodio depresivo mayor para describir el estado actual**

A. Dos o más episodios depresivos mayores, separados cada uno de ellos por un mínimo de dos meses de vuelta a la actividad más o menos habitual. (Si ha habido previamente un episodio depresivo mayor, el episodio de depresión actual no necesita cumplir todos los criterios para un episodio depresivo mayor.)

B. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.  
Especificar si hay un patrón estacional

**Criterios para el diagnóstico de distimia (300.40)**

A. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes).

B. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes:

- 1) poco apetito o voracidad;
- 2) insomnio o hipersomnia;
- 3) pérdida de energía o fatiga;
- 4) disminución de la autoestima;

5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones;

6) sentimientos de desesperanza.

C. Un período de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da la alteración, sin síntomas del criterio A por más de dos meses seguidos.

D. No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).

**Nota:** Antes de la aparición de la distimia puede haber un episodio depresivo mayor, a condición de que esté en remisión completa (ningún signo o síntoma significativo durante seis meses). Además, al cabo de dos años (un año en niños y adolescentes) de aparecer la distimia puede haber episodios superpuestos de depresión mayor, en cuyo caso se optará por ambos diagnósticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.

F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.

G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, la administración prolongada de una medicación antihipertensiva.

**Especificar tipo primario o secundario:**

Tipo primario: La alteración anímica no parece consecuencia de un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o el eje III; por ejemplo, la

anorexia nerviosa, un trastorno por somatización, la dependencia de sustancias psicoactivas, un trastorno por ansiedad, o una artritis reumatoide.

Tipo secundario: La alteración anímica parece relacionada con un trastorno crónico preexistente diagnosticable en el eje I o el eje III.

Especificar inicio precoz o inicio tardío:

Inicio precoz: La alteración aparece antes de los 21 años de edad.

Inicio tardío: La alteración aparece a los 21 años de edad o posteriormente.

### **1.1.2 Teorías de la Depresión**

Existen muchos enfoques acerca de la depresión, los cuales se podrían dividir en intrapsíquicos y psicosocioculturales.

Desde un punto de vista intrapsíquico encontramos toda una dinámica de las fuerzas conscientes e inconscientes, que en base a ciertas experiencias conflictivas traen como resultado episodios depresivos. La tendencia psicosociocultural, nos muestra como el ser humano se ve afectado por el medio ambiente en donde se desenvuelve, causando en algunos casos depresión.

Una persona dice que esta deprimida porque ha tenido un mal día en el trabajo; para la otra, la depresión se refiere exclusivamente a un trastorno orgánico; en otro caso el sujeto no sabe el porqué de su depresión. Estos distintos comentarios reflejan las diversas opiniones acerca de la depresión. Sin embargo existe un punto en común en todas estos comentarios, es decir, un

estado de desánimo que dura al menos varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales.

### **Psicoanálisis y Escuelas Afines**

La escuela psicoanalítica en general tiene sus raíces en el ensayo que Freud elaboró en 1915, Duelo y Melancolía. (31)

Freud en este trabajo hace una comparación entre la melancolía y el fenómeno del duelo en el que señala algunas similitudes y diferencias

Como similitudes observa:

- 1.- Dolorosa sensación de abatimiento y pérdida.
- 2.- Falta de interés en el mundo externo.
- 3.- Pérdida de la capacidad de amar.
- 4.- inhibición de la actividad .

Como diferencias con la melancolía, el duelo presenta:

- 1.- Disminución de la autoestima, por lo tanto empobrecimiento interno.
- 2.- Autoreproches
- 3.- Expectativas irracionales de autocastigo.
- 4.- Noción vaga de la naturaleza de su pérdida.
- 5.- Incapacidad de reconocer la causa de su abatimiento, ya que la pérdida es interna e inconsciente.

En este ensayo Freud postula que el melancólico en su infancia estableció una intensa relación objetal que se deterioró por un desengaño de la persona amada. El alejamiento de esta ruptura, hace que se retraiga la carga libidinal que no es proyectada a otro objeto, la cuál dirige a su yo, ya que el tipo de vinculación básicamente es narcisista.

Como resultado de la imagen internalizada del objeto perdido, ésta recibe los sentimientos ambivalentes del individuo canalizando el odio que iba dirigido contra el objeto perdido hacia éste.

Las pérdidas que presenta el depresivo posteriormente a la pérdida original, hacen que el odio se descargue contra su propio yo. Por lo tanto esta es la condición intapsíquica predisponente de la melancolía.

En conclusión vemos que Freud en el ensayo de Duelo y Melancolía, reconoció la naturaleza interpersonal de desorden y la estrecha corrección entre el mantenimiento de la autoestima y el mantenimiento de una buena relación.

Posteriormente Freud en su obra dedicada a la Psicología de las Masas y Análisis del Yo, (1921) (31), expresa que en la melancolía el yo queda identificado con el objeto frustrante por lo que es atacado por el ideal del yo.

En 1922, en su escrito del Yo y Ello Freud (31), propone que la melancolía es el resultado de una exagerada discordancia entre superyo y yo. En donde el superyo manifiesta su odio contra el yo, aparentemente indefenso.

En las Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis que escribió en 1933, Freud reformula sus últimos puntos de vista en el que nos habla de un superyo cruel y

severo y la vinculación de este con el yo, refiriéndose a los estados melancólicos.

En 1911 Karl Abraham, citado por S. Arieti y J. Bemporad (2), publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión, entendido en el contexto de las formulaciones psicoanalíticas de esa época. En 1911, la psiconeurosis era interpretada como la consecuencia de una represión de la libido; de ahí que Abraham compara ansiedad con depresión que también era interpretada como el resultado de instintos reprimidos.

Abraham hace la siguiente diferenciación entre ansiedad y depresión:

"Mientras la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación deseada, que aún es posible, la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales" (1911).

Posteriormente analiza las semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos. En ambos casos encuentra una profunda ambivalencia hacia los demás, en la que la búsqueda de amar está bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad.

Observa también que deprimidos y obsesivos difieren de manera radical en el modo en que los impulsos bloqueados encuentran una expresión substitutiva. En el obsesivo, los rituales repetitivos reemplazan a los originales deseos sexuales inaceptables. Para el depresivo, Abraham postula un peculiar proceso de

proyección, aparentemente elaborado sobre la base de la explicación de la paranoia que Freud acababa de formular.

Los procesos dinámicos internos del depresivo podrían ser verbalizados así: "no puedo amar a las personas; debo odiarlas". Este reconocimiento del odio es inaceptable y debe ser reprimido; por lo tanto la hostilidad se proyecta en los demás y el pensamiento consciente pasa a ser: "las personas no me aman; me odian". Afirma que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes.

La importancia de este trabajo radica en que logró identificar aspectos significativos de la enfermedad depresiva, que investigadores anteriores a él habían pasado por alto, las cuales se concluyen en:

- 1.- Ambivalencia del depresivo y su incapacidad de amar verdaderamente a los demás.
- 2.- Excesiva preocupación por sí mismo.
- 3.- La manera en que utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí mismo.
- 4.- Hostilidad que bloquea el adecuado crecimiento emocional.

Cinco años después, Abraham publicó su segunda contribución al estudio de los desórdenes afectivos. Abraham cree que la depresión puede ser entendida como una regresión a la primera fase psicosexual, es decir la oral. La similitud entre la fase oral y la depresión se encuentra en la modalidad de descarga libidinal, así como en una modalidad característica de vínculos objetales.

Abraham hace su tercera contribución en 1924, haciendo una semejanza como en el inicio de sus estudios, entre obsesivos y melancólicos. En esta comparación supone que en los intervalos sanos el depresivo es en realidad un obsesivo. Propone entonces que ambos grupos regresan a un temprano periodo pregenital; mientras el obsesivo parece contentarse con un control inconsciente sobre el objeto de amor, el depresivo destruye realmente al objeto psíquico internalizado. La pérdida de amor que sufre este último le deja una sensación de vacío interior que desesperadamente trata de compensar mediante la incorporación oral. Abraham renueva su énfasis en los síntomas orales de la depresión; esta vez interpretados como intentos de reincorporar al objeto de amor destruido.

Las aportaciones de su tercera contribución se concluyen en:

- 1.- Asocia la incorporación reparativa del objeto de amor, que en la depresión sigue a la pérdida, con la ulterior relación ambivalente con dicho objeto introyectado.
- 2.- La pérdida es tratada como parte del yo, lo que determina una actitud ambivalente del individuo depresivo hacia sí mismo. Autoreproches durante los periodos depresivos y sentimientos de superioridad durante los intervalos de normalidad.

Posteriormente (1924), pasa al estudio de la etiología, la cual es el resultado de su experiencia clínica, en lo que observa una frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso. El rechazo tiene un



marcado efecto patógeno, porque fue sentido en el plano inconsciente como una repetición de la pérdida de un objeto de amor en la infancia. Esta temprana experiencia traumática es un fuerte predisponente etiológico a ulteriores depresiones subsecuentes a cualquier pérdida. Abraham observa que el desengaño infantil debe tener lugar antes del periodo preedípico, cuando la libido del niño es aún narcisista.

Abraham es de gran importancia en la investigación psicoanalítica de la depresión ya que delimitó, caracterizó y señaló la etiología de la depresión.

Sendor Rado en 1928, citado por J. L. Ayuso y J. Sáiz y Arieti (37) (2), estudió la depresión y la manía en función de la interrelación entre yo, superyó y el objeto amado. Rado opina que durante la infancia, cuando la autoestima es el resultado de la aprobación de los padres las figuras paternas no se tomaron como un todo bueno y malo, sino como un todo bueno internalizado por el superyó y un todo malo absorbido por el yo.

Rado observó que en los periodos anteriores a la depresión en los que se muestra rebeldía y arrogancia se pone a prueba el objeto amado hasta alejarlo. El periodo de depresión surge cuando el objeto amado se aleja y es cuando el depresivo implora perdón provocando culpa y piedad, para después controlar y volver a poner a prueba.

Según Rado, las causas de este mecanismo se deben a que el depresivo aprendió de pequeño que puede ser perdonado y tener otra vez el amor de su

madre. A su juicio, la secuencia culpa reparación, se remonta a una progresión previa rabia-hambre-amamantamiento en el pecho materno.

Otto Fenichel en 1945 (29), define la depresión como "adicto de amor". con esto se refiere a que la autoestima es regulada por suministros externos. "Si las necesidades narcisistas de la persona depresiva no son satisfechas la autoestima es disminuida. Así que intentará por todos los medios inducir a los demás a dejarle participar en su supuesto poder".

Como vemos para Otto Fenichel, el punto clave de la depresión es la caída de la autoestima, siendo el yo el que regula ésta entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira.

Este enfoque ha sido tomado por Jacobson, Bibring y Sandles, los cuales coinciden en que la regulación de la autoestima es un elemento crucial para la depresión. En líneas generales definen la autoestima como la vivencia que refleja la discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal del yo.

Edith Jacobson en 1971, citada por Lars Freden (30), ha trabajado a lo largo de las mismas líneas que Freud, sin embargo, prefiere ampliar el concepto de la aflicción para incluir la tristeza. En la aflicción o el abatimiento normal, nuestros pensamientos vuelven a experiencias anteriores positivas y sentimos un deseo intenso de presenciar el regreso del objeto perdido, pero no es esto lo que sucede en una depresión. En su opinión la tristeza no tiene relación con ninguna agresión hacia el mundo externo ni hacia nosotros mismos. Esto último es la característica distintiva de la depresión: " La alteración del ánimo surge de la

discrepancia entre las representaciones del yo y el ideal del ego (superego) o la imagen anhelante del yo.

De este modo, el origen principal del trastorno es interior: un desequilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido (amor por uno mismo y hasta cierto punto amor por el objeto). La solución según Jakobson, está en tener conciencia de nuestros propios ideales del ego, pero desafortunadamente éstos con frecuencia son inconscientes.

Edward Bibring 1953 (30) representa otra rama de la escuela psicodinámica y considera la depresión como un fenómeno de ego. Enfatiza que el factor importante en la depresión es la relación entre el individuo y su medio social, y no tanto con algún conflicto dentro del individuo mismo. Otra diferencia en la opinión neofreudiana de Bibring es que todas las clases de depresión tienen sus raíces en la pérdida de la autoestimación, que puede llevar a que los impulsos agresivos se vuelvan hacia adentro. La agresión que se ha vuelto interna la considera como un fenómeno secundario.

Bibring sugiere que la depresión es la expresión emocional del ego de su desamparo y su impotencia. Es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno, y el percatarse, de manera real o imaginaria de que estas metas son inalcanzables. Por lo tanto, la depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego. De este modo, en la depresión el centro del ego, es decir, la autoestimación, está deteriorado. Este autor supone que el factor que

dispone más a una persona a la depresión es la experiencia de desamparo en los primeros años de la infancia, debido a que no se han satisfecho necesidades vitales. El adulto que se ha desprovisto así, necesitará una confirmación continua de que es amado y de que agrada.

Sandler y Joffe 1965, citados por S. Arieti y J. Bemporad (2), a través de su valor clínico, llegaron a la misma conclusión. Ellos consideran que la depresión es un afecto básico, que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. "Cuando se pierde un objeto de amor, lo que realmente perdió es, a nuestro juicio, el bienestar que estaba implícito psicológico y biológicamente en relación con ese objeto".

Hasta aquí hemos analizado diferentes puntos de vista tanto del psicoanálisis como de las escuelas afines. Podemos observar características comunes como lo es la etiología de la depresión, que de acuerdo a los autores expuestos, se encuentra en épocas tempranas de la vida. Que se observa discordancia entre el yo e ideal del yo, en el que el yo queda identificado con el objeto frustrante por lo que es atacado por el ideal del yo, y por lo tanto se presenta baja autoestima.

Ahora se hará una revisión desde otro punto de vista que nos lo da Melanie Klein, ya que ella considera como una etapa normal de la vida la depresión por lo que todo ser humano tiene que pasar.

Según Melanie Klein citada por Hanna Segal (78), la posición depresiva surge durante el cuarto o quinto mes de la vida, cuando el niño llega a reconocer a su madre como una persona totalmente independiente de él.

En la fase depresiva, el niño se relaciona con objetos totales, no parciales como los veía en la etapa anterior. A través de este proceso de integración el bebé reconoce que es una misma persona y que ama y odia a una misma persona que es su madre.

En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia y el motivo principal de la ansiedad del bebé, es que sus propios impulsos destructivos lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente.

El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos reparatorios. El fracaso a la reparación conduce a la desesperación.

El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes.

Dentro de la posición depresiva, la concepción de la realidad del bebé cambia radicalmente, al integrarse más su yo, al disminuir sus procesos de proyección, (característicos de la posición anterior) y al empezar a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos y fines. El bebé descubre su propia realidad psíquica.

En esta posición el bebé empieza a diferenciar entre lo que es su propia realidad y lo que es su fantasía. El yo se fortifica gracias al crecimiento y a la asimilación de objetos buenos, introyectados en el yo y el superyo.

Como ya reconoce sus propios impulsos es responsable de ellos y tolera la culpa. Aprende gradualmente a controlar sus impulsos ya que a adquirido su nueva capacidad de sentir preocupación por ellos.

En conclusión, Melanie Klein contribuye al estudio de la depresión al poner el acento en el temor a la acción debido a la eventual pérdida de objetos amados, la no incorporación de objetos buenos en los primeros meses de vida y el importante papel de la culpa y la hostilidad.

### **Existencialismo**

Esta escuela se fundamenta en la filosofía existencial de Heidegger, citado por S. Arieti y J. Bemporad (2), y de Kierkegaard, citado por Ernest Becker (9), considerado este último como precursor de la psicología moderna. Becker argumenta que la importancia de la obra de Kierkegaard, al igual que los existencialistas europeos, consiste en que une a la psiquiatría y a la religión; y que muestra que los mejores análisis existenciales de la condición humana conducen directamente a los problemas de Dios y de la fe, que es exactamente lo que afirma Kierkegaard.

La tarea del existencialista consiste en describir el mundo fenomenológico del paciente, sin recurrir excesivamente a conceptos no experienciales (como la

dinámica inconsciente) ni a determinados hechos causales (como los factores hereditarios o los traumas infantiles). El análisis existencial o fenomenológico es el examen del mundo tal y como lo intuye la conciencia activa, sin estructuras preconcebidas

Son pocos los estudios acerca de la depresión desde el punto de vista existencialista, sin embargo, los estudios de Le Mappian, Ey y Sommer, interpretaron este desorden como una detención o insuficiencia de todas las actividades vitales, hay una "patética inmovilidad", una suspensión de la existencia, un síncope del tiempo".

Los autores mencionados destacan también la importancia de la distorsión temporal en la experiencia de la depresión: hay una exagerada preocupación por hechos del pasado, que están constantemente presentes en la mente y que el individuo utiliza para torturarse con recriminaciones culposas.

### **Cognitivismo**

Desde las primeras descripciones de la enfermedad depresiva observamos distorsiones cognitivas. La corriente cognitiva dá el acento a éstas como causa, primaria de este desorden.

Esta corriente se apoya en que en cualquier situación psicopatológica se presenta algún grado de alteración de pensamiento.

Según Beck citado por Joseph Mendels (56) , la depresión presenta sus propias formas de distorsión, que Beck reúne bajo la denominación de " triada cognitiva (1970), compuesta por:

- 1) Expectativas negativas respecto del ambiente
- 2) Autoapreciación negativa
- 3) Expectativas negativas respecto del futuro

En 1976 vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las distorsiones cognitivas. Según Beck, las experiencias que el paciente tiene a lo largo de su vida activan patrones cognitivos que giran alrededor del tema de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales, de la conducta y vegetativos de la depresión fluyen a partir de estas autoevaluaciones negativas. Agrega además que la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica después de experimentar una pérdida (sea como resultado de un hecho obvio y real o de privaciones encubiertas), el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa . Según él, el individuo deprimido "considera que carece de algún elemento o atributo que a su juicio es esencial para su felicidad".

En 1961 Beck dió a conocer su inventario para medir la depresión. El inventario comprende 21 categorías de síntomas o actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión. Los ítemes se escogieron teniendo en cuenta su relación con el cuadro depresivo.



No podemos dejar de reconocer la importancia del proceso de pensamiento en la persona depresiva, como lo menciona Beck, el paciente depresivo tiene una opinión negativa de si mismo, de su entorno y de su futuro, el tratamiento solo puede ser efectivo una vez que el paciente comienza a reconocer los procesos de pensamiento que produjeron y perpetúan su depresión.

### **Interpersonal y Cultural**

Los primeros trabajos que se ocuparon ampliamente de los factores no intrapsíquicos al investigar la depresión, fueron dos publicaciones de Cohen y colaboradores, 1949, 1954 (2).

En estos estudios se toma en cuenta la atmósfera familiar en que crece el futuro depresivo, el efecto del paciente sobre otras personas y las características generales de la personalidad depresiva.

En cuanto los antecedentes familiares encontraron que en cada uno de doce casos la familia se retraía de la comunidad general, o era obligada por otros a hacerlo, por lo que en todos los casos este aislamiento afectaba profundamente a la familia, que se esforzaba por ganar la aceptación del vecindario.

Por otro lado infirieron que en estas familias había una utilización del hijo como instrumento para mejorar la posición social de la familia y que esto lo desvalorizaba como persona por derecho propio. Los logros del hijo servían para realzar la reputación familiar y no para estimular en él el sentido de realización y autoestima.

Ellos observaron además, que la madre era la figura más fuerte que exigía obediencia y cualidades sobresalientes. El padre por el contrario era a menudo un individuo económica y socialmente fracasado.

Al investigar sobre la temprana infancia, observaron como patrón constante que la madre apoyaba la situación de dependencia y le disgustaban las actitudes de individuación e independencia

Como resultado de esta crianza al crecer el hijo se convertía en un individuo manejador, para quién las relaciones eran un medio para promover sus propias ambiciones. Al mismo tiempo, envidiaban a los otros y temían la competencia, por lo cual fingían rebajarse ante los demás para desarmarlos y obtener el apoyo que necesitaban ellos.

Cohen y colaboradores mencionan que la característica común entre las personas deprimidas es una sensación de vacío y una permanente necesidad de apoyo que las figuras externas deben satisfacer.

Como vemos la corriente culturista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales.

Kurt Adler 1961, citado por E. Becker (9), menciona que la psicopatología es el resultado de la búsqueda de superioridad que se emprende para contrarrestar los sentimientos de inferioridad. (esquema teórico de Alfred Adler).

Alfred Adler (2), reveló como la depresión o la melancolía es un problema de valor; cómo se desarrolla en las personas que tienen miedo a la vida, que han renunciado a toda semejanza de desarrollo independientemente y que dependen totalmente de los actos y de la ayuda de otros.

Becker 1964, (9), propuso una interesante teoría que contrasta las consecuencias sociales de la depresión y la esquizofrenia. Según Becker, la esquizofrenia refleja una despreocupación por los convencionalismos sociales, en tanto que la depresión corresponde al individuo sobreentrenado que se ajusta a las pautas culturales con excesiva rigidez, pero que necesita de esa observancia rigurosa para su bienestar.

Becker sugiere también que el depresivo limita sus vínculos objetales a unos pocos individuos, de modo que la pérdida de uno de esos vínculos lo afectan duramente. Según él, el depresivo limita sus vínculos objetales y tiende a una monótona repetición de actitudes en busca de la aprobación de unos pocos elegidos.

De acuerdo con Ernest Becker (9) (30), la causa de la depresión es algún suceso crítico en la vida de la persona y que generalmente la causa precipitante es una amenaza grave a la autoestimación. La cultura en la que vive el hombre es de gran importancia ya que ésta afecta al individuo positiva o negativamente.

Según Becker, es difícil hacer una separación en cuanto a cuál es el impulso que dirige al hombre si este es social o personal, sin embargo, hay un motivo fundamental que se aplica a todo ser humano y que se relaciona, con los

impulsos, que es el esforzarse por adquirir autoestima sin despertar ansiedad. La prevención de la ansiedad es más importante al principio de nuestras vidas y que posteriormente la autoestima adquiere importancia suprema.

### **1.1.3 Depresión en la Mujer**

Es bien sabido que en el estudio de los desórdenes de la personalidad se deben de tomar en cuenta los factores sociológicos y culturales.

El enfoque cognitivo pone el acento en las ideas y la mayor parte de estas del individuo derivan de su ambiente sociocultural

Muchas ideas y hábitos de pensamiento se adquieren de la propia familia durante la infancia, los miembros de la familia son portadores de la cultura a la que pertenecen. Más tarde el individuo continúa adquiriendo ideas y sistemas de ideas de diferentes personas de su entorno sociocultural, así como, de las diversas instituciones y medios que la cultura ofrece.

Emile Durkheim, Karl Manheim y Max Scheler hicieron contribuciones valiosas en las que destacan que una sociedad concuerda con ideas y valores que por lo tanto promueven o inhiben otras emociones, ideas y acciones.

Actualmente no hay duda de que la depresión, sobre todo en sus formas más severas, se presenta mucho más a menudo en las mujeres que en los hombres.

Son muchos los autores que afirman que existe una desventajosa condición

social en la mujer que ha tenido como consecuencia alteraciones psicológicas que conducen a la depresión. (47)

Las estadísticas reunidas en diferentes partes del mundo confirman una mayor incidencia de la depresión en la mujer. En Estados Unidos, WinoKur y colaboradores, 1971 (12), reconocen que se presenta más frecuente la depresión en mujeres. En Islandia, Hegalson, 1966 (12), observó que el riesgo de psicosis afectiva era mucho mayor en las mujeres. McCabe 1975 (12), en Dinamarca, encontró que las pacientes internadas con diagnóstico de psicosis afectiva eran mucho más numerosas que los hombres. Weissman y Klerman, 1977 (12), revaluaron la diferencia de depresión entre ambos sexos en los Estados Unidos y otros lugares del mundo en los últimos cuarenta años. En los Estados Unidos encontraron que en todos los datos la proporción mujeres-hombres era de 2 : 1, al igual que en todos los otros países occidentales industrializados. Entre los países altamente industrializados, sólo en Finlandia y Noruega la incidencia seguía siendo mayor en las mujeres, pero con una diferencia menos marcada. En unos pocos países en desarrollo, India, Irak, Nueva Guinea y Rhodesia, parece haber mayoría de hombres depresivos.

Weissman y Klerman, 1977 (12), contemplaron la posibilidad de que las mujeres son más propensas que los hombres para percibir y reconocer los problemas depresivos. Sin embargo, descartaron esta posibilidad ya que a través de su investigación no pudieron concluir esta hipótesis. Así mismo investigaron un factor genético en la etiología de la depresión pero señalaron que la evidencia

no era lo suficiente certera para poder extraer conclusiones acerca del modo de transmisión o para explicar la diferencia entre los sexos.

Los mismos autores en 1977, investigaron si la condición social de la mujer ha tenido consecuencias psicológicas conducentes a la depresión. Propusieron dos hipótesis principales, la primera que denominaron "hipótesis de la condición social" que se refiere a las discriminaciones sociales contra la mujer, las discriminaciones de desigualdades sociales determinarían una situación de indefensión legal y económica, dependencia de los otros y deterioro de las aspiraciones y autoestima, que con el tiempo culminan en una depresión clínica.

De acuerdo con la segunda hipótesis que llamaron, "de la indefensión adquirida", que correspondía a las imágenes estereotípicas socialmente condicionadas que generan en la mujer un conjunto de ideas que se oponen a su autoafirmación, oposición a la que contribuyen las expectativas sociales.

Esta investigación los llevó a confirmar las dos hipótesis, concluyendo que las características de feminidad aparecen como una variante de la indefensión adquirida, característica de la depresión.

Weissman y Klerman, 1977 (12) se ocuparon asimismo del matrimonio en relación con la depresión en base a otros estudios que llegan a la conclusión de que el matrimonio tiene un efecto protector en los hombres y perjudicial en las mujeres. La tasa relativa de enfermedad mental es inferior en las mujeres solteras, divorciadas y viudas que en los hombres del mismo estado civil; solo en las mujeres casadas la frecuencia es mayor que en los hombres casados. El

artículo de Weissman y Klerman ofrece datos que no dejan duda sobre la preponderancia de la depresión en las mujeres.

Autores como Johansson, 1970 (7), investigaron el factor edad como causa para explicar por que las mujeres estan más deprimidas que los hombres. En un estudio de la comunidad del pueblo sueco que incluía un estudio de su salud encontró que un 2.4% de los hombres y el 4.8 % de las mujeres hablan estado deprimidos durante los doce meses anteriores. Hubo un claro exceso de representación de las mujeres en todos los grupos de edades.

Con respecto a la edad en que se manifiesta con mayor probabilidad la depresión, asociada con la menopausia o climaterio, hay investigaciones que apoyan y otras que niegan que exista una asociación clara con esta etapa de la vida.

Hasta aquí hemos analizado diferentes opiniones e investigaciones acerca de las causas sociales y culturales que afectan en un momento dado el que la mujer se muestre con mayor depresión. Aunque los estudios acerca de la edad nos dejan con muchas dudas sin aclarar no podemos dejar de observar las influencias culturales que en cada etapa pueden llegar a afectar a la mujer presentando depresión.

En seguida se realizará un análisis del desarrollo del ser humano, reconociendo etapas importantes y haciendo una comparación entre el hombre y la mujer.

El primer momento importante en la experiencia infantil es el de pérdida, que por lo general se interpreta como pérdida o peligro de pérdida del amor materno y

parece ocurrir por igual entre niños y niñas. (Freud, Abraham, Spitz, Bowlby, Beck y otros) (49)

Es un hecho que muchas familias tienen el prejuicio a favor del sexo masculino y que cuando, posteriormente al nacimiento de la niña nace un niño, se llega a desatender a la hija mayor. El recién nacido se transforma en el centro de interés y la niña vive el trauma de la pérdida de amor. (2)

Posteriormente en el proceso de separación, al menos en nuestra cultura, es diferente en los niños que en las niñas, ya que en el caso de ellos, la madre tiende a empujarlos hacia el mundo, estableciendo desde muy temprano roles que implican que el bebé es percibido como un otro: en el caso de la niña la madre desfavorece esta situación.

Las explicaciones psicoanalíticas sobre la feminidad en la etapa de la separación-individuación, en la interacción madre-hija plantean el escenario de la feminidad durante el período preedípico. Como señala Dinora Pines, 1983 (67), "Las pacientes luchan toda la vida con una tarea de separación-individuación de sus propias madres y de identificación y desidentificación con la representación interna de la madre".

En el caso de las niñas el proceso de separación, tiende a ser más prolongado y la salida a la separación, no a la individuación, se ve interferida por la madre; en la repetición de un proceso que le afectó de igual manera. (67)

Observando este fenómeno desde otro punto de vista, la relación de la madre con la niña es tan fusionante como con el niño y esta relación es necesaria para



crear la confianza básica, requisito indispensable para el desarrollo de la independencia y de la autoestima, pero Chodorow 1978 (5) señala que la madre, siendo del mismo sexo que su hija, no reacciona ante ella de la misma manera como lo hace con un bebé varón. En ambos casos se espera que la madre experimente un sentimiento de unicidad y continuidad con su bebé, sin embargo este sentimiento será más fuerte y duradero en el caso de la niña.

Si el proceso de separación sucede como hasta aquí lo hemos referido la consecuencia es clara: Las mujeres tenderán a presentar mayor dificultad en el proceso de separación que los hombres, con el consecuente conflicto emocional; mientras que los hombres tendrán que enfrentar el abandono temprano, la rivalidad y la competencia como fuentes principales de conflicto. Esto no pretende ser una generalización, sin embargo, los estudios hechos por Chodorow parecen apuntar en esa dirección.

Otro punto de vista que recalcaremos, y que nos confirma la actitud de desvalimiento en la mujer, característica de la depresión, son los cuentos infantiles, caricaturas y eventos culturales a los que asisten y con los que se identifican los niños.

En las historias de aventuras clásicas y contemporáneas, en general en las que la protagonista es mujer, por ejemplo Blanca Nieves, la Cenicienta, la Bella Durmiente, y otros, representan a la mujer con la característica "desvalida" la cual es salvada por un hombre, " el príncipe ". En estos personajes la mujer se vive con dependencia, con búsqueda de apoyo externo, desprotegida etc. con

las que generalmente se identifican las niñas los cuales nos muestran una vez más características depresivas.

Por otro lado nos encontramos con el carácter patriarcal de nuestra sociedad que alienta el sometimiento al otro dominante masculino; se ve como algo natural que la mujer se ligue a un otro dominante masculino.

Baker Miller, 1976 (34), observa que es norma aceptada esperar que la mujer esté al servicio de las necesidades de los demás y asocie su destino al de un hombre, haciendo notar las dificultades que la mujer encuentra para ser tal y como auténticamente es.

Se podría decir que en general la cultura apoya para hacer que la mujer este más predispuesta que el hombre a resignar su autodeterminación y sus dificultades personales. Así la comenta Ariti, 1974 (2), "no es solo la paciente la que reprime la anormalidad de ciertas relaciones interpersonales y las elaboraciones cognitivas concomitantes, sino también la sociedad".

Aunque lo afirman varios autores que el comienzo de este patrón de dependencia femenina se remonta a los dos y tres años de edad, este no podría persistir ni llegar a arraigarse si la sociedad no lo alentara.

Pero volvamos al desarrollo de la niña y el niño. Cuando la niña adquiere su madurez biológica, convirtiéndose en mujer capacitada para la maternidad, nos encontramos con que en nuestra sociedad, los cambios físicos, la menstruación, etc. son acontecimientos vergonzosos de los cuales no se debe hablar. Helen Deutsch, citada por M. Langer (50), destaca que muchas madres hablan con sus

hijas con más facilidad sobre la concepción que sobre su menstruación y que así las niñas ven reforzado su propio sentimiento de culpa y vergüenza por esa actitud idéntica a su madre.

Mary Chawick, citada por M. Langer, describe la reacción de una niña frente a su primera menstruación en esta forma: "Su primer sentimiento frente a la indisposición fue negativa. Pero cuando le explicaron que este síntoma tan inquietante para ella era un indicio de su feminidad, experimentó alivio. Súbitamente comprendía muchos misterios que anteriormente le habían atormentado. Después entró en un estado de excitación. Sintió el deseo de ser festejada. Ella tendría el derecho de ser el centro de una gran fiesta. Finalmente, todo le pareció sucio. Comprendió que ya podría casarse y embarazarse, que se había vuelto adulta en pocos minutos. Deseaba que su madre comunicara a su padre que ya tenía otra hija adulta más. Como no ocurrió nada de lo esperado, volvió a la monotonía de la vida escolar".

Simone de Beauvoir, citada por M. Langer, trae ejemplos de la reacción de la niña frente a la menarquía tomados de "Jeunesse et Sexualité", de Liepmann, Transcribió dos de los cuales encontramos otra vez la alegría de la niña frente a su madurez, que a menudo choca con la incompreensión materna.

La reacción positiva frente a la menstruación sería un indicio de normalidad de la niña y aceptación de su sexo. Sin embargo, en la literatura psicológica, psicoanalítica, pedagógica, antropológica y otras, se habla muy poco de una reacción positiva.

Simone de Beauvoir citada también por M. Langer (50) insiste mucho en la impresión humillante, vergonzosa e inferiorizante que la primera menstruación causa, por norma general a la niña. Explica también las reacciones distintas de la niña y el niño frente a su pubertad como consecuencia de nuestras circunstancias sociales y culturales. Dice al respecto que el varón, aun cuando viva el despertar de sus instintos y las transformaciones de su cuerpo con cierta angustia experimenta con orgullo lo que para la niña se convierte a menudo en tragedia secreta.

Los diferentes puntos de vista hasta aquí mencionados nos permiten ver una vez más, las circunstancias desfavorables para la mujer y acentuar la importancia de los efectos culturales en la tendencia de la mujer hacia características de depresión.

En algunas clases sociales se confunde feminidad con dependencia.

La autoafirmación queda remplazada por la búsqueda del apoyo de un hombre. Por otro lado el hombre, suele denominarse como el pilar de la casa, el que gobierna y toma decisiones, y con esta actitud fomenta un estado de indefensión en su compañera, sin embargo, después critica fuertemente este estado, estado que él contribuyó a generar.

Como veremos en el siguiente capítulo, a la mujer se le valoriza solo como madre y ama de casa. Pero las tareas domésticas han perdido importancia en nuestra sociedad moderna, y muchas de ellas que en la época preindustrial se confiaban a la mujer, son realizadas ahora por otros medios. La guardería, el

jardín de niños, la escuela primaria, la iglesia, el restaurante, la lavandería, y muchas otras instituciones han asumido gran parte de las funciones domésticas para alivio del ama de casa.

Sin embargo, son muchas las mujeres a quienes desde la temprana infancia en cambio se las alentó, de manera encubierta o manifiesta, hacia la maternidad y a las tareas domésticas, metas que parecían deseables por que se les asociaba con la realización de sueños románticos.

El estado de dependencia y sometimiento que la mujer adquiere, la incapacitan para ayudarse a sí misma, haciéndola más vulnerable a determinados hechos que actúan como factores desencadenantes de la depresión.

Las circunstancias adversas no afectan tanto a una persona que confía en sus propias facultades y recursos internos. La sensación de indefensión y la incapacidad de encontrar posibilidades sustitutivas pueden reactivar una vivencia original de pérdida irreparable o eminente.

Por otro lado nos encontramos a la mujer que para dar valor a su vida busca nuevas ocupaciones en las que se desarrolla profesionalmente a través de múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente. (2)

Si bien se ha avanzado en el sentido de modificar las condiciones que predisponen a la mujer a la depresión, la situación actual esta lejos de ser satisfactoria. Por un lado las dobles pautas de evaluación y desigualdad de oportunidades no han sido eliminadas en la medida deseable, y por otro el que en el plano del comportamiento se han producido algunos cambios, muchas

personas conservan los antiguos patrones cognitivos y los efectos resultantes. Moulton 1973 (50), escribe que: " El Inconsciente de la mujer moderna contiene vestigios de las erróneas ideas conscientes de su abuela...Las facultades de adaptación (del ser humano) son notables por su versatilidad, pero rara vez por su rapidez. Una cultura en movimiento parece ofrecer una amplia gama de opciones, pero los efectos son impredecibles".

Solo me queda agregar que en la medida que estas ideas perduren en el nivel consciente o inconsciente continuarán afectando negativamente a la mujer. Es decir, que mientras las pautas culturales de expectativas sobre la mujer no se modifiquen, la mujer seguirá adquiriendo pautas de comportamiento de desvalimiento, necesidad de apoyo externo, de dependencia, de baja autoestima, de culpa, por lo tanto, mayor posibilidad de depresión.

## **1.2. ESTERILIDAD**

### **1.2.1 Esterilidad y Método GIFT**

La palabra esterilidad proviene del Latín, Sterilis que significa que no da fruto o no produce nada. (73)

La palabra infertilidad, tiene sus raíces en el Latín Fertilis e In que significa estado en que la mujer capacitada para el embarazo no lo desarrolla a término. Incapacidad de mantener y desarrollar el producto de la fecundación. (73)

La fecundación ocurre cuando un espermatozo sano penetra en el óvulo maduro. Sin embargo, hay muchas relaciones sexuales realizadas sin ninguna medida anticonceptiva que no dan este resultado.

En las últimas décadas se pudo aclarar bien este problema, al llegar a conocer la fecha corriente de la ovulación. Esta ocurre según Knaus y Orgino en la mitad del ciclo menstrual.

Normalmente la mujer es fértil durante los días anteriores y posteriores a la ovulación.

Una vez aclarado esto parece comprensible que el acto sexual a menudo no llevará a la fertilización, por haber ocurrido en la época (antes, durante o después de la menstruación), que suele denominarse actualmente "esterilidad fisiológica".

A la largo de la historia, así como actualmente, vemos la importancia de que llegada cierta edad, el hombre y la mujer, "deben" contraer matrimonio y posteriormente tener un hijo.

Antiguamente llegada la pubertad, los padres unían en matrimonio a sus hijos, siendo en muchos de los casos arreglos ya establecidos desde el nacimiento, en los que se tomaba en cuenta la clase social, religión y estatus de los comprometidos.

La boda de la pareja era un gran acontecimiento y terminando el festejo se iniciaba la llamada "Luna de Miel", siendo éste, un período en que se alejaba la pareja de familiares y amigos.

Este tiempo en que se alejaban los cónyuges, era nombrado así ya que significaba: Luna, porque posteriormente a la celebración, se esperaban nueve lunas para la llegada del primer descendiente. Y Miel por el aguamiel que ingería el novio y los invitados.

El significado del primer hijo, era de gran importancia para el hombre ya que este hecho le otorgaba respeto, además de demostrar su hombría ante el grupo al que pertenecía.

Con respecto a la mujer era de menor valor el que se le daba, siempre y cuando cumpliera con "dar un hijo".

Sin embargo, hubo mujeres que por diversas razones no pudieron tener hijos; éstas acudían a curanderos y/o brujerías, buscando alguna forma de solucionar su "mal", para así no ser juzgadas y rechazadas por su núcleo social y, por supuesto, no ser abandonadas por sus esposos.

También conocemos desde tiempos inmemorables que se ha buscado la forma de impedir el embarazo. Ante estas situaciones, se recurría a ingerir brebajes preparados que en muchos de los casos provocaban el aborto y/o la muerte.

Posteriormente a la segunda guerra mundial, se intensificó el interés por las investigaciones por la anticoncepción siendo los resultados muy exitosos.

Actualmente conocemos el uso de las píldoras, inyecciones y dispositivos.

El uso generalizado de anticonceptivos, ha favorecido hasta cierto grado no solo la liberación sexual, sino también la promiscuidad que ha dado como resultado



en muchos de los casos la inevitable esterilidad. (Este tema se amplía más adelante).

Los estudios epidemiológicos demuestran que prácticamente se ha duplicado el número de casos de esterilidad, para lo cuál se han propuesto varias explicaciones.

Un mayor número de parejas están acudiendo a los servicios médicos para resolver la esterilidad que padecen; también es un hecho que ha aumentado el número de médicos y personal paramédico que se interesa en el tema de la esterilidad. A estas dos consideraciones generales, se agrega la observación de que actualmente hay un mayor número de mujeres trabajando y, consecuentemente pudieran estar expuestas a agentes tóxicos que ejercieran algún efecto sobre la función reproductiva.

En relación con el problema de esterilidad, se considera que existen factores sociales, de conducta sexual y psicológicos que influyen directamente para condicionar esterilidad.

En la actualidad la mujer tiende a retrasar su época de procreación a los treinta años o más; por otro lado se sabe que el índice de capacidad de fertilidad comienza a descender en esta década de la vida. La explicación para diferir la edad de procreación, por parte de la mujer se debe al interés por realizarse profesionalmente y económicamente antes de buscar el embarazo.

Las parejas estiman que casándose alrededor de los veinte años de edad es conveniente tener un período de espera, cuando menos de dos a cuatro años,

con objeto de alcanzar la estabilidad conyugal y económica antes de planear la procreación.

Con respecto a ésta situación se encuentra el hecho que para planificar una familia es inherente el uso de medidas anticonceptivas que en general se usarán durante un período de 4 a 10 años.

Aunque no se ha comprobado que el uso de anticonceptivos de tipo hormonal produce esterilidad, si en cambio, se ha observado mediante estudios epidemiológicos la existencia de por lo menos un período de subfertilidad posterior a la suspensión del agente hormonal anticonceptivo.

Por lo contrario, el uso de dispositivos intrauterinos, si se asocia con la probabilidad de esterilidad, ya que, aunque poco frecuente, una de las complicaciones del dispositivo es que favorece la infección útero tubaria, que en consecuencia produce obstrucción. (83)

Otra factor que ha causado alarma es que, condicionado a las situaciones anteriores, la exposición a una gran variedad de semen, (múltiples compañeros sexuales), pueden aumentar el desarrollo de anticuerpos provenientes de antígenos de espermatozoides. Esto provoca ulteriormente una esterilidad de tipo inmunológico de muy difícil solución.

Se debe tomar en cuenta que la probabilidad de embarazo en una mujer joven y aparentemente normal es solo del 20% ovulatorio, es decir, que solo una de cada cinco ovulaciones puede ser seguida de embarazo. (Arturo Zarate, Carlos MacGregor) (86).

con objeto de alcanzar la estabilidad conyugal y económica antes de planear la procreación.

Con respecto a ésta situación se encuentra el hecho que para planificar una familia es inherente el uso de medidas anticonceptivas que en general se usarán durante un período de 4 a 10 años.

Aunque no se ha comprobado que el uso de anticonceptivos de tipo hormonal produce esterilidad, si en cambio, se ha observado mediante estudios epidemiológicos la existencia de por lo menos un período de subfertilidad posterior a la suspensión del agente hormonal anticonceptivo.

Por lo contrario, el uso de dispositivos intrauterinos, si se asocia con la probabilidad de esterilidad, ya que, aunque poco frecuente, una de las complicaciones del dispositivo es que favorece la infección útero tubaria, que en consecuencia produce obstrucción. (83)

Otra factor que ha causado alarma es que, condicionado a las situaciones anteriores, la exposición a una gran variedad de semen, (múltiples compañeros sexuales), pueden aumentar el desarrollo de anticuerpos provenientes de antígenos de espermatozoides. Esto provoca ulteriormente una esterilidad de tipo inmunológico de muy difícil solución.

Se debe tomar en cuenta que la probabilidad de embarazo en una mujer joven y aparentemente normal es solo del 20% ovulatorio, es decir, que solo una de cada cinco ovulaciones puede ser seguida de embarazo. (Arturo Zarate, Carlos MacGregor) (86).

Por otra parte cabe mencionar que se requiere de un período de por la menos ocho meses para que el índice de embarazo en las parejas que se inician en las relaciones sexuales y que no siguen ningún método anticonceptivo sea del 80%, y que después de un año, una de cada diez parejas, aún no han logrado concebir.

Las investigaciones acerca de la incapacidad de tener un hijo han avanzado notablemente desde el punto de vista terapéutico; conocemos por ejemplo el uso del ultrasonido que permite diagnosticar fácilmente ovarios poliquísticos, el crecimiento del foliculo y otros. El microscopio y el intensificador de imágenes que permiten efectuar lo que se conoce como microcirugía además de la fertilización extracorpórea.

Sin embargo, actualmente, en algunos casos, se utilizan tratamientos dolorosos y penosos siendo algunas veces inconclusos, ya que las parejas desisten y/o los médicos se encuentran con grandes barreras ante el desconocimiento del por qué de la incapacidad del embarazo, llamando a estos casos, esterilidad de causa no determinada.

Los especialistas en el estudio de la esterilidad están conscientes de la existencia de factores psicológicos que comúnmente rodean a la pareja estéril y que en algunos de los casos estos provocan esta limitación.

A pesar de los notables avances terapéuticos que se han logrado durante las últimas décadas en el manejo de la pareja estéril, aún les es negada la fertilidad a un porcentaje elevado de parejas.

A partir del primer reporte del nacimiento de un bebé logrado por fertilización "in vitro", se han logrado notables avances para tratar de resolver el problema de esterilidad infranqueable a los métodos terapéuticos tradicionales.

Uno de estos progresos ha sido el surgimiento de un novedoso procedimiento terapéutico, que su autor el Dr. Ricardo Asch lo designo con el nombre de GIFT, y como sus siglas lo indican, describe la transferencia de ambos gametos, oocito y espermatozoide a la trompa de Falopio, favoreciendo el ambiente biológico en su hábitat natural, el cual requiere para que ocurra la concepción "in vivo" y posteriormente su desarrolla embriológico temprano y migración a la cavidad uterina.

Desde 1977 el Dr. Ricardo Asch y colaboradores (35), investigaron el transporte de gametos en monos rhesus, posteriormente por el surgimiento de medios de cultivo que favorecerían la manipulación de los gametos, hicieron posible los primeros embarazos en los monos y en 1984 en humanos.

Como requisitos para efectuar este procedimiento, se requiere tener cuando menos, una trompa de Falopio permeable, documentado por laparoscopia, para además comprobar la permeabilidad de la trompa y visualizar las características de la misma.

La pareja que padece de esterilidad debe ser estudiada adecuadamente, siendo tratada según el factor etiológico con los procedimientos convencionales; por lo menos tres ciclos con inseminaciones intrauterinas de espermatozoides

precapitados e hiperestimulación ovárica controlada, antes de ingresar al programa GIFT.

La eficiencia del GIFT no ha sido puesto en duda, considerando que la posibilidad de embarazo y nacimiento oscila entre un 16% y 25% (45).

En términos generales se espera que este procedimiento simplifique aún más su tecnología y paralelamente mejore sus resultados.

### **1.2.2 La Mujer y sus Antecedentes en la procreación**

#### **Planteo Antropológico.**

Margaret Mead citada por V. Klein (49) estudió las conductas sexuales y procreativas en un pueblo primitivo de Nueva Guinea. Los Arapesh viven en una sociedad patriarcal, son gente pobre, suave y trabajadora. Para ellos no existen diferencias temperamentales o intelectuales entre hombre y mujer.

Sin embargo, son los hombres quienes asumen las responsabilidades y se dedican a ciertas actividades como el culto religioso y el arte que quedan vedadas a la mujer. Sostienen que la mujer podría resultar perjudicada en sus capacidades procreativas si se dedicará a algo sobrenatural. La cuidan mucho en ese sentido. Entre los Arapesh, la niña cuando llega a los seis o siete años, es prometida a su futuro esposo quién le lleva unos ocho años.

La niña a esta edad se traslada a la casa de su prometido, quien trabaja junto con su familia para sostenerla. Cuando ella llega a la madurez sexual, se

realizan diversos ritos de iniciación, que culminan en un ayuno. Mientras que la joven esposa está ayunando, recluida en la choza de la primera menstruación, el propio novio le prepara una sopa compuesta por distintas hojas de valor ritual. Al final de la ceremonia el novio le da una cuchara envuelta en una hoja, y es el mismo quién como una madre le ayuda a comer y le sostiene la mano, llevándosela a la boca, como si alimentara a una criatura. Después de la segunda cucharada ella sigue comiendo sola, como si ya hubiera adquirido bastante fuerza para hacerlo y desde ese momento la colectividad los considera como marido y mujer, dejándolos en libertad de consumir el matrimonio cuando quieran.

Durante las primeras semanas de embarazo de la mujer, el marido está obligado a realizar el coito con mayor frecuencia, creyéndose que el semen alimenta y hace crecer al feto. Las madres Arapesh suelen ser muy cariñosas con sus hijos y los niños muy bien recibidos por la sociedad. La lactancia es larga y la relación entre madre e hijo está llena de afecto. Cuando el hijo es destetado pasa a cuidado de los mayores, a los cuales se les despierta el sentido de la responsabilidad mediante el cuidado de los menores.

Una situación totalmente distinta a la existente entre los Arapesh, fue observada por Kardiner citada por M. Langer (50), entre los habitantes de las Islas Marquesas. Estos isleños pertenecen a un pueblo en extinción. Es gente fuerte, aita, de carácter violento y orgulloso. Hay gran desproporción numérica entre hombres y mujeres, el porcentaje es de dos veces y media más hombres que

mujeres. Es una comunidad doméstica, conviven un jefe de familia con su mujer y dos o tres maridos secundarios. En comunidades más adineradas pueden convivir el jefe, su esposa principal, dos esposas más y unos once o doce hombres. Todos los hombres tienen derecho sexual sobre las mujeres. No existen celos, sino, por el contrario, el jefe trata de tener una mujer hermosa para que le atraiga muchos hombres como colaboradores de su comunidad. Cuando quedan encinta el embarazo les da más poder y prestigio. El hijo primogénito es el futuro heredero ya sea niño o niña pueden tener la misma posición. En general, las mujeres pueden desempeñar las mismas funciones que los hombres. Lo único que se les está vedado es el puesto de sacerdote oficiante. Para satisfacer las demandas de sus esposos deben renunciar a sus instintos maternos.

Las mujeres amamentan a sus hijos un máximo de cuatro meses. Después el niño queda al cuidado de los maridos secundarios.

Existe otra costumbre que priva a la mujer de sus derechos maternos la adopción que es muy fuerte y frecuente y se practica en forma natural. Por lo que generalmente, los niños son entregados en adopción y la madre debe renunciar totalmente a su hijo.

Vemos que de acuerdo a la cultura la mujer actúa dependiendo de las demandas que recibe de su entorno social.

Al respecto la doctora Mead (50) nos comenta, "Estamos obligados a deducir que la naturaleza humana es maleable de una manera casi increíble, y responde



con exactitud y en forma igualmente contrastante a condiciones culturales distintas y opuestas".

La antropología contemporánea considera las culturas individuales de la misma manera que la psicología contemporánea a las personas; como entidades únicas e integrales. "Cada cultura elabora en forma distinta el tejido social en que el espíritu humano puede moverse seguro e inteligentemente ... Cada pueblo difiere en su elaboración cultural, elige algunos caminos e ignora otros, insiste en un sector distinto del arco total de las potencialidades humanas". (Margaret Mead) (50)

Lo que se reconoce a través de estas exposiciones también es que ya sea en una tribu u otra es de importancia el embarazo y este se ve lleno de mitos y fantasías. Además de que se espera que después de consumado el matrimonio la mujer quede embarazada.

Es decir que cualquiera que sea la cultura o época las expectativas hacia la mujer son entre otras, pero la más significativa, el que tenga un bebé.

#### **Planteo Psicoanalítico.**

En 1931 en Sobre la Sexualidad Femenina (31), Freud dedica su atención al problema del desarrollo sexual femenino. Amplía sus conceptos en una de sus conferencias ("La Femenidad"), aparecidas bajo el título de "Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis en el año de 1933. (32)

Freud expone con todo detalle el resultado de sus aportaciones sobre el desarrollo de la niña hasta entrar a la fase edípica, la importancia que tiene para ella su falta de pene y las consecuencias caracterológicas posteriores de esta supuesta "falta". Sin embargo, abandona este planteo para describir detenidamente el desarrollo infantil de la sexualidad femenina.

En el trabajo *Sobre Sexualidad Femenina*, nos habla de la fijación libidinosa de la niña a su padre, a menudo muy intensa, siendo esta la repetición de una situación anterior y de igual intensidad con la madre. Esta primitiva ligazón suele persistir durante gran parte de la primera infancia.

Refiriéndose a la evolución sexual de la niña, Freud afirma una vez más que ella se comporta y se siente como un "varoncito" hasta ya entrada la fase fálica y que la masturbación clitoridiana corresponde totalmente a la peniana del varón. La niña desconoce prácticamente su vagina en esta época. El comportamiento sexual es idéntico para los dos sexos durante los primeros años de vida. Freud hace notar que tanto el varón como la niña dirigen sus impulsos libidinosos hacia el mismo objeto; la madre o un sustituto de ella, la mujer que los cuida y atiende.

Mientras que el varón ama desde el primer momento a la mujer, que para él será más tarde un objeto heterosexual, la niña habrá de desligarse de su madre para dirigirse al padre y crear así el modelo para su elección heterosexual.

Por lo que nos dice que la niña debe llevar tres cambios importantes en su estructura libidinosa para cumplir un desarrollo normal. Debe abandonar a su

madre por su padre, desplazar la mayor parte de su excitabilidad del clítoris hacia la vagina y transformar sus fines sexuales activos en pasivos. Estos cambios se realizan en parte durante la fase fálica y en parte en la pubertad. Las vivencias en la primera infancia durante las fases preedípicas son de suma importancia para poder alcanzar satisfactoriamente estos cambios. Su primera relación amorosa con la madre es fundamental para su capacidad de identificación posterior.

En cuanto a la etapa edípica Freud expone la situación femenina en la forma siguiente la niña pasa como el varón, por la fase oral y anal para entrar a la fase fálica. Al principio goza de la estimulación del clítoris, como el varón del pene; tiene centrado todo su narcisismo y su excitación sexual, y acompaña sus actividades masturbatorias con fantasías dirigidas hacia su padre. Así entra forzosamente, en conflicto con su madre. Cuando tiene en ésta época ocasión de observar el órgano sexual de un niño, su primera reacción es de una envidia violenta. Quisiera tener un órgano igual y se siente inferiorizada por la forma rudimentaria de su clítoris. Imagina haber tenido un pene antes y haberlo perdido como castigo por sus juguetes sexuales. Supone que las demás mujeres y principalmente su madre tienen pene. De ahí que la niña quede ligada a su padre, esperando recibir de él el pene, transformándose este deseo en recibir del padre un niño. Con el tiempo se da cuenta que su padre no puede cumplir con sus deseos, se desilusiona de él y se aleja poco a poco quedando el camino libre para otra elección de objeto.

Posteriormente le sigue el periodo de Latencia, comienza al finalizar los cinco años y termina en la pubertad . La característica de este período consiste en que los niños han logrado reprimir la mayor parte de su sexualidad infantil. Se han identificado con el progenitor del mismo sexo y utilizan sus fuerzas instintivas para el estudio y la adquisición de conocimientos.

Para la niña la pubertad se inicia con la primera menstruación. En esta época surge una intensa excitación sexual, proveniente de los cambios que sufre el organismo, reviviscencia poderosa de la sexualidad infantil. Durante la pubertad los objetos inconscientes son todavía los mismos que en la primera infancia. Freud destaca otra vez que la mujer llega solamente a través de procesos complicados de desarrollo y sólo después de la pubertad a su posición femenina, y que muchas mujeres fracasan en esta larga evolución.

Freud expone su último juicio referente al desarrollo femenino en Análisis Terminable e Interminable aparecido en 1937 (32), en donde afirma que el desarrollo de la mujer según el lo expuso, es un hecho biológico y un fragmento del "magno misterio de la sexualidad".

El concepto de Freud sobre la sexualidad femenina provocó una serie de discusiones científicas acaloradas y a veces bastante personales ya que destaca en su desarrollo psicosexual al varón como el tipo "standard".

Deutch, Pines y Langer de la posición psicoanalítica más reciente explican que las alteraciones de fertilidad son una respuesta a motivaciones inconscientes, como son, rechazo a la feminidad e introyección negativa de la imagen materna.

Destacan que la primera infancia y en especial el trato con la madre influirá en el futuro ámbito de la reproducción de su hija. (este tema se amplía en la siguiente sección).

### **Planteo Histórico.**

Ahora veamos desde otro punto de vista el desarrollo de la mujer en diferentes épocas y como actualmente lo apoyan varios teóricos en psicología, presenta varios conflictos al rededor de la maternidad. (50) (23)

Anteriormente la sociedad imponía a la mujer severas restricciones en el terreno sexual y social, pero favorecían el desarrollo de sus actividades y funciones maternas. Las consecuencias de estas restricciones fueron la gran frecuencia de la histeria y otras manifestaciones psiconeuróticas en la mujer. Actualmente el cuadro ha cambiado.

En este último siglo la mujer de nuestra civilización ha adquirido una libertad sexual y social totalmente desconocida apenas tres generaciones atrás. En cambio las circunstancias culturales y económicas imponen graves restricciones a la maternidad.

Para conocer mejor los conflictos de la mujer moderna necesitamos conocer su evolución histórica y comparar, además nuestra sociedad actual con otras diferentes.

En nuestra sociedad occidental y patriarcal durante muchos siglos la mujer estaba totalmente supeditada al hombre. Fué la revolución francesa la que, con

su lema de igualdad, puso por primera vez en duda que esta supeditación fuese natural e inalterable. Sin embargo, en la clase media y alta no se produjo ningún cambio inmediato al respecto. Mientras que en la clase baja la mujer nunca había diferido, tanto de aquel.

En la familia de campesinos y obreros, mujeres e hijos habían compartido el trabajo del hombre y todos tenían una responsabilidad.

Con los descubrimientos técnicos y la transformación del trabajo que inevitablemente llevaba a la concentración de los obreros en la fábrica, el hombre abandonó la industria casera, y la mujer le siguió pronto, no impulsada por rivalidad con él, sino por necesidad.

Mientras que los hijos se convertían muy pronto anteriormente en ayuda en el hogar y en el trabajo casero, ahora se transformaron en una carga para la mujer que, volviendo a casa cansada del trabajo, tenía que dedicarse en sus pocas horas libres a la atención de la casa y de los hijos.

En el campo los cambios ocurrieron mucho más tardíamente, por un lado la migración de la población campesina a los grandes centros urbanos que sigue también en la actualidad. Por otro lado también el problema del desarraigo, de las villas miseria, de la prostitución, de los hijos ilegítimos, etc.

Mientras que el cambio de la mujer de la clase obrera se produjo a lo largo del siglo pasado, éste no afectó a la mujer de la clase media y alta hasta la primera guerra mundial. De pronto las mujeres de diversos países, cuyo único campo de acción había sido el hogar y su núcleo social, y cuya única función había sido

tener hijos y educarlos y que vivían en dependencia económica y social, primeramente de sus padres y después de sus maridos se vieron incitadas a ocupar en todos los terrenos el lugar del hombre. Realizaron exitosamente tareas que, hasta entonces, se habían considerado irrealizables para ellas y obtuvieron, junto con su inclusión en el proceso del trabajo, plena independencia y responsabilidad. Una vez terminada la guerra, el cambio ya se había hecho irreversible.

La mujer de clase media de 1914 respondió con tanto entusiasmo a abandonar su hogar y empezar a trabajar, no únicamente por patriotismo, sino por estar disponible psicológica y materialmente. Su madre, en su época ocupada por numerosos embarazos y la crianza difícil de muchos hijos, no habría sido así. Pero la mujer de principios de siglo, tenía un número reducido de hijos y se sentía desperdiciada en su hogar vacío. Los progresos de la medicina habían causado esta situación.

Los logros de la mujer terminan con el prejuicio arraigado desde el principio de nuestra historia de su inferioridad intelectual y emocional.

Actualmente la mujer, para dar valor a su vida, tiende a buscar nuevos contenidos. El ideal de la maternidad, a la cuál toda mujer aspira, se ha acompañado por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente y muy frecuentemente en pugna con la maternidad.

La niña de nuestra época, no forzada por razones económicas a trabajar inmediatamente en lo que más rinda, está frente a un dilema vocacional: el de vivir de la vida de antaño o elegir la carrera adecuada.

La mujer actual debe dedicarse a su casa, atender a su marido, dedicarse a la crianza y educación de sus hijos. Pero simultáneamente debe cumplir fuera de su casa, con un horario de trabajo igual al del hombre. Al mismo tiempo se espera de ella que dedique parte de su tiempo, ya tan escaso a su arreglo corporal. Ella intenta coordinar todas estas tareas, sin que le sea posible cumplir con todo. Lo percibe, sufre por su supuesta incapacidad y se siente culpable ante su marido, sus hijos, su jefe; se reprocha a si misma por no rendir todo lo necesario.

Todo lo referido hasta ahora se enfoca a la mujer que a pesar de todas las dificultades externas e internas logra su maternidad.

Pero muchas no alcanzan esta realización. En los Estados Unidos actualmente es importante el porcentaje de mujeres que llegan a la menopausia sin haber tenido hijos. Y quedan frustradas así y truncadas, por no haber realizado una parte trascendental de su ser.

En la mujer existe una correlación constante entre procesos psicológicos y biológicos. Desde la menarquía hasta la menopausia, es decir durante la parte más importante de su vida, se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad. Por la actuación endocrina de los ovarios, la



mucosa de la matriz se prepara continuamente para recibir al óvulo fecundado y albergar al feto.

Los trabajos de Benedek y Rubenstein citados por M. Langer (50), sobre el ciclo sexual de la mujer, no dejan lugar a dudas de que esta preparación biológica se manifiesta en los cambios psicológicos correspondientes. Observaron estos autores un incremento del deseo sexual en la época anterior a la ovulación, es decir, de posibilidad máxima de fecundación. En ésta época las mujeres estudiadas por ellos experimentaban conscientemente sentimientos de amor y deseaban recibir al compañero. Parece existir un deseo en la mujer instintivo de ser fecundada y concebir un niño.

En general se puede decir que la mujer, aunque utilice medios anticonceptivos y descarte conscientemente durante el coito las posibles consecuencias, percibe en su inconsciente una relación constante entre la aceptación del placer que le ofrece su compañero y la fantasía de un embarazo. (50)

### **1.2.3 Trastornos de la Fecundación**

Aunque el objetivo de este estudio es un análisis acerca de la esterilidad en relación con la depresión, se expondrán algunos trastornos que varios de los autores que se presentan en ésta investigación consideran tienen un origen psicógeno común y que se expresan en alteraciones diversas.

### **Aborto con Componente Psicógeno**

Para H. Deutsch (23), en todos los embarazos existen tendencias hostiles al feto y casi siempre la mujer encinta tiene la tentación de romper la armonía de su estado.

A. Haynal y W. Pasini (65), señalan que son muchos los factores externos que explican a veces algunos abortos y que estos justifican mucho menos su repetición. Consideran que las causas emocionales en estos casos son un estado conflictivo permanente en la mujer, como una falta de entendimiento conyugal, celibato, dificultades económicas a una insatisfacción profesional agravada por la maternidad. Concluyen al igual que Salerno, que en todos los casos de abortos, la reacción emocional principal está constituida por la ansiedad.

A través de la práctica psicoanalítica se ha podido observar que la mujer que aborta, de una manera u otra, lo hace porque no ha podido identificarse adecuadamente con su propia madre. Frieda, Fromm Reichmann (23), refiere que a través de la labor psicoanalítica se revela que el aborto es motivado porque la maternidad les parece intolerable debido al intenso odio, no reconocido, de ver embarazada a su propia madre.

Marie Langer, (50) considera que las causas por las que la mujer puede abortar son, el temor al embarazo, a la muerte, a la femineidad, a que la madre quite al hijo por enojo y celos, por la propia frustración oral temprana.

Por último, H. Deutsch (23), señala que el aborto deja en la mujer un profundo sentimiento de culpa, que de hecho fue originado con la propia madre y con el deseo inconsciente que tuvo la niña de destruirla.

#### **Pseudociesis (Embarazo Falso)**

En estos casos las mujeres presentan los síntomas de un embarazo de una forma más o menos completa. Las modificaciones somáticas y hormonales dependen de factores psicológicos. Bivin y Klinger, citados por A. Haynal y W. Pasini, consideran que las alteraciones psicológicas que producen estos embarazos son, el deseo del embarazo para agradar al marido, restablecer el entendimiento conyugal o convertirse en el centro de interés. Referida también por los mismos autores, Helen Deutsch, considera que presentan una ambivalencia hacia el embarazo, asociando el deseo y el temor.

Así mismo Fried y Rakoff, opinan que el embarazo es una demostración de potencia al asimilarse el éxito femenino con la capacidad reproductora; es un medio de entrar en competencia, con otras mujeres; sería también un comportamiento autopunitivo al presentir la mujer el desprecio de que será objeto.

Marie Langer (50), refiere que en estos casos, la mujer hace una transacción imaginaria entre su deseo de tener un hijo y su incapacidad de alcanzar la maternidad, basada en causas reales, psicológicas o psicosomáticas. En su intento de negar tal incapacidad se tiende a sí misma y a los demás una trampa,

está aparentemente segura de esperar un hijo logrando transformar su cuerpo hasta el punto que convence también a los demás, y a menudo hasta su médico. Ruth Moulton, citada por M. Langer (50), opina que las causas psicológicas en los casos de pseudociesis son principalmente una fijación a la situación edípica. M. Langer considera que el conflicto consiste en una fijación preedípica a la madre y en las persistencias infantiles de anhelo de cariño.

#### **Compulsión a la Concepción**

En uno de los casos que presenta M. Langer (50), relata sobre una mujer que en determinada época de su vida, durante la cual un embarazo era realmente catastrófico se mostraba sumamente fecunda, mientras que tuvo dificultades en concebir cuando lo ansiaba conscientemente y cuando ya no había ningún obstáculo exterior para la realización de sus deseos.

Helen Deutsch, citada por M. Langer, da la explicación de este fenómeno aparentemente contradictorio. Habla de una "Compulsión a la concepción" en los casos en los cuales la mujer concibe con suma facilidad justamente en circunstancias psicológicas y exteriores muy desfavorables.

La autora demuestra con material clínico que los mismos factores psicológicos que en una mujer originan una esterilidad en otra pueden ser la causa a una compulsión a la concepción.

Considera M. Langer, que, por lo general, la concepción indeseada es un síntoma neurótico, a pesar de la importancia de la actitud del compañero, la ignorancia de la mujer y otros factores que influyen en el proceso y que pueden, de por sí, estar desvinculados en su neurosis. Expone que la mujer somatiza su conflicto por medio del embarazo, reconociendo que la mujer soltera, en su temor al embarazo, su búsqueda de castigo y también su deseo rechazado de maternidad, sufre con mucha frecuencia de retrasos menstruales. Así también observa, que la mujer estéril deseosa de tener un hijo presenta los mismos retrasos menstruales por motivos aparentemente opuestos. Ambas mujeres expresan a través del mismo síntoma somático, -el atraso menstrual-, pero por un estado psicológico aparentemente opuesto, el mismo conflicto; su posición ambivalente frente a la maternidad y su deseo de un hijo que, por una u otra causa, no se siente con derecho a tener.

### **Esterilidad**

Se ha intentado establecer un perfil de la personalidad de las mujeres que presentan una esterilidad inexplicable. Los autores insisten en un estado de tensión que determina una disfunción del aparato genital.

Bos y Ciegorn, citados por A. Haynal y W. Pasini, describen cinco tipos de mujeres estériles:

- 1.- Las mujeres psicicas y emocionalmente inmaduras: son seres débiles, emotivos, sobreprotegidos, dependientes y que reprimen su hostilidad, en

especial con referencia a su madre. Se encuentra en ellas un fracaso crónico en su adaptación a situaciones interpersonales y establecen en sus relaciones matrimoniales una función del tipo padre-hijo.

2.- Las mujeres masculinas agresivas en las que el rechazo de la feminidad implica entre otros, el de la maternidad.

3.- Una personalidad inmadura y dependiente que puede esconderse detrás de una conducta agresiva y dominante.

4.- Las mujeres de tipo femenino-erótico que consideren la maternidad como una fuente de molestias.

5.- Las mujeres ansiosas ante todo cambio y, entre otros, ante las cargas emocionales de un embarazo.

Para H. Michel-Wolffromm (50), la personalidad de las mujeres estériles no es nada específica; únicamente es la existencia de una neurosis del carácter que compromete la maduración del individuo, la que parece realmente dificultar la posibilidad de la maternidad.

El Dr. Anselmino, citado por M. Langer, publicó gran cantidad de historial de mujeres con períodos largos de esterilidad que expresó en su trabajo "Embarazo logrado después de una esterilidad no tratada y de larga duración". En esta investigación llegó a las siguientes conclusiones: la mayoría de las pacientes provenían de ambientes familiares neuróticos y conflictivos al igual que su presente relación de pareja, se observaron problemas económicos que provocaban que la mujer desempeñara algún trabajo exhaustivo o en

desacuerdo con su posición femenina. Cuando el estado de tensión desaparecía, por un cambio favorable de su situación externa, las enfermas se embarazaban.

Therese Benedek, mencionada por M. Langer, estudió detenidamente a seis mujeres que se habían sometido a la inseminación artificial porque sus maridos tenían problemas de infertilidad. Ellas eran consideradas normalmente fértiles, sin embargo, se observó que las mujeres que tenían una ovulación normal empezaron a presentar ciclos anovulatorios, una vez empezada la inseminación artificial. Por lo que concluye que se debe indicar psicoterapia dado que sin ella la inseminación artificial no daba resultados.

Este estudio está lleno de sugerencias, el primero es que cuando las mujeres se vieron enfrentadas con la posibilidad de realizar sus deseos conscientes de maternidad, se angustiaron tanto que perdieron temporalmente su fertilidad. Por lo que la perturbación física era provocada por ansiedad.

Marie Langer, hace mención en su libro *Maternidad y Sexo* a H. Stieve que logró demostrar por métodos objetivos, anatómicos e histiológicos la influencia de los procesos psicológicos sobre el aparato genital. Realizó autopsias a cadáveres de presos de ambos sexos que hubieran muerto ajusticiados, para investigar el estado de sus órganos genitales en la época de la Alemania Nazi. Previamente cuando los sujetos de su investigación estaban todavía con vida, los interrogó sobre la normalidad de su vida sexual. Resultó que el 75% de las mujeres que habían menstruado normalmente antes de su detención, dejaron de menstruar

inmediatamente después. Evidentemente estaban presas de gran angustia porque ya suponían que serían condenadas a muerte. Resultó que todas ellas habían sufrido grandes daños en sus órganos procreativos.

La mucosa de la matriz de una ajusticiada de veinte años de edad que había estado 68 días en prisión, tenía el mismo grosor y aspecto que normalmente tiene la mucosa de una mujer de 60 años. Los ovarios de otra presa, de veinticuatro años, que había tenido su última menstruación sesenta y dos días antes de su muerte se parecía a los ovarios de una mujer en pleno climaterio.

En 1983, Moghissi y Wallach (59), a través de una investigación de esterilidad inexplicable, reconocen características de estrés, desesperación y depresión en las parejas con este problema. Enfatizan el hecho de que el suicidio en parejas con esterilidad es aproximadamente el doble que en parejas en época de climaterio. Además de que cuando se les comunica a las parejas de su posible esterilidad, la tensión que les provoca repercute en alteraciones sexuales como la impotencia, deseo sexual y disfunciones orgánicas. Al igual que otros autores reconocen que el estrés afecta a la ovulación alterando los niveles de catecolaminas y prolactina.

Existen estudios (41) que para comprobar en una forma más experimental el estrés emocional, hicieron una correlación entre muestras de prolactina basal y exámenes psicológicos que miden el estrés emocional de las pacientes. El análisis se llevó a cabo en un grupo de mujeres con esterilidad inexplicable y un grupo control de mujeres fértiles.



Los resultados revelaron que las parejas estériles muestran mayores características de estrés que el grupo control, además de presentarse un subgrupo de mujeres caracterizadas con un alto y significativo estrés psicológico y elevaciones intermitentes de prolactina. Esta investigación se llevó a cabo en el colegio de Trinity en el departamento de ginecología y obstetricia en Ireland en 1986.

Otra investigación acerca de la correlación entre los niveles de prolactina y estrés es la que se llevó a cabo en el hospital de San James en Inglaterra encontrando la misma correlación.

En el hospital de San James (64), reconocen la importancia de atender los triunfos y fracasos de las pacientes, así como, la preparación farmacológica y el ambiente de la clínica. Además sugieren ofrecer a las pacientes terapias de relajación y adiestramiento en auto-sugestión.

La tensión, ansiedad y estrés han sido contempladas como componentes en los problemas de esterilidad, ya que estos son un factor que inhibe, acentúa o favorece la procreación, como se menciona en las investigaciones antes expuestas. Dentro de éstas circunstancias se ha considerado que la adopción puede remover la tensión y cambiar la fisiología reproductiva. Al respecto, Aromet en 1974 (3), estudió 533 parejas estériles, de las cuales 133 adoptaron en un período de 9 años; la incidencia de embarazo después de la adopción fue del 20% y entre quienes no adoptaron la proporción de embarazo fue de 67%. Los autores concluyeron que la especulación acerca de la adopción para facilitar

el embarazo no tiene ningún fundamento y el valor terapéutico de la adopción respecto a la concepción no está suficientemente apoyada.

Platt en 1973 (68), utilizó también pruebas psicológicas en un estudio realizado para difundir el conocimiento de los aspectos psicológicos de la esterilidad tanto en hombres como en mujeres. Fueron evaluadas varias hipótesis de la personalidad y del autoconcepto de hombres y mujeres estériles, encontrando que los individuos con trastornos de la fertilidad creen que los eventos emocionales de sus vidas están bajo el control de fuerzas externas caprichosas, más que bajo el control de sus propias capacidades. Presentan discrepancia significativa entre la percepción de su yo real y su yo ideal y difieren de las personas fértiles en un gran número de dimensiones de la personalidad, muestran mayor evidencia de disturbios emocionales, resultando que las mujeres estériles presentan mayor neurotismo y ansiedad que los hombres.

Por otro lado nos encontramos con la investigación de Paulson (70), que estudia a 150 mujeres diagnosticadas con esterilidad, aplicándose el estudio a través de un año y medio. Las pruebas psicológicas que aplicaron son, la prueba de personalidad factor 16 (16PF) la cual estudia características de sumisión y dominancia, la escala de ansiedad de IPAT, la escala de depresión de IPAT, la prueba de autoconcepto de Tennessee; la escala de Interno y Externo control y otras. Los resultados no demostraron alteraciones significativas. Por lo que el autor concluye que no son mayores las alteraciones de las mujeres estériles en relación con mujeres en general. Que el estrés que presenta la mujer con

problemas de esterilidad no altera en forma significativa los factores emocionales estudiados a través de las pruebas por lo que sugiere mayores investigaciones al respecto.

Con respecto al impacto intrapersonal e interpersonal del diagnóstico y el tratamiento de esterilidad. Daniluk (1988) (22), realizó un estudio exploratorio y longitudinal, tratando de dar respuesta al déficit de estudios experimentales rigurosos; trabajó con 43 parejas quienes consultaban por primera vez sobre sus trastornos de fertilidad.

El estudio se realizó para determinar si ocurren cambios en la relación marital, en la satisfacción sexual y en los niveles de angustia psicológica en las parejas participantes, mientras progresaban las investigaciones médicas de su esterilidad, así como el impacto del diagnóstico y el tratamiento de la misma. Los cambios fueron evaluados basándose en sexo, información diagnóstica, etiología de la esterilidad y la utilización de pruebas como el inventario multifasético de la personalidad (MMPI), la escala de cambios de la reacción (RCS), el cuestionario del hospital de Middlesex, el índice de satisfacción sexual (ISS), el test de ajuste marital (MAT), el índice general de sintomatología (GSI) y el SCL-90R; además se tuvo en cuenta el tiempo invertido tratando de concebir.

Los resultados indicaron que las parejas experimentaban angustia significativa durante la entrevista médica inicial y en el momento del diagnóstico, la cual fue disminuyendo conforme avanzaba la investigación médica. En cuanto a la

mujer, ésta presentó mayores niveles de angustia que el hombre a través de toda la investigación. La depresión también se mostró al igual que la angustia más acentuada en la mujer. En cuanto a la satisfacción sexual los resultados mostraron alteraciones e insatisfacción sobre todo en aquellas parejas que se les diagnosticó esterilidad inexplicable. En estas parejas se observó que tenían alteraciones anteriormente a reconocer su esterilidad.

Deutch, Soifer, Pines y Langer, entre otros de la posición psicoanalítica explican que la esterilidad es una respuesta a motivaciones inconscientes, como son, rechazo a la feminidad e introyección negativa de la imagen materna.

Marie Langer (50), plantea como tesis central en su libro *Maternidad y Sexo* que la mujer moderna, al adquirir más libertad sexual y social ya no sufre tanto con cuadros neuróticos típicos, como la histeria; restringida empero, en sus funciones maternas padece, en cambio de trastornos psicossomáticos en sus funciones procreativas.

Marie Langer, argumenta que: "aunque la primera infancia influye en el desarrollo futuro, también cuenta los años posteriores, un trato comprensivo y realmente bondadoso por parte de las personas que rodean al niño puede mitigar tanto las consecuencias de las primeras vivencias infantiles como de acontecimientos dañinos ocurridos durante la infancia. Además el propio efecto traumático de las vivencias dependen del comportamiento de los padres. Una madre que no prive de cariño y dedicación a su propia hija, aunque espere un nuevo hijo, no provocará los celos desesperados que suscitará otra preocupada

y amargada por un nuevo embarazo, creando en la niña en su futura reproducción conflictos de esterilidad".

M. Langer a través de su exposición de cinco casos psicoanalíticos de mujeres estériles, describe que el odio y el temor consecutivo al castigo es el factor básico en la esterilidad y como resultante la culpa. Nos habla de tres clases de culpa:

- 1.- Odio es la primera culpa en el problema de la esterilidad.
- 2.- La culpa de la cual se acusa inconscientemente es la insaciabilidad y egoísmo infantil, ambos sentimientos consecuencia de frustraciones tempranas.
- 3.- Inconsciente fijación homosexual e infantil a su madre.

Es decir, 1) odio a la madre embarazada, 2) deseo de seguir siendo una niña mimada y 3) inconsciente fijación erótica a la madre. Estas tres culpas le impiden madurar y transformarse en madre a la vez.

Por lo que muestran deseos conscientes de ser madre contra deseos inconscientes de no serlo, es decir ambivalencia frente a el embarazo.

En los casos que presenta Langer hace notar características de depresión, ansiedad, angustia como manifestaciones de estas pacientes.

Langer cita al Dr. Carcamo el cual a través del análisis de una paciente estéril descubre que la depresión es el resultado de conflictos internos, vividos antes con la madre y vinculados luego con su marido y el mundo exterior, es decir, que en los casos de esterilidad la imagen materna (amenaza de castigo y abandono

de la imagen interior de la madre frustradora) continúa prohibiendo y frustrando todo anhelo personal legítimo.

Dinora Pines (1990) (67), al igual que Carcamo, opina que el problema de esterilidad se reconoce en etapas preedípicas en las que la madre juega un papel muy importante. Observa que el dolor es desbastador para la mujer en el momento de saberse estéril y que el retraso de embarazo que actualmente se manifiesta en muchas parejas con motivo de una estabilización económica u otras es el retraso a la conflictiva interna en relación con la madre que presenta actualmente la mujer.

En el reporte de Pines en el que se ilustra con dos casos clínicos resume que, el deseo de tener hijos, si permanece insatisfecho en la edad adulta, es causa de sufrimiento y tensión en la pareja. El fracaso para concebir en una mujer podría tener sus raíces en una relación temprana insatisfactoria con su madre. Las nuevas técnicas de esterilidad constituyen una esperanza para estas pacientes pero en caso de no ser exitosas podrían también agregar nuevos problemas emocionales. Comenta que se restringe la espontaneidad en las relaciones sexuales, y la transferencia con los doctores que administran las técnicas, otorgando o denegando permiso para mantener una relación normal, en donde se repite la sumisión infantil a los padres poderosos del pasado.

Ford y Collis en 1953 (64), realizaron un estudio con mujeres infértiles encontrando motivaciones infantiles y neuróticas para desear embarazarse, tales como, satisfacer las demandas de la pareja, fortalecer un matrimonio

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tambaleante, ser igual a otras mujeres, tener alguien que las ame y tener compañía. En la historia marital observaron matrimonios precipitados, disarmónicos con mal ajuste sexual.

Herman Hirsch en Israel 1966 (42), observó cierta asociación entre síntomas clínicos como amenorrea, desangramiento, vaginismo, y resistencias inconscientes ante el embarazo. Reporta que las mujeres de su estudio presentaron ambivalencia hacia la menstruación, sexualidad y reproducción. El recomienda que para evaluar problemas de esterilidad, es necesario hacer un análisis profundo de los disturbios de personalidad, como son las motivaciones reales e inconscientes y como éstas repercuten en el sistema reproductivo que pueden presentar las pacientes para analizar si éstas no están influyendo negativamente sobre el sistema reproductor. El propone un tratamiento de psicoterapia e hipnosis.

Alexander E. Chigbuth en 1975 (21), al igual que Hirsch, apoya el tratamiento a través de la hipnosis. La base de su análisis se centra en que ésta es utilizada para el aborto espontáneo, y que esta técnica puede ayudar en la activación de mecanismos psicológicos que pueden prevenir en el encuentro del espermatozoides y el óvulo.

Kipper David A. en Israel en 1977 (48), realizó una investigación con 25 mujeres que en el pasado fueron orgánicamente estériles y que posteriormente a una cirugía correctiva tuboplástica quedó desechado algún daño orgánico, y que sin embargo se presentaba la esterilidad.

En este estudio aplicó tres pruebas psicológicas, el Inventario de Personalidad de Eysenk, el Inventario de percepción Objetiva Social y test proyectivo de Lakin. Los resultados no mostraron alteraciones significativas en la escala neurótica pero sí en cuanto al rol femenino en las dos últimas.

Emily Mudd 1980 (62), nos comenta de dos parejas que padecen esterilidad y que posteriormente a tratamientos e intervenciones médicas se les aconseja como nueva alternativa la inseminación artificial. Una de las parejas decidió realizarla en un futuro y la otra se opuso a esta nueva técnica. E. Mudd concluye, que en el tratamiento de fertilidad deben tomarse en cuenta también otro tipo de factores como son la educación, religión, relación marital y los objetivos de la pareja a corto y largo plazo.

Jean Reboul en Francia 1982 (74), basándose en las observaciones de 145 mujeres en consultas privadas menciona que los doctores deben sensibilizarse en los casos de tratamiento de fertilidad ya que muchas mujeres muestran gran estrés e inseguridad, como resultado de sus fracasos, afectando estos elementos al deseo de tener un hijo.

Argumenta el autor, que es de gran importancia no permitir que la esterilidad llegue a ser una excusa en las pacientes, para no relacionarse con otros aspectos de una vida normal. Además da gran relevancia a los sentimientos que alientan las pacientes hacia su capacidad para ser madres.



Afirma que las mujeres con problemas de esterilidad presentan algunas veces, ambivalencia acerca de seguir curándose especialmente después de tratamientos prolongados siendo en algunos casos poco efectivos.

Schepank Heinz Alemania 1983 (77), realizó una investigación con 150 parejas sin hijos en una clínica de infertilidad en el departamento de ginecología y obstetricia. Recibieron un cuestionario de 41 preguntas de factores psicosociales en los que plantean problemas específicos de los padres sin hijos. Las preguntas concierne a situaciones tales como la situación de pareja, la interacción en ella y motivaciones en el deseo de tener un hijo.

En los resultados se observó que más del 50% de las parejas con problemas de esterilidad prefieren atenderse juntos. El 26% sienten grandes restricciones en su desarrollo sexual debido a la no realización del deseo de tener un hijo, el 48% siente la presión de la expectativa de su medio ambiente, el 98% consideran que el no tener hijos en su matrimonio es un problema de las dos partes. El deseo de formar una familia, es la primera categoría en la lista de sus motivaciones.

Charvet F. Francia 1983 (20), analizó la importancia de la colaboración del doctor y el psicoanalista en los casos de esterilidad. Hace un estudio de casos clínicos durante 18 meses, encontrando conflictos latentes psicológicos. Consideran que cuando están en consulta los pacientes expresan preconsciente y conscientemente sus fantasías en donde el verdadero significado de los síntomas de la esterilidad puede encontrarse.

Las alteraciones psicológicas a las que se refieren son, conflicto-edípico no resuelto, fantasías acerca de la reproducción genética y temores acerca de ser abierto su cuerpo.

Reflexiona el autor acerca de las parejas que tienen un porcentaje de fertilidad que va más allá de los límites clásicos. Observa que no hay un perfil típico de las características psicológicas que la causan, sin embargo pueden estar expresando alteraciones psicológicas.

En la escuela de enfermeras de Florida en los Estados Unidos, Deborah Frank en 1984 (27) hace un análisis sobre el impacto de los factores psicológicos como causa de la esterilidad psicogenética. Describe que las continuas negativas en cuanto al embarazo van provocando falta de confianza y aflicción y que estas pueden declinar en una crisis emocional en la que se vea afectada la pareja.

En otros estudios sobre las intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de parejas con esterilidad secundaria, en 1985 por Sarrel P.M. (76) analizó veinte parejas con historial de esterilidad secundaria y sin etiología orgánica detectada. Se designaron dos grupos al azar, en el primero intervinieron tanto el médico como el psicoterapeuta, en el segundo grupo no intervino el psicoterapeuta. El objetivo del psicólogo en las entrevistas fue de detectar y descubrir los problemas psicológicos y sexuales que presentaran las parejas. Las entrevistas incluían a la pareja y al médico especialista en fertilidad.

Las intervenciones psicológicas descubrieron conflictos psicológicos siendo el más prevaeciente el de la relación de la mujer con su madre, en las que se confunden las fronteras psicológicas entre las dos. En cuanto a los conflictos sexuales, se tuvo conocimiento de gran discordia marital y miedo al embarazo. Lo más impactante de esta investigación es que después de 18 meses de haber realizado ésta, seis de las diez mujeres del primer grupo se embarazaron y una del otro, haciendo reflexionar acerca de la influencia de posibles factores psicológicos que afectan en estos problemas.

Acerca de los componentes de la infertilidad psicológica, P. Mahsted en 1985 (54), nos comenta acerca de las respuestas psicológicas más comunes tales como la depresión como consecuencia de un prolongado e incontrolable estrés, enojo ante la confusión y gran culpa. En muchos de los casos las intensas respuestas son apropiadas y asociadas con el dolor causado por la muerte de un hijo, pero es un hijo que nunca nació y en el que no hay funeral.

Mendiola Richard en 1990 (58), realiza una investigación con mujeres con problemas de fertilidad proponiendo una terapia cognitiva. El comenta que el estrés que provoca el diagnóstico de esterilidad puede modificar el control primario de vida que trae como resultado la adaptación al medio. En el estudio se examinó tres aspectos de adaptación cognitiva las cuales son; reconocer el control personal, conocimiento de las modificaciones así como encontrar los beneficios en la adversidad y la adaptación del individuo a través de los eventos del tratamiento. El autor reconoce que la terapia cognitiva es de gran ayuda para

las personas con esterilidad y en otros eventos en que se provoca ansiedad y estrés.

Víctor J. Callan en 1989 (15), propone al igual que Mendiola modelos cognitivos en las adversidades de la esterilidad . El reporta un modelo de 9 estrategias para que la persona o pareja entiendan y encuentren patrones para entender su crisis. Resumiendo estas son:

-Estrategia 1) Estar mentalmente preparados, reconocer todo tipo de alternativas que pueden presentarse.

-Estrategia 2) Aceptar y redefinirse.

-Estrategia 3) Mantenerse ocupado.

-Estrategia 4) Solicitar información y soportar.

-Estrategia 5) Tomar acción en soluciones ante el problema.

-Estrategia 6) Observar alternativas de recompensa.

-Estrategia 7) Calmada aceptación de emociones.

-Estrategia 8) Descarga emocional.

-Estrategia 9) Resignación y aceptación.

Dr. Francisco Morales y col. 1995 (60), con respecto a el autoconcepto y características de personalidad entre hombres y mujeres estériles y fértiles, encontró que ante la esterilidad los pacientes utilizan la fantasía, el aislamiento y las defensas de tipo obsesivo compulsivo, así como, la depresión y las quejas somáticas estas últimas en menor proporción, como recursos adaptativos.

Resume que la esterilidad en general, se vive como una pérdida de la capacidad procreativa, ya que ésta amenaza el autoconcepto, la identidad del individuo y las expectativas propias y socioculturales.

La muestra de esta investigación se conformó por un total de 160 pacientes, divididos en cuatro grupos: 40 hombres y 40 mujeres con esterilidad primaria, sin hijos; 40 hombres y 40 mujeres fértiles que por la menos tuvieron un hijo; con un intervalo de edad entre 20 y 40 años, escolaridad mínimo primaria y nacionalidad mexicana pertenecientes al Instituto Nacional de Perinatología.

Se aplicó la escala de Autoconcepto de Tennessee, de William Fitts y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.).

El Dr. Francisco Morales y col. 1992 (61), realizó una investigación con pacientes que ingresaron a un programa de fertilización asistida médicamente en el Instituto Nacional de Perinatología. El presente trabajo se llevó a cabo con 50 pacientes con esterilidad, a las que se le suministraron el Inventario de Ansiedad, Rasgo-estado (IDARE ), la Escala de Automedición de la Depresión (AMD) y el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

A través de los resultados afirman que no se logró detectar síntomas de ansiedad y/o depresión aunque clínicamente se observan, sin embargo, con el MMPI se pudo establecer que son síntomas que se hayan organizando en otras reacciones emocionales como la fantasía, las manifestaciones obsesivo-compulsivas y las quejas somáticas.

Las investigaciones anteriormente mencionadas por un lado se enfocan a la comparación de muestras de prolactina en relación con el estrés emocional demostrando que sí existe correlación entre el estrés y alteraciones orgánicas. Por otro lado los estudios se enfocan a analizar las características de estrés y otros aspectos que rodean a la pareja estéril.

Estas se resumen en los siguientes puntos:

1) Dificultad para aceptar la realidad que se convierte en un estado de ansiedad.

Se levanta una barrera psicológica que obstaculiza en muchos de los casos la fertilidad.

2) Aislamiento

3) Cuando la pareja se esfuerza por conseguir el embarazo sin obtener resultados, crea paulatinamente un sentimiento de culpa.

4) Estrés emocional que se manifiesta por respuestas extremadamente emotivas.

Desde el punto de vista intrapsíquico nos encontramos con odio, culpa ambivalencia frente al embarazo, introyección negativa de la imagen materna y conflictivas entre los deseos conscientes e inconscientes de las pacientes.

La opinión de la teoría cognitiva al respecto nos muestra también como características de estas pacientes, ansiedad, estrés y depresión.

Independientemente del origen psicológico que esté provocando la esterilidad, se observa que las alteraciones psicológicas que resultan del conocimiento de

las pacientes de tener problemas de esterilidad y no lograr su maternidad son la ansiedad, estrés y depresión.

Por medio de esta revisión se confirma la importancia que tiene el estudio de los aspectos psicológicos en la esterilidad y en especial la depresión.

## **CAPITULO II**

# **METODOLOGIA**



## **2.1 Planteamiento del Problema**

Actualmente se observa que los problemas de esterilidad van en aumento ya que por lo menos el 10% de la población presenta esterilidad. ( Dra. Esther Moscada 1987 ).

Los tratamientos médicos son diversos y costosos, sin embargo, pocos son los que incluyen paralelamente apoyo psicológico.

Sin embargo, a través de la observación clínica y médica no se deja de reconocer la tristeza, con la que vive la mujer estéril. A través de la revisión bibliográfica mencionada, se originan una serie de inquietudes en cuanto a la posibilidad de encontrar características de depresión que nos permitan orientarnos para crear procedimientos psicoterapéuticos que actúen coordinados a los tratamientos médicos, con respecto a pacientes con esterilidad.

Otro cuestionamiento que nos hacemos con respecto a la mujer estéril, es el cómo se describe en relación con la vivencia de un papel psicosexual y la angustia con que enfrenta, la imposibilidad de embarazo.

Estas inquietudes se transforman en un Planteamiento del Problema para esta investigación, las cuales son:

¿ La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad presenta depresión ?, si es así ¿ cómo se manifiesta?.

¿La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad cubre el papel psicosexual socialmente asignado ?

¿La personalidad de la mujer que tiene por la menos tres años de esterilidad presenta angustia?

## **2.2 Objetivos**

El objetivo de este estudio será el conocer, si las mujeres con esterilidad de por la menos tres años presentan depresión, alteraciones del papel psicosexual y angustia.

Para realizar la investigación se enfocará el interés a los índices de depresión, de los resultados de la escala 2D del Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I. y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung E.A.M.D..

En cuanto a la relación de esterilidad y el papel socialmente asignado así como el conflicto en la feminidad, se explorará a través de la escala 5(M.F.) del M.M.P.I..

También se analizará la angustia como una variable más, para conocer cómo se manifiesta ésta en las mujeres que tienen por lo menos tres años de esterilidad a través de la escala 7P.T. del M.M.P.I..

## **2.3 Definición de Variables**

Variable Independiente: Esterilidad de por lo menos tres años, ( el diagnóstico se obtuvo directamente del expediente médico).

Variable Dependiente: Indicador de la depresión en la escala 2 (D), del papel psicosexual en la escala 5 (M.F.) y de angustia en la escala 7 (P.T.), encontrado en las pruebas psicológicas M.M.P.I y Zung.

Para la prueba M.M.P.I. existen indicadores tal y como se manejan en los tipos de perfiles del Dr. S. R. Hathaway y el Dr. J. C. Mckinley. (63)

Para la interpretación se utilizan las combinaciones de las escalas clínicas, para este caso de Ofelia Rivera Jiménez. (75)

Para la Escala de Automedición de la Depresión de Zung E.A.M.D., se basa en los rangos propuestos por el Dr. W. W. K. Zung. (84)

## **2.4 Hipótesis de Trabajo**

### **Hipótesis Alternativa**

**HI** La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad presenta depresión a través de los resultados de las pruebas M.M.P.I escala 2 (D) y E.A.M.D.

**HI** La personalidad de la mujer que tiene por la menos tres años de esterilidad presenta puntaje elevado a través de los resultados de la prueba M.M.P.I. escala 5 (M.F.), indicando alteraciones en el papel psicosexual socialmente asignado.

**HI** La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad

presenta angustia a través de los resultados de la prueba M.M.P.I. escala 7 (P.T.).

### **Hipótesis Nulas**

**Ho** La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta depresión a través de los resultados de las pruebas M.M.P.I. escala 2 (D) y E.A.M.D.

**Ho** La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta puntaje elevado a través de los resultados de la prueba M.M.P.I. escala 5(M.F.), indicando que no manifiesta alteraciones en el papel psicosexual socialmente asignado.

**Ho** La personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta angustia a través de los resultados de la prueba M.M.P.I. escala 7 (P.T.)

## **2.5 Tipo de Estudio**

Esta investigación de acuerdo al tipo de estudio es, Observacional, Retrospectiva, Transversal y Descriptiva, es decir, Encuesta Descriptiva.

Es observacional, ya que no se puede modificar ninguno de los factores que intervienen en el proceso de esta investigación, en este caso pacientes con esterilidad que en el desarrollo de la investigación puedan presentar depresión.

Retrospectivo, puesto que los resultados a través del Inventario Multifásico de la Personalidad y la escala de Depresión de Zung se obtuvieron hace cinco años.

Transversal, porque en este estudio se mide una sola vez la variable depresión.

Descriptivo, por lo que cuenta con una sola población.

Esta Encuesta Descriptiva, se realizó en el segundo semestre de 1990, en el Instituto Nacional de Perinatología, I.N.Per, a treinta mujeres con por lo menos tres años de haber sido diagnosticadas con esterilidad y de 27 a 38 años de edad.

## **2.6 Población**

La muestra consistió en treinta mujeres que tenían por lo menos tres años de esterilidad, con edades entre 27 y 38 años, que aceptaron incluirse en el departamento de esterilidad en el programa G.I.F.T..

Esta investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología ( I.N.Per. ), Instituto de tercer nivel, con carácter normativo en el área de salud. Se encuentra ubicado en Montes Urales # 800, Lomas Virreyes, C.P. 1100 México D. F..

El objetivo de este Instituto, es dar servicio de Ginecología y Obstetricia. En el área de ginecología, se atienden a mujeres con enfermedades especialmente las del aparato reproductor. En el área de obstetricia, se atienden mujeres con embarazos de alto riesgo, parto y después del mismo.

El I.M.Per. atiende alrededor de 8000 pacientes al año. El 30% de esta población acude a el área de ginecología, representando el 25% problemas de esterilidad.

Siendo este porcentaje tan alto, es de gran interés analizar el índice depresión en mujeres con esterilidad.

Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación se realizaron antes de que fueran intervenidas quirúrgicamente y estando bajo tratamiento médico.

**Criterio de Inclusión para este estudio:**

- Sexo : femenino
- Edad : 27 a 38 años
- Escolaridad : 1er. año de secundaria o equivalente
- N. socioeconómico : bajo
- Años de esterilidad : por lo menos 3
- Estado Civil : casadas
- Número de hijos : ninguno

**Criterio de Exclusión para este estudio:**

- Edad : mayores de 38 años
- Embarazo : al inicio o durante el estudio psicológico
- Estado Civil : no casadas
- Número de hijos : por lo menos uno
- Interv. Quirúrgica : al inicio o durante el estudio psicológico

## 2.7 Escenario

La selección de mujeres estériles para este estudio fué en forma intencional. El departamento de ginecología, después de hacer estudios orgánicos en las pacientes con problemas de esterilidad, les propuso-en los casos que era posible,- aplicar el método G.I.F.T. un tratamiento médico e intervención quirúrgica, como una posibilidad más para lograr el embarazo.

Las pacientes que aceptaron ingresar al método G.I.F.T., tenían como uno de los requisitos, pasar al departamento de psicología para realizar algunos estudios.

A las pacientes se les aplicó una valoración psicológica la cual comprendía varios instrumentos; sin embargo, algunos quedaron inconclusos ya que las molestias del tratamiento G.I.F.T., provocaban que ya no asistieran a las citas además que en algunos casos la aplicación se suspendió porque iban a ser intervenidas antes de que se culminara el estudio psicológico, así como, también por falta de interés de algunas pacientes.

Se realizó la aplicación del Inventario Multifásico M.M.P.I. y el test de Depresión de Zung, a 30 mujeres estériles que aceptaron ingresar al programa G.I.F.T., en el I.M.Per..

Posteriormente de la cita con el médico, pasaban al departamento de psicología para ponerse de acuerdo para la siguiente entrevista y aplicación de pruebas.

La entrevista se realizaba individualmente y la aplicación de pruebas en forma grupal en los cubículos de psicología, en donde hay mesas y sillas y las condiciones adecuadas para realizar este tipo de investigaciones.

## **2.8 Instrumentos**

A treinta pacientes pertenecientes al programa G.I.F.T. se les realizó una valoración psicológica, la cuál comprendió la aplicación de una entrevista, el Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I. y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung E.A.M.D..

1.-Entrevista Semiestructurada: en la que se le informó a la paciente el objetivo de la investigación y los procedimientos que se llevarían a cabo, también se realizó un cuestionario de los datos generales y experiencias de la vida de la paciente. (Anexo No. 1 y 2)

2.-Inventario Multifásico de la Personalidad M.M.P.I.

A fines de 1938, los Dres. Hathaway y McKinley comenzaron a reunir frases para una prueba que crearon convencidos de la necesidad existente de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

Desde 1940, comenzaron a publicarse estudios sobre esta prueba, Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesota, comúnmente llamado M.M.P.I.,



convirtiéndose en una inestimable fuente de información en la investigación, y un importante medio de comunicación entre los investigadores de la personalidad del mundo entero.

La razón de esto es que por una parte el M.M.P.I. cuenta con una base estadística sólida que permite conocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas y que, por otra parte, constituye un instrumento mediante el cual, un individuo define sus propias características y la imagen que tiene de sí mismo. En este sentido se le puede considerar una técnica de inventario con excelentes bases psicométricas y, simultáneamente, como una técnica proyectiva.

Para su aplicación se utilizó el folleto de 566 preguntas y para su calificación se utilizaron las plantillas y el perfil propuesto por sus autores, Dr. S. R. Hathaway y el Dr. J. C. Mckinley.

Para la interpretación clínica se basó en la combinación de escalas clínicas de Ofelia Rivera J.

### 3.- Escala de Depresión del Dr. William W.K. Zung. ( E.A.M.D. )

Esta escala fué publicada por primera vez en 1965 por su autor el Dr. William Zung,(84) este investigador trató de hacer una escala de evaluación de la depresión para pacientes cuyo diagnóstico fuese trastorno depresivo rápidamente identificado, que incluyese los síntomas de la enfermedad, que fuera simple y corto, cuantitativo, cualitativo y autoaplicable.

Esta prueba mide cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico. Comprende diez reactivos positivos y diez reactivos negativos; en cada uno de los reactivos existen cuatro posibilidades de respuestas y éstos son contestados inmediatamente, ante la lectura de la pregunta.

Para su medición se utiliza la planilla elaborada por el autor de esta prueba la cual da un valor a cada declaración y luego se suman los puntajes. Estos resultados básicos se convierten en un índice basado en cien.

El corte normativo de esta escala es de 40, tal y como se maneja en el I.M.Per.

La escala E.A.M.D., es una de las más usadas debido a que ha mostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidos antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido.

## **2.9 Procedimiento**

Inicialmente se realizó el estudio con un mayor número de pruebas; Rorschach, Autoconcepto de Tennessee y T.A.T., y con una muestra mayor; más de cincuenta. Sin embargo muchos de los estudios quedaron inconclusos ya que las pacientes no asistían a las citas.

Por lo anterior, se redujo la aplicación de pruebas al M.M.P.I. y E.A.M.D. de Zung y a una muestra de treinta estudios. Se eligió la prueba M.M.P.I. ya que es una prueba que detecta rasgos de personalidad y niveles o formas de

relación interpersonal, así como, permite un modelo de interpretación psicodinámico.

La elección del instrumento Zung, fué por ser un test que incluye los síntomas de la depresión, simple, corto y autoaplicable, además de que es de uso frecuente en el I.M.Per., lo que permite hacer comparaciones con otros resultados de investigaciones.

A las pacientes se les citó, en dos ocasiones en la primera se les entrevistó, contestaron el cuestionario y la escala Zung, en la segunda se les aplicó la prueba M.M.P.I..

Las sesiones en el departamento de psicología fueron reducidas, ya que paralelamente tenían análisis y revisión médica, situaciones que se interponían en algunos casos a las citas. Además de que en los casos en los que tuvieron intervención quirúrgica se suspendieron los estudios psicológicos, ya que esta situación hubiera alterado los resultados en comparación con las que aún no la habían tenido.

## **2.10 Tratamiento Estadístico**

Los instrumentos estadísticos empleados fueron:

**Medidas de Tendencia Central**

**Intervalo de Confianza para la Media**

**Prueba de Proporciones**

**Regresión Lineal.**

## **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

### **3.1 Presentación de Resultados**

El objetivo de realizar este estudio fué el conocer si la mujer de por lo menos tres años de esterilidad, presenta alteraciones en la escala 2 (D), 5(M.F.) y 7 (P.T.) de la prueba M.M.P.I. y en la de Zung la depresión.

Apoyándonos en la interpretación y análisis de los dos instrumentos que determinan la conclusión de este estudio, se presentan los siguientes datos.

#### **Historia Clínica y Cuestionario**

Dentro de los datos demográficos e historia clínica, los resultados generales de la población estudiada nos indican que:

El 63% nació en el D.F.. La edad promedio del grupo es de 32 años; la escolaridad promedio es de diez años la que corresponde a educación media básica; el 93% son casadas; el 63% se dedica al hogar y la clasificación socioeconómica es baja en un 63%.

#### **Historia Familiar**

Las pacientes reportaron:

- 73% tener padres unidos
- 67% tener buena relación con su padre
- 50% tener buena relación con su madre
- 37% haber tenido una pérdida familiar en su infancia

**Relación de Pareja**

Las pacientes expresaron:

- 80% haber tenido una pareja sexual
- 77% tener una buena relación de pareja
- 60% haber tomado anticonceptivos
- 60% tener desajustes sexuales como resultado de los tratamientos
- 63% tener molestias físicas como resultado de los tratamientos
- 63% haber tratado de embarazarse por otros medios

**Sintomatología**

Se refieren:

- 27% agresivas
- 3% haber tenido conductas suicidas
- 60% tener dificultades sexuales
- 63% tener problemas somáticos
- 23% tener conductas obsesivas-compulsivas
- 0% ingerir drogas y/o alcohol
- 10% tener fobias
- 43% tener problemas para comer
- 30% tener problemas de sueño
- 63% tener depresión
- 53% tener ansiedad

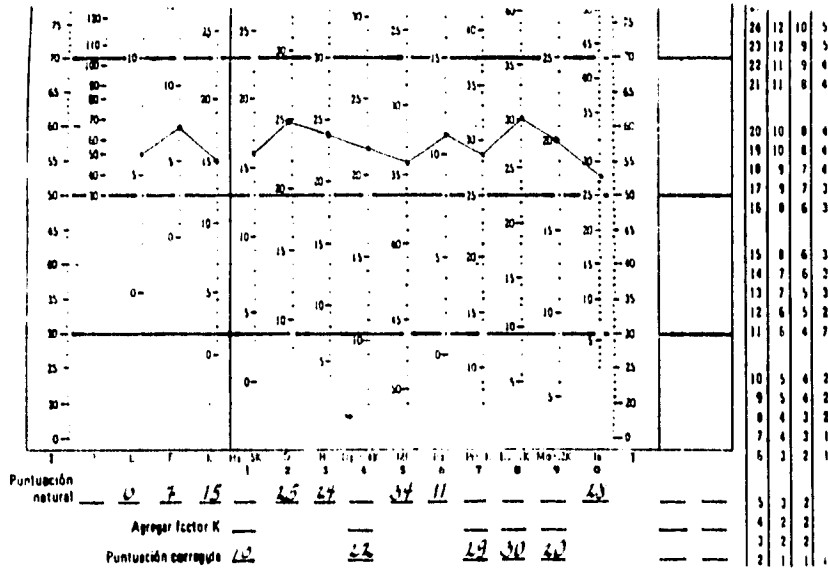
Observaciones

El 83% durante la entrevista estuvieron dispuestas a cooperar y el motivo de consulta en todos los casos fué la esterilidad.

**-Medias y Desviación Estándar de la Prueba M.M.P.I.**

A partir de los puntajes naturales de cada una de las pruebas se calcularon las medias y desviación estándar dándonos como resultado los siguientes promedios:

De la prueba M M P I



Medias de la prueba M.M.P.I. (GRAFICA 1)

En base a los puntajes naturales los resultados de la desviación estándar, de las escalas L, F, K, 2, 5 y 7 quedan de la siguiente forma:

L = 2.71
F = 4.32
K = 5.36
2 = 4.74
5 = 4.08
7 = 4.74

De acuerdo a los puntajes T, las escalas quedan de la siguiente manera:

L = 56
F = 60
K = 57
2 = 61
8 = 61
3 = 60
6 = 60
9 = 58
4 = 57
7 = 57
1 = 56
5 = 55
0 = 53



Para conocer la validez de las respuestas, a partir de las medias, se tomaron en cuenta las tres reglas básicas que deben coincidir para determinar si se invalidan o no los resultados. ( Ofelia Rivera J. 1991 )

Dichas reglas son:

1) El puntaje en bruto de la escala F debe ser igual o superior a veinte. En este estudio la media resultante es de siete, por lo que no cumple con la primera regla.

2) ( F-K ) debe ser igual o superior a 9. En esta investigación  $F=7$  y  $K=15$  :  
 $7-15= -13$ . Por lo que no cumple con la segunda regla.

3) Ninguna de las diez escalas clínicas se debe encontrar dentro de la zona de "normalidad estadística" (T55 a T45) (Rivera Ampudia, 1976).

Como vemos, en la gráfica de las medias la escala 5 y 0 son las únicas que se encuentran en este rango.

Por lo anterior podemos considerar que de acuerdo a Ofelia Rivera ( 1991 ), los resultados de la prueba M.M.P.I. son válidos para establecer una interpretación.

La escala de validez, L, F, y K, nos indica básicamente la actitud del paciente al responder el inventario.

Para facilitar la comprensión de las características de estas combinaciones, se utilizan los signos convencionales de acuerdo a como los presenta Ofelia Rivera ( 1991).

( - ) Puntajes de T 44 o menos

( ± ) Puntajes de T 45 a 69

( + ) Puntajes de T 70 o más

Por lo anterior en los resultados encontramos los siguientes signos:

L = 56 ±

F = 60 ±

K = 57 ±

**-Media y Desviación Estándar de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung. E.A.M.D.**

Esta prueba mide cuantitativamente síntomas de la depresión. Comprende diez reactivos positivos y diez negativos; en cada uno de los reactivos existen cuatro posibilidades de respuestas.

Cada respuesta tiene un valor, estos se suman y el resultado, calificación básica, se correlacionan con el índice de la E.A.M.D..

La media de la E.A.M.D. en este estudio es de 47.73. Siendo el punto de corte normativo de esta escala 40. ( Tabla # 1)

En base a la calificación básica el resultado de la desviación estándar es de 8.83.

TABLA 1

	CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.	CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.	CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.
CORTE NORMATIVO E.A.M.D. →	20	25	40	50	80	75
	21	26	41	51	81	76
	22	28	42	53	82	78
	23	29	43	54	83	79
	24	30	44	55	84	80
	25	31	45	56	85	81
	26	33	46	58	86	83
	27	34	47	59	87	84
MEDIA DE ESTA INVESTIGACION →	28	35	48	60	88	85
	29	36	49	61	89	86
	30	38	50	63	70	88
	31	39	51	64	71	89
	32	40	52	65	72	90
	33	41	53	66	73	91
	34	43	54	68	74	92
	35	44	55	69	75	94
	36	45	56	70	76	95
	37	46	57	71	77	96
	38	48	58	73	78	98
	39	49	59	74	79	99
					80	100

PARA CONVERTIR LA  
CALIFICACION  
BASICA AL INDICE  
E.A.M.D.

**-Análisis Estadístico para las pruebas M.M.P.I y E.A.M.D. Zung: Intervalo de Confianza para la Media.**

Para el análisis estadístico, Intervalo de Confianza para la media se utilizó la siguiente fórmula:

$$\mu = \bar{x} \pm Z_{\alpha/2} \frac{s}{\sqrt{n}}$$

$$n = 30$$

$$Z_{\alpha/2} = 2.575$$

Grado de confianza = 99%

En el caso de la prueba M.M.P.I., se analizaron solo las escalas 2 (D), 5(M.F.) y 7 (P.T.) ya que son los rasgos de interés para este estudio.

De acuerdo a los resultados estadísticos del M.M.P.I. se muestra lo siguiente:

Escala 2 (D)  $\mu = 25.0 \pm 2.21$

Escala 5(M.F.)  $\mu = 34.3 \pm 1.90$

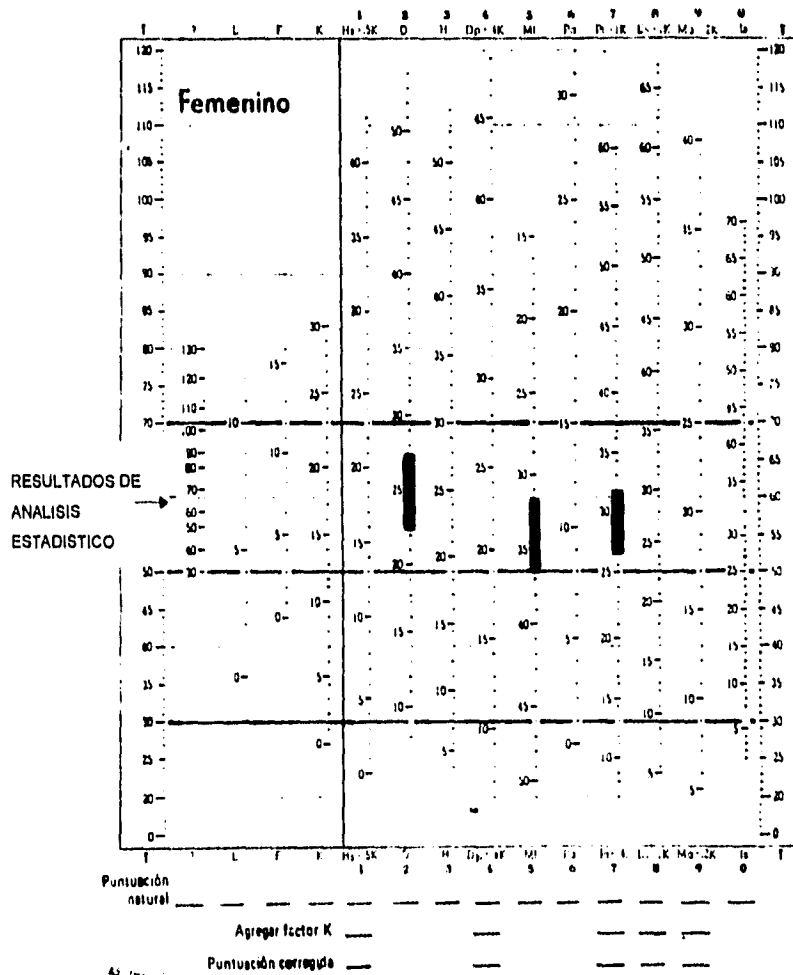
Escala 7(P.T.)  $\mu = 29.1 \pm 2.21$

PERFIL

MMPI  
2-4

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



En cuanto a la prueba Zung, los resultados se muestran así:

$$\mu = 47.7 \pm .12$$

**TABLA 2**

RESULTADOS DE  
ANALISIS  
ESTADISTICO →

CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.	CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.	CALIF. BASICA	INDICE E.A.M.D.
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	56	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35		60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	78	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

PARA CONVERTIR LA  
CALIFICACION  
BASICA AL INDICE  
E.A.M.D.

Lo anterior indica que:

Se acepta  $H_0$  con el Inventario de la personalidad M.M.P.I., es decir, que la personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta depresión.

Que la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad, no presenta puntaje elevado en la escala 5 M.F. del M.M.P.I., indicando que cubre el papel psicosexualmente asignado y que la personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta angustia.

En cuanto a los resultados de las proporciones de la E.A.M.D. Zung nos encontramos que:

Se acepta  $H_1$ , indicando que la personalidad de la mujer de por lo menos tres años de esterilidad presenta depresión.

Estos resultados como vemos se contraponen, ya que en el M.M.P.I. no se observa alteración en cuanto al rasgo de depresión pero sí en la E.A.M.D. Zung.

En el instrumento M.M.P.I. los resultados no indican la existencia significativa de depresión, ni arrojan datos estadísticos significativos del papel psicosexual socialmente asignado así como tampoco de angustia.

Al interpretar los estudios psicológicos, no podemos limitarnos a dar una conclusión completa, basándonos tan solo en los resultados numéricos de una prueba.

Al hacer la revisión de las gráficas con puntuaciones T de los resultados del M.M.P.I., observamos que no rebasan T 70 así como tampoco están por debajo de T 45.

Sin embargo el estudio no se puede concluir, sino también se debe observar qué puntuaciones son las más altas y las más bajas individualmente.

Es necesario tomar en cuenta que la prueba M.M.P.I. como instrumento autodescriptivo, es importante la elevación que adquiere cada escala dentro de la organización dinámica de la personalidad.

De esta manera con una visión general se pueden establecer criterios cuantitativos para la interpretación de los perfiles por lo que las escalas más elevadas que aparezcan en "picos" pueden tomarse como los aspectos más problemáticos o más frágiles de la personalidad que quizá se conviertan en la expresión franca de un conflicto. Ofelia Rivera (75).

#### **- Prueba de Proporciones en el M.M.P.I. y E.A.M.D. Zung**

Analizando individualmente cada uno de los totales normalizados y graficados, se manifiesta que doce de los treinta estudios tienen como pico más alto en la gráfica la escala 2 (D), aunque ésta no rebasa el valor equivalente a T 70.

En el caso de la escala 5 (M.F), resultan en "pico" trece de los treinta estudios y por último en la escala 7 ( P.T. ) se resumen a ocho estudios de los treinta, sin que estos rebasen el valor T 70.



Es importante hacer notar, que en algunos casos las escalas 2, 5 y 7 presentaron puntuaciones similares en los resultados, por lo que se tomaron en cuenta las dos para el manejo de la prueba de proporciones.

En cuanto a la prueba E.A.M.D. Zung, se tomo en cuenta el número de pacientes que en los resultados rebasaban el punto de corte, obteniendo veintitrés estudios de los treinta.

La fórmula que se utilizó para la prueba de proporciones para el instrumento M.M.P.I. y E.A.M.D. Zung es la siguiente:

$$P = x/n \pm Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{x}{n} \left(1 - \frac{x}{n}\right)}$$

X = número de estudios que presentaron en "pico" las escalas 2, 5 y 7. En el caso del Zung número de resultados que rebasan el punto de corte.

$$n = 30$$

$$Z_{\alpha/2} = 2.575$$

Grado de Confianza = 99%

De acuerdo a la fórmula anterior se observan los siguientes resultados de proporciones:

M.M.P.I.	escala 2 (D)	P = 40 ± 22
M.M.P.I.	escala 5 (M.F.)	P = 43 ± 22
M.M.P.I.	escala 7 (P.T.)	P = 26 ± 20
ZUNG.....		P = 76 ± 19

Esta valoración nos permite analizar y enriquecer los resultados tanto cuantitativa como cualitativamente.

Los resultados de las proporciones nos permiten observar que no se contraponen definitivamente las conclusiones en lo que se refiere a la depresión.

**-Análisis de Regresión Lineal con una Variable de la Prueba M.M.P.I.**

Por último, otra de las correlaciones que se realizaron y que nos permiten conocer más a fondo la dinámica de la personalidad de mujeres con esterilidad de por lo menos tres años, fue la relación entre el puntaje normalizado de la escala de depresión M.M.P.I. y los años de esterilidad.

Para la correlación se hizo un análisis de Regresión Lineal con una variable en la que se utilizó el punto de la distancia media del rango de 45 a 70, área de "normalidad" en la escala de depresión de la prueba M.M.P.I..

**Ecuación de Regresión Lineal :**

$$Yc = a + bx$$

**Yc = Punto de distancia a la media;**

$$70 + 45 / 2 = 57.5$$

**a = constante de la ecuación; - 8.8141**

**b = coeficiente de la variable independiente; años de esterilidad; 2.3941**

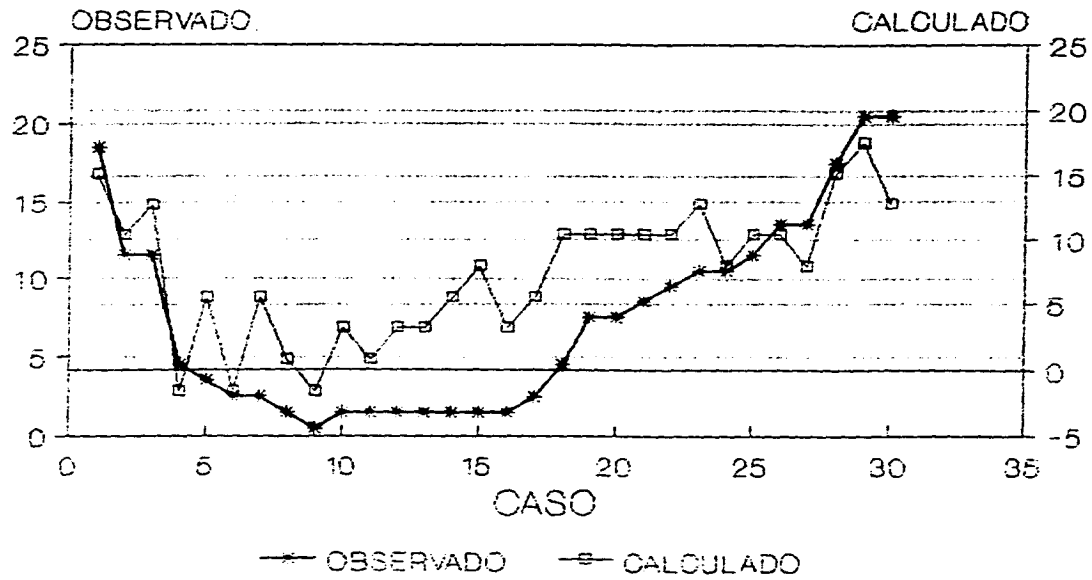
**Por lo tanto la ecuación queda así:**

$$Yc = -8.8141 + (2.3941 \times \text{años de esterilidad})$$

**LISTA DE DATOS:**

<b>NUMERO DE ESTUDIO</b>	<b>PUNTOS DE LA DISTANCIA A LA MEDIA EN BASE AL RESULTADO T INDIVIDUAL</b>	<b>AÑOS DE ESTERILIDAD</b>
	<b>Y</b>	<b>X</b>
1	18.5	10
2	11.5	8
3	11.5	9
4	4.5	3
5	3.5	6
6	2.5	3
7	2.5	6
8	1.5	4
9	0.5	3
10	1.5	5
11	1.5	4
12	1.5	5
13	1.5	5
14	1.5	6
15	1.5	7
16	1.5	6
17	2.5	6
18	4.5	8
19	7.5	8
20	7.5	8
21	8.5	8
22	9.5	8
23	10.5	9
24	10.5	7
25	11.5	8
26	13.5	8
27	13.5	7
28	17.5	10
29	20.5	11
30	20.5	9

# CORRELACION DEPRESION VS. ESTERILIDAD



ANOS

Los totales nos indican una correlación de .8342 , lo que se interpreta que el 83% de la población de este estudio, presenta mayor depresión entre más años pasan sin poder tener hijos.

**-Análisis Cualitativo de la Prueba M.M.P.I:**

En el análisis cualitativo e interpretación de los resultados del instrumento M.M.P.I, encontramos lo siguiente:

Escala 2: Está relacionada con sentimientos de inseguridad, abatimiento, minusvalía y culpa que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos.

En los resultados esta escala no sobrepasa T 70 pero es una de las más altas del perfil, por lo que se interpreta como la presencia de sentimientos de inseguridad ante una actitud crítica.

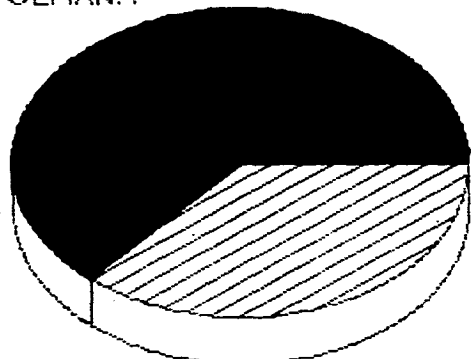
Escala 5: Esta escala se le considera como una medida de las actitudes de ajuste ante diversas situaciones, puede tomarse como una descripción de la impresión que al respecto un sujeto quiere mostrar a los demás.

El resultado es de T 55, una de las escalas más bajas, la cual se relaciona con la necesidad de autodescribirse frágil, sometida y pasiva.

Escala 7: Se refiere a la angustia con la que un individuo enfrenta diversas situaciones. En este caso el resultado es de T 57, escala intermedia, lo que mostraría un adecuado nivel de angustia.

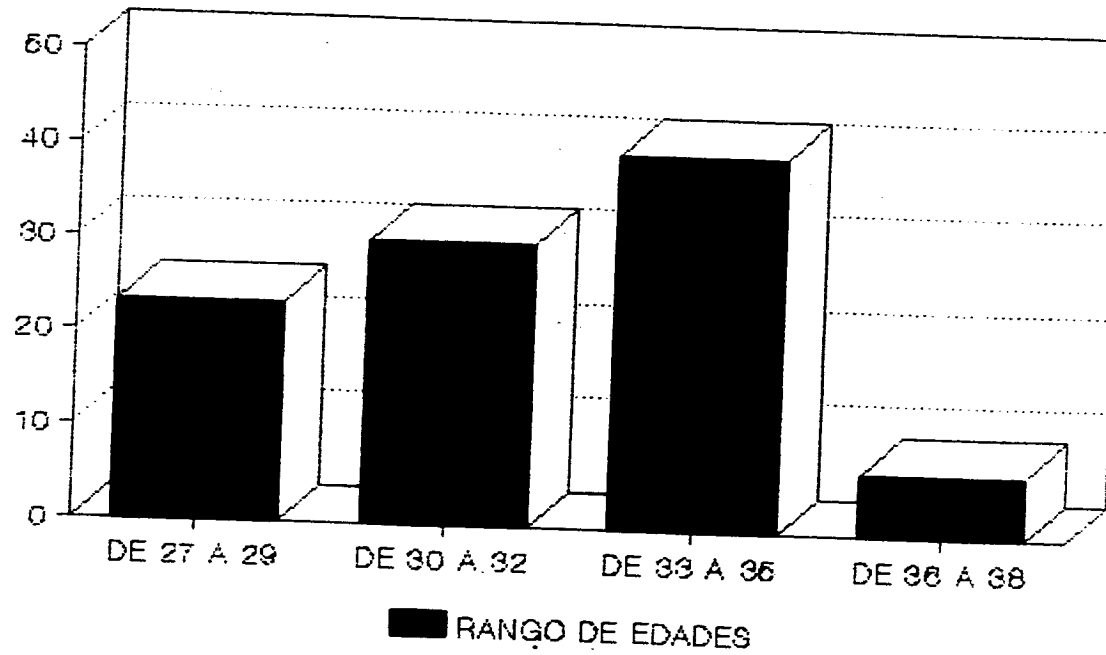
# LUGAR DE NACIMIENTO

ZONA METROPOLITANA  
63.3

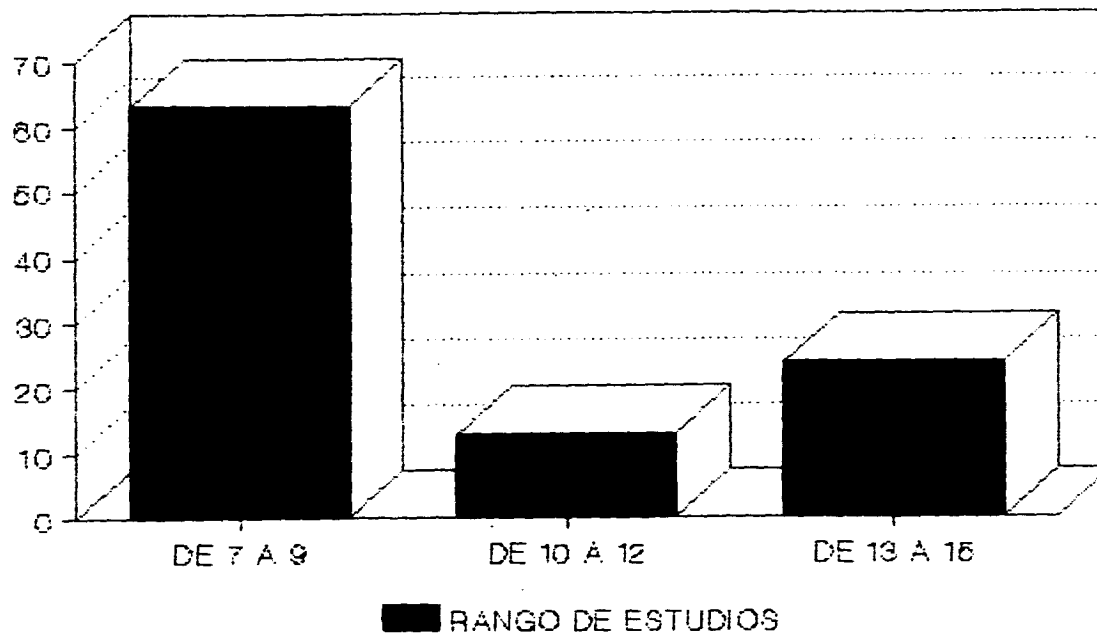


PROVINCIA  
36.7

# EDAD

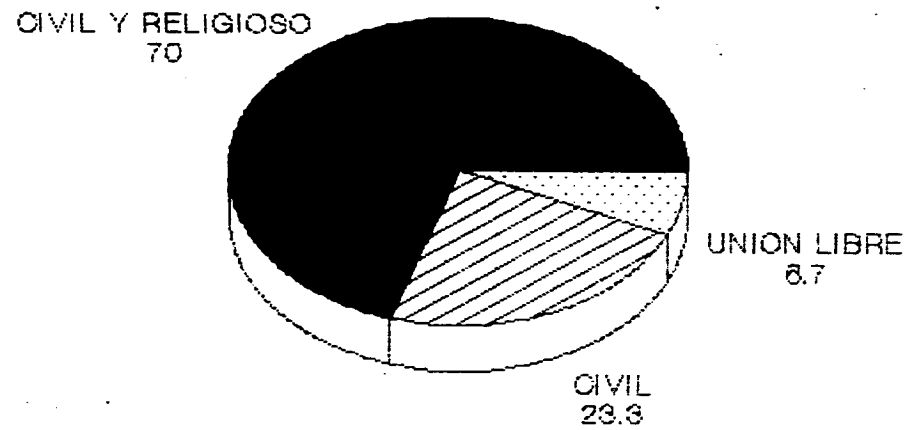


# ESCOLARIDAD

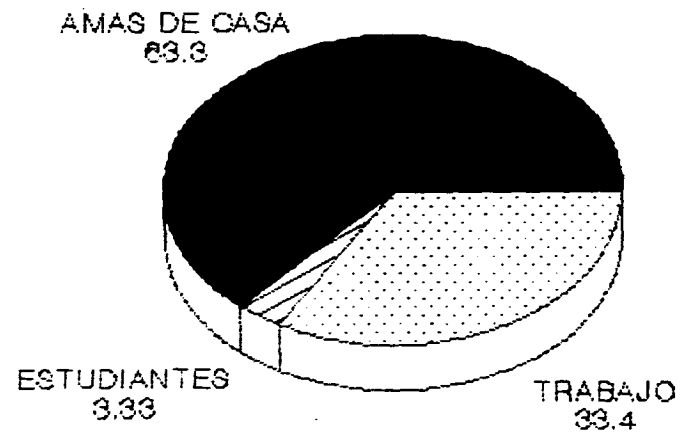




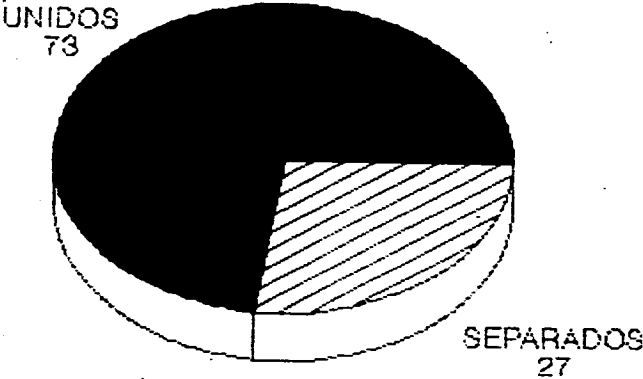
# ESTADO CIVIL



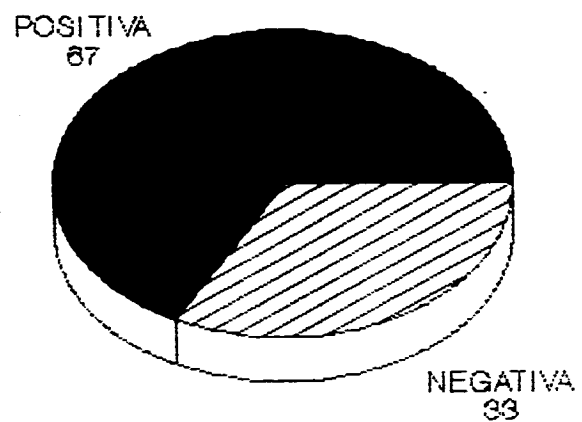
# OCUPACION



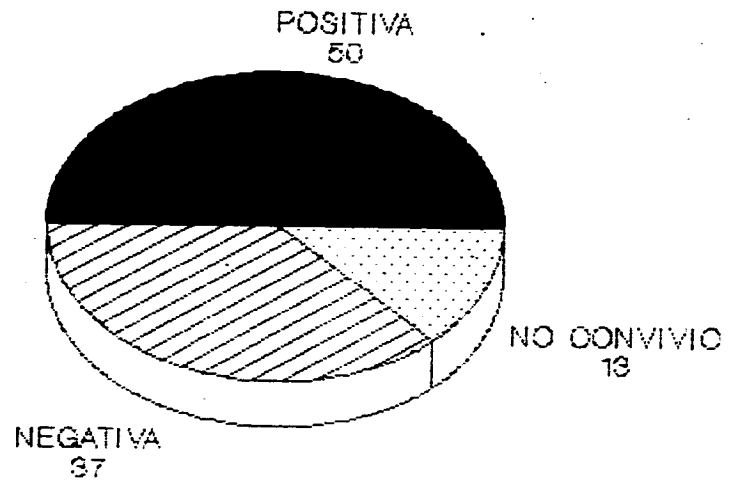
# PADRES



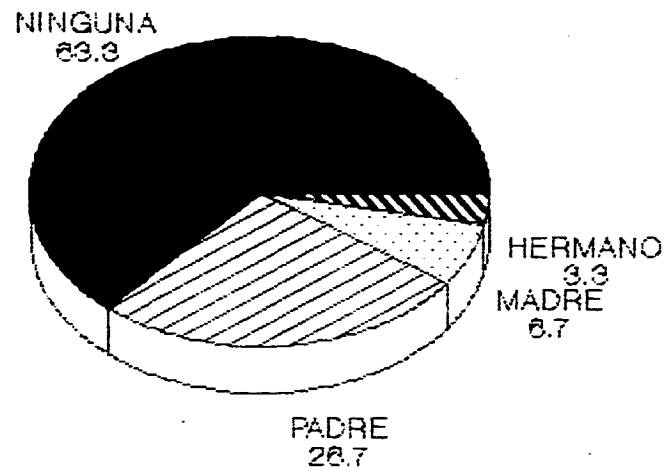
# RELACION CON FIGURA PATERNA



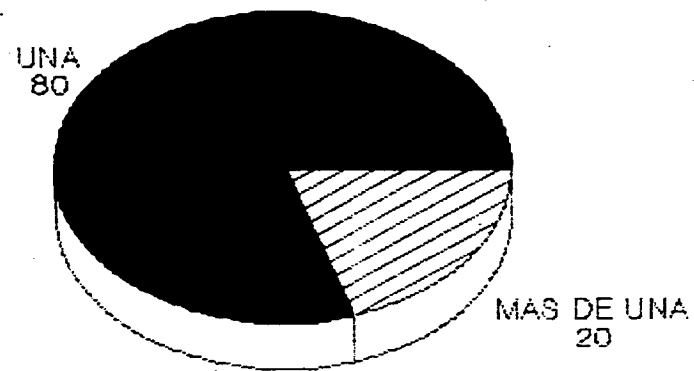
# RELACION CON FIGURA MATERNA



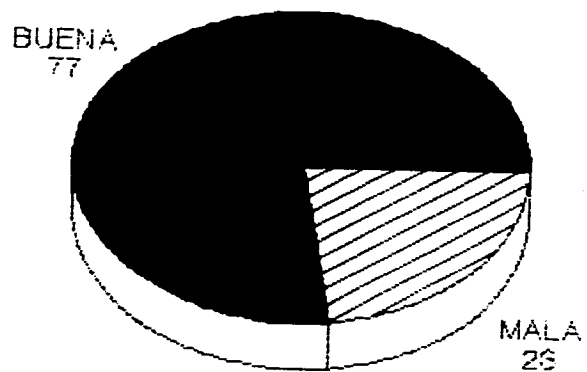
# PERDIDAS FAMILIARES



# PAREJA SEXUAL

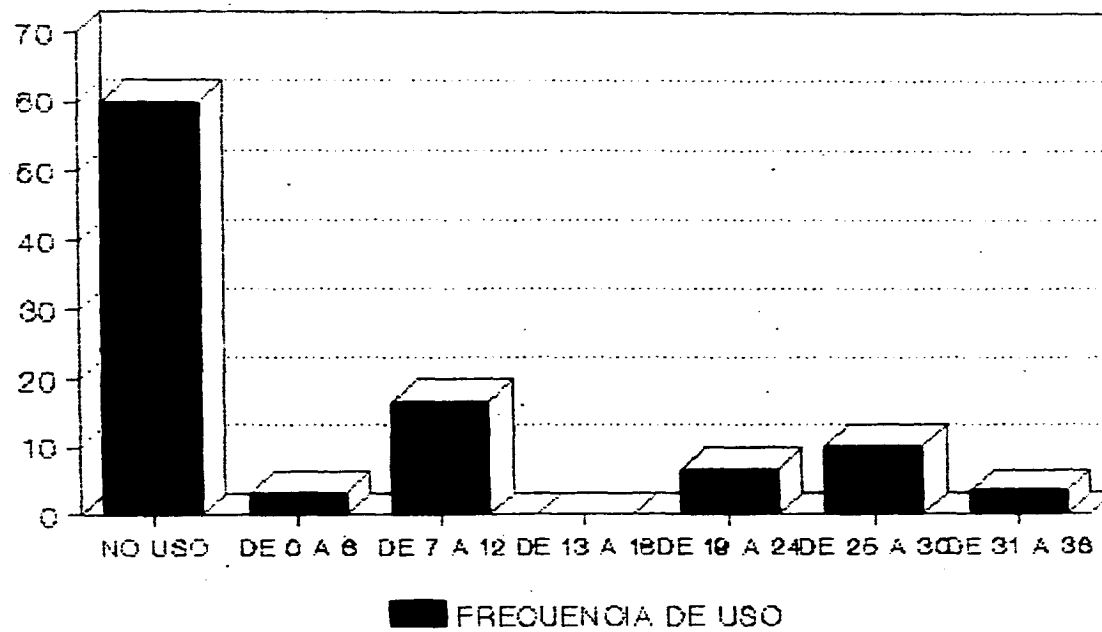


# RELACION DE PAREJA

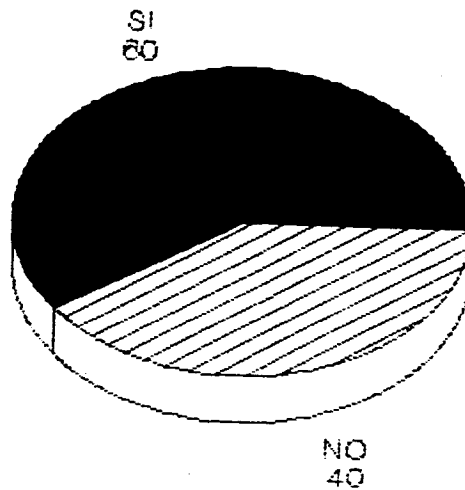




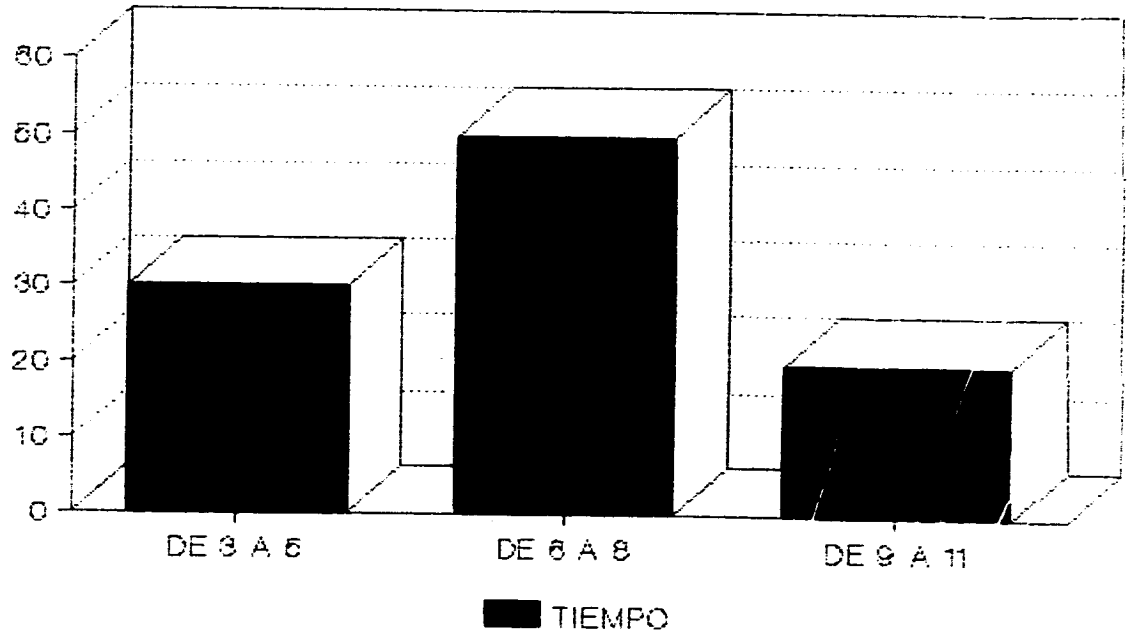
# USO DE ANTICONCEPTIVOS



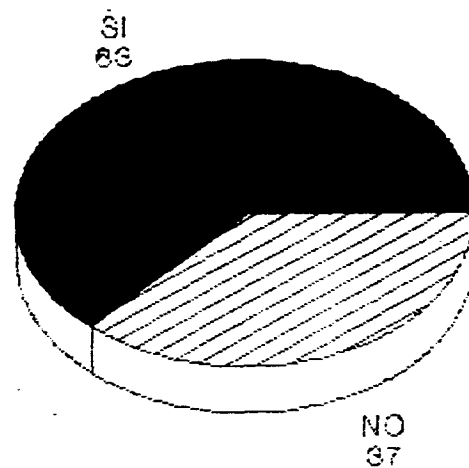
# DIFICULTADES SEXUALES POR TRATAMIENTO



# ANOS DE ESTERILIDAD

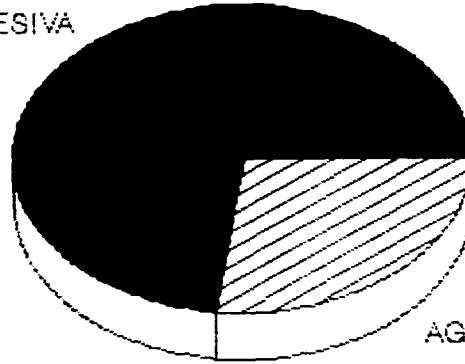


# MOLESTIAS FISICAS POR TRATAMIENTO



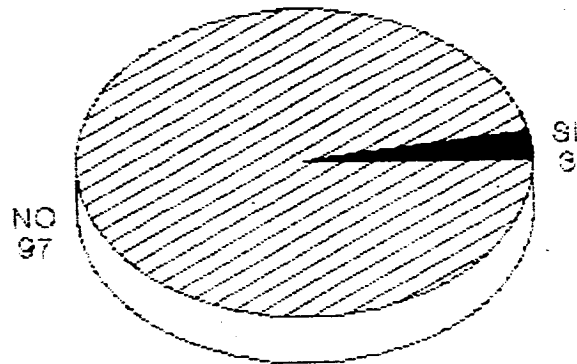
# ACTITUD

NO AGRESIVA  
73

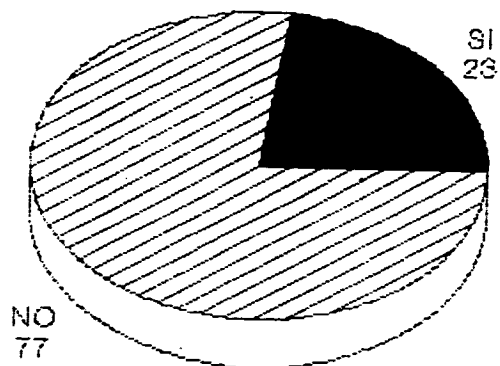


AGRESIVA  
27

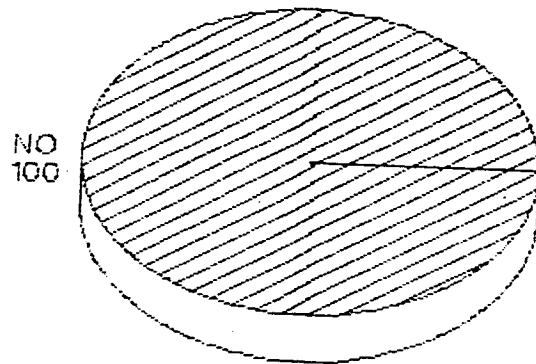
# CONDUCTAS SUICIDAS ATENTAR CONTRA SU VIDA



# CONDUCTAS OBSESIVAS

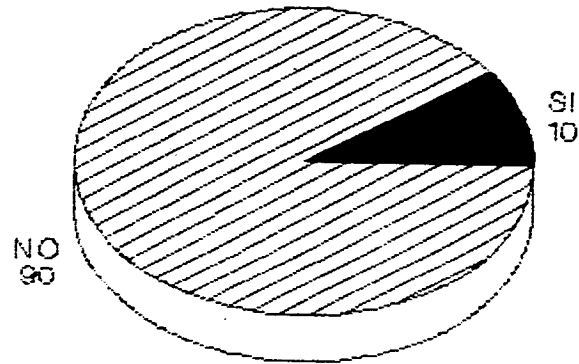


# PROBLEMAS DE DROGA Y/O ALCOHOL

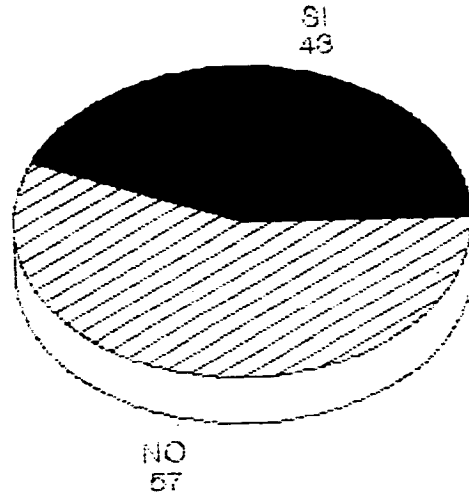




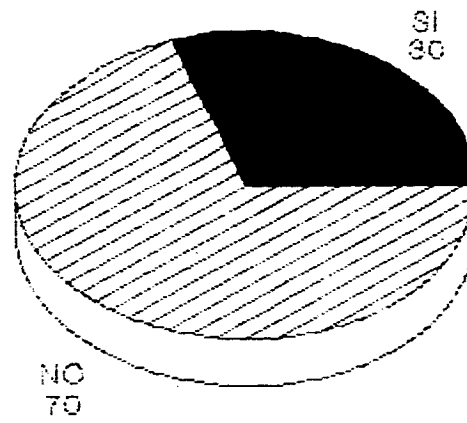
# FOBIAS MIEDOS SIN CONTROL



# PROBLEMAS PARA COMER

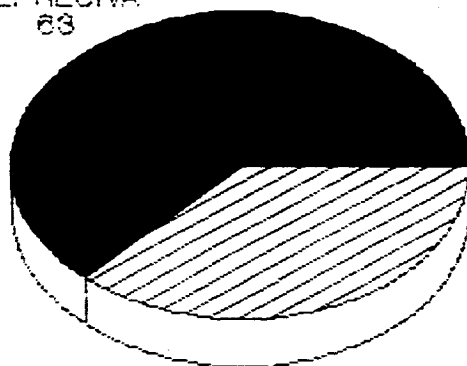


# PROBLEMAS DE SUENO



# ANIMO

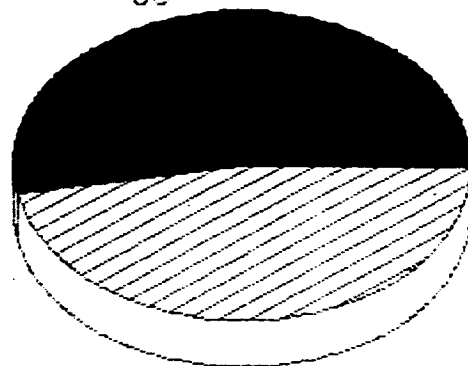
DEPRESIVA  
63



NO DEPRESIVA  
37

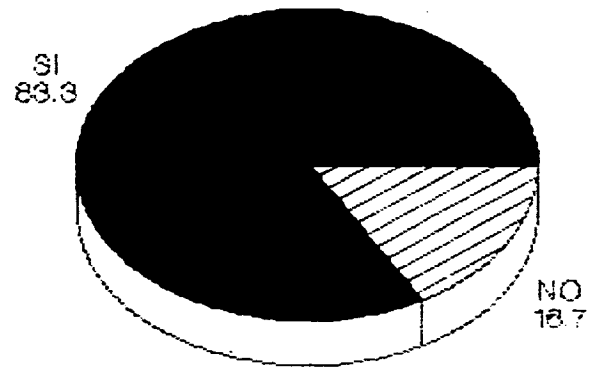
# ANSIEDAD NIVEL

ANSIOSA  
69

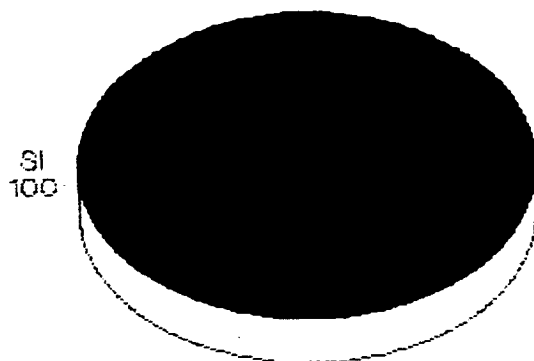


NO ANSIOSA  
47

# DISPUESTAS A COOPERAR



# MOTIVO DE CONSULTA LA ESTERILIDAD



### 3.2 Análisis de Resultados

Para el análisis clínico de los rasgos característicos en la estructuración de la personalidad de la mujer estéril de por lo menos tres años, se integraron los datos cuantitativos y cualitativos y se interpretaron los signos encontrados, a través de las escalas 2 (D), 5 (M.F.) y 7 (P.T.) del M.M.P.I y Zung que evalúan las características generales de este estudio y que a continuación se especifican.

De acuerdo a los resultados encontramos que en la prueba M.M.P.I., el promedio trató de ofrecer una imagen favorable de sí misma ( $\pm L$ ), con reducida capacidad de autocrítica que les impide un adecuado reconocimiento de sus problemas, distorcionándolos ( $\pm F$ ) y sintiendo que poseen buena capacidad para enfrentarlos sin necesidad de ayuda ( $\pm K$ ).

La combinación de escalas más elevadas y con el mismo puntaje es la 2 (D) y 8 (Es). Los componentes de interpretación relacionados con esta combinación son importantes porque denotan aspectos que se refieren a sentimientos de inseguridad, culpa, minusvalía y a la tendencia a apartarse del grupo social.

La escala 2 podría tomarse como un control interno, fundamentado en sentimientos de inseguridad y culpa que tienden a frenar las descargas impulsivas.

La escala ocho funciona como activadora por las características de reducción en el contacto con la realidad.

En la elevación de estas dos escalas es posible que la tendencia al aislamiento resalte como característica principal. Tal vez este aislamiento esté provocado por importantes sentimientos de minusvalía por los cuales la persona se siente poco merecedora del aprecio de los demás, pudiendo justificar, incluso, experiencias reales de humillación y rechazo.



Las características de la escala ocho tienden a agravar los elementos depresivos, reduciendo más el contacto con la realidad y pueden llegar a dar lugar a reacciones caóticas o a comportamientos francamente extraños.

Las características depresivas y la tendencia a aislarse se consideran como una expresión de la reducción de la energía.

La elevación de estas escalas sugiere la tendencia a fijarse metas por debajo de las capacidades reales y a mostrar una actitud de timidez ante las relaciones interpersonales.

Es claro que la agresión, en estos casos, se vuelve hacia el propio sujeto.

Es posible que en este tipo de combinaciones los elementos autoagresivos se manifiesten a través de sentimientos de minusvalía e inferioridad que aparecen como formas de autodesprecio y de pesimismo acerca de las propias capacidades.

Los sentimientos de minusvalía y culpa se ven incrementados por la inseguridad propiciada por el temor al rechazo.

Las escalas 5 (M.F.) y 0 (Si), son las más bajas en el perfil de las medias y con la misma puntuación. Estas miden actitudes ante diversas situaciones sociales y tendencias de las personas para identificarse con características de introversión-extroversión respectivamente.

Los puntajes bajos en la escala 5 se relacionan con la necesidad de autodescribirse frágil, sometida pasiva y femenina.

La escala O se interpreta dentro de las características de la extroversión. Es decir, que se muestran superficialmente comunicativas; se interesan más en las situaciones del medio que en aspectos internos, y aparentan ser dinámicas, activas y convencionalmente ajustadas a las situaciones sociales.

Tienden a explicar sus problemas a través de situaciones externas y de las experiencias de otros, pero sin conseguir establecer una adecuada relación causa efecto en sus conflictos. Con frecuencia dan la impresión de buscar que el ambiente externo cambie, y no perciben su propia responsabilidad en los conflictos.

Por esta razón es posible hablar de una reducción de la capacidad de insight y de una comunicación aparentemente abierta pero muy superficial. (escala F y O)

En base a los resultados de la prueba M.M.P.I. y objetivos de este estudio, se considera que la mujer con esterilidad de por lo menos tres años presenta depresión no patológica pero sí significativa como parte de su personalidad.

Que no presenta rasgos patológicos en cuanto a su rol social tendiendo a actuar en forma pasiva y dependiente. Y que la angustia la manifiesta a través de rasgos depresivos y aislamiento.

En cuanto a la prueba Zung, los resultados encontramos que sí se presentan síntomas de depresión en la muestra.

A través de la correlación de depresión y años de esterilidad encontramos un porcentaje significativo de 83%, interpretándose que la mujer estéril, bajo las

características y condiciones de este estudio, observa que entre más años pasan sin poder tener hijos se incrementan las características de depresión.

( escalas 2 M.M. P.I. )

La tendencia a la elevación de la escala 2 indica la aparición de sentimientos de culpa, además de la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general de interés, al igual que la consecuente lentificación, tanto de la conducta motriz como del pensamiento.

En cuanto a los resultados de la historia clínica y cuestionario, encontramos correlación entre las características de depresión ( escala 2 M.M.P.I.), y que el 63% se autodescriben con este rasgo.

En cuanto a la agresión el 27% indica serlo, un porcentaje muy bajo ya que en los casos de depresión ésta está volcada hacia el propio sujeto.

El 53% se refieren ansiosas y los resultados en el M.M.P.I. nos muestran que esta característica se muestra canalizada hacia las manifestaciones de la depresión y el aislamiento.

Los problemas somáticos 63%, para comer 43% y de sueño 30% se podrían relacionar con características depresivas. Sin embargo no podemos dejar de reconocer que en algunos casos las pacientes están bajo tratamientos médicos y que estos pueden estar acentuando estas manifestaciones.

Por último, la repuesta a cooperar de las pacientes estériles fué del 83%, y en promedio trataron de ofrecer una imagen favorable de si mismas.

### 3.3 Discusión

Tomando en cuenta los resultados de esta investigación, se detectan los siguientes rasgos que a continuación se describen e integran.

Se encontró que la esterilidad produce cambios en la personalidad desequilibrando el estado emocional del individuo.

Que utiliza como recursos para adaptarse el aislamiento, la inseguridad, la culpa, dependencia, además de demandar afecto de la gente por la que se siente aceptada y mostrar baja autoestima, es decir, depresión.

Karl Abraham ( 1924 ), al realizar observaciones de la etiología de la depresión, nos habla de una frecuente correlación entre el comienzo de una depresión y una pérdida amorosa, que posteriormente en situaciones similares se presenta con efectos patógenos.

De acuerdo con K. Abraham y los resultados de ésta investigación, un porcentaje de las pacientes podrían relacionar la situación de pérdida con hechos semejantes en su infancia, en la que vivieron el fallecimiento de algún familiar ya sea madre, padre o hermano. El 37% de la muestra presentaron pérdida familiar en su infancia.

En estos casos se revive la situación de pérdida con la actual pena de la incapacidad para embarazarse, ya que ésta es entendida como un desengaño mensual de un bebé que no se ha logrado.

Estas mujeres como se observa, pueden llegar a presentar depresión con efectos patógenos ya que la pérdida que vive la paciente estéril es frecuente y constante, es decir, mensual y por lo menos durante tres años la ha vivido.

Freud en el ensayo de Duelo y Melancolía postuló también la relación de una pérdida objetal, que se deterioró por un desengaño y que la carga libidinal que era dirigida a ese objeto la canaliza hacia su propio yo.

Así mismo postuló que en la melancolía el yo queda identificado con el objeto frustrante, en este caso la pérdida mensual de no quedar embarazada por lo que se siente atacada por su propio ideal del yo, que en este caso sería estar embarazada y ser madre.

Las pacientes en este estudio presentan por lo menos tres años de esterilidad, tiempo en el que han estado intentando embarazarse ya sea con ayuda médica o no.

En los períodos en que han estado bajo tratamiento médico, informan haberse sentido limitadas en cuanto a su vida sexual y de relación de pareja. Además de las molestias propias de los estudios y análisis médicos que en su mayoría son desagradables.

Por otro lado tenemos las reacciones secundarias de los tratamientos como son, malestar general del cuerpo, cambios en el estado de ánimo y el tiempo invertido en ir, estar y regresar de diferentes clínicas, tratamientos y visitas médicas.

Como vemos la vida emocional de las estériles se ve constantemente amenazada; viviendo en general situaciones aversivas que pueden entenderse

como una forma de castigo ante sus culpas, culpas que han formado y adquirido por no poderse embarazar.

Como resultado de todas estas circunstancias, y de acuerdo con lo postulado por Freud, su yo queda identificado con el objeto frustrante; la esterilidad.

El ideal del yo, bajo estas situaciones y a pesar de todas estas contrariedades, se trata de alcanzar. Se le estimula y refuerza a través de cada mes adquiriendo más fortaleza de la energía de un yo debilitado.

Este círculo de reforzar al ideal del yo y vivir bajo presiones, conlleva a la mujer estéril a identificarse con un yo frustrante y por lo tanto presentar rasgos depresivos como parte de su personalidad.

Sandor Rado (1928), nos presenta dos períodos en los que se manifiesta la persona depresiva. El anterior a la depresión en el que se muestran rasgos de rebeldía y arrogancia, como vemos en este estudio actitudes de autosuficiencia y de no necesitar ayuda para resolver sus problemas. (escalas K y 0)

Y posteriormente el periodo de depresión como se manifiesta en este estudio. (escala 2 y Zung).

Esta secuencia de reparación-culpa lleva a la mujer estéril a una constante discrepancia entre su situación real, -no poder tener hijos,- y el ideal del yo, -estar embarazada--.

Un factor importante de la depresión es la relación entre el individuo y su entorno social.

En este estudio se observa que en gran número las pacientes se dedican al hogar, lo que no les permite tener otras expectativas de desarrollo en relación a su vida. Además de que no tienen contacto con otro tipo de actividades y personas que tengan como objetivo el desarrollo profesional. Por lo que su interrelación se limita a familiares y vecinos probablemente con hijos.

La familia es uno de los grupos que más demanda y presiona a la pareja a tener un hijo, expectativa que de los treinta casos de este estudio ninguna pudo lograr.

Esta situación va provocando en la mujer estéril el aislamiento en las relaciones interpersonales, ya que no cumple con uno de los aspectos importantes de la vida de un individuo ya que significa una forma de trascender. Esta meta ha sido reforzada no sólo por la familia sino desde hace siglos ya que se ha tomado como criterio no sólo para la satisfacción personal sino también para la aceptación social.

Cómo resultado observamos que la mujer estéril tiende al aislamiento no sólo como resultado de la depresión sino también por no lograr las expectativas propias y de su medio ambiente.

Otra característica de personalidad que se refleja en este estudio es la inseguridad, que da lugar a frecuentes manifestaciones de depresión, que surge cuando no se alcanzan las propias metas o no se cubren las propias expectativas por lo que se adquieren manifestaciones de inferioridad y desvaloramiento y por lo tanto inseguridad.

La inseguridad también está relacionada como resultado de la presencia de actitudes de autocrítica.

La mujer estéril al revisar su propia experiencia se limita a restar importancia a otro tipo de logros que no sean alrededor de su posible capacidad procreadora.

Esta limitación la lleva por momentos a exagerar el pesimismo ante el fracaso, por lo que en la toma de decisiones, el reconocimiento de su propia participación y responsabilidad en una determinada situación, se muestra insegura.

K. Abraham ( 1911 ) y Freud ( 1915 ), observan como otra característica de la depresión la pérdida de la capacidad de amar.

La mujer estéril se encuentra inmersa en su problemática, restringida en su interrelación social, identificada con un yo frustrado y desgastando su energía para enriquecer su ideal del yo por lo que se ve imposibilitada para sentir amor hacia los demás.

Sin embargo, para equilibrar esta imposibilidad demanda atención y afecto de su medio ambiente para reparar de alguna forma su yo frustrado.

Esta búsqueda de cariño y aceptación la canaliza hacia el yo el cual es el regulador de la autoestima entre el estado real de la de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira.

Esta demanda de atención y afecto, pueden llegar a provocar dependencia hacia las personas por las que se siente aceptada, ya que a través de ellas adquiere el amor para reparar su yo indefensa y la aprobación externa que no vive internamente.



Otto Fenichel y otros seguidores coinciden en que la regulación de la autoestima es un elemento crucial para la depresión.

Desde otro punto de vista Sandor Rado, opina que en la depresión el ideal del yo le manifiesta su odio al yo aparentemente indefenso ya que se internaliza todo el odio hacia el yo y todo lo bueno es absorbido por el superyó.

La mujer culturalmente ha sido estimulada desde niña para la procreación en especial a través de la relación e identificación con su madre.

De acuerdo con la opinión de Rado, la mujer estéril cuando logra embarazarse y ser madre se siente aprobada, valorada, segura y buena, obteniendo así el ideal del yo. La que no alcanzó esta meta como las mujeres de este estudio, quedan ligadas a un yo que absorbió todo lo malo y el odio proyectado por el superyó.

Otra característica que se observa en la persona depresiva es la excesiva preocupación por sí misma de acuerdo con K. Abraham.

La mujer estéril se presenta con rasgos de aislamiento, sin ningún otro estímulo o desarrollo que embarazarse y con una gran lucha contra su demanda psicodinámica y la social que no le permite ver más allá que su propia conflictiva.

Como vemos, bajo las circunstancias en las que vive no muestra mayor interés por lo que está sucediendo fuera de ella.

Por último, en relación con la energía, ésta se encuentra manifestada por un yo controlador interno fundamentado en sentimientos de inseguridad y culpa que tienden a frenar la actividad y desarrollo de la mujer estéril.

Lo que hace que se muestre con la necesidad de autodescribirse como sometida, pasiva y dependiente. Características que la llevan a encerrarse ante su propia conflictiva y que inhiben la actividad. (Freud 1915 escala 5 M.M.P.I.) En cuanto a la etiología de la esterilidad, de acuerdo con Carcamo, D. Pines y otros el problema se reconoce en etapas preedípicas en la que la relación con la madre juega un papel muy importante.

De acuerdo con M. Langer la mujer estéril presenta odio a la madre embarazada, deseos de seguir siendo una niña mimada e inconsciente fijación erótica a la madre.

Esta opinión se podría relacionar con una de las respuestas de la encuesta, que nos presenta relación negativa con la madre, en un 37% de los estudios, y actitud de dependencia y sometimiento, escala 5 M.M.P.I.

Esta conflictiva en relación con la imagen materna trae como consecuencia la culpa.

En conclusión vemos que:

- 1.- Tanto en la depresión como en la esterilidad la etiología se puede encontrar en la infancia y que el conflicto se encuentra centrado en una pérdida, desengaño y/o relación con la Madre. (M. Langer)
- 2.- La característica principal en la esterilidad y en la depresión es la culpa y ésta puede manifestarse por alguna de las siguientes:
  - Culpa por no cumplir con sus propias expectativas
  - Culpa como resultado de su conflictiva interna por ser estéril

**Culpa por no cumplir con la demanda social**

**Culpa por no tener energía para seguir adelante con más tratamientos y/o otras actividades**

**Culpa por no sentir amor por los demás**

**Culpa por un conflicto inconsciente hacia su madre.**

**3.- La depresión es una consecuencia de la esterilidad y/o una predisposición interna de las pacientes a reaccionar ante la situación adversiva: esterilidad.**

### 3.4 Conclusiones

En este capítulo se enumeraran en forma general los resultados obtenidos en las pruebas M.M.P.I., escala 2 (D), 5 (M.F.) y 7 (P.T.) y Zung, a un grupo treinta mujeres estériles de por lo menos tres años.

El objetivo general de la investigación fué conocer si se presentan alteraciones de depresión, actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales y la angustia con las que las enfrenta.

De acuerdo con los resultados cuantitativos se acepta Ho con el inventario de la personalidad M.M.P.I., es decir, que la personalidad de la mujer que tiene por lo menos tres años de esterilidad no presenta depresión.

En cuanto a los resultados de las proporciones de la E.A.M.D. Zung, se acepta Hi, indicando que la personalidad de la mujer de por lo menos 3 años de esterilidad presenta depresión.

Estas conclusiones se contraponen, por lo que se realizaron diversos análisis cualitativos para llegar a los siguientes resultados.

La mujer con por lo menos tres años de esterilidad presenta depresión como característica principal en el perfil, sin que ésta se muestre como patológica.

Por lo que se interpreta la presencia de sentimientos de inseguridad ante una actitud autocrítica.

El nivel de angustia se manifiesta dentro del rango de "normalidad", pudiendo ser que esté manifestada por sentimientos de inseguridad y aislamiento.

Los resultados nos muestran tendencia hacia el aislamiento y la fantasía, como una de las características más acentuadas en el perfil sin que ésta llegue a presentarse como patológica.

La combinación de rasgos principales, depresión y aislamiento, denotan aspectos que se refieren a sentimientos de inseguridad, culpa, minusvalía y la tendencia a apartarse del grupo.

En cuanto a la descripción de la impresión que quiere mostrar, se observa la necesidad de autodescribirse frágil, sometida y pasiva.

Se observa tendencia hacia la extroversión aparentando ser dinámica, activa y socialmente ajustada a las situaciones sociales.

Se manifiesta reducción de la capacidad de insight, que impide un adecuado reconocimiento de sus problemas.

Se correlaciona, que bajo las circunstancias de este estudio, entre más años de esterilidad más se acentúan los rasgos depresivos, favoreciendo la falta de motivación, la reducción de energía, la pérdida general de interés y la lentificación de la conducta motriz y de pensamiento.

Esto no pretende ser una generalización, sin embargo los resultados de esta investigación apuntan en esa dirección.

Se reconoce que la sintomatología básica en la mujer estéril es la depresión y como causa y/o efecto la culpa.

**ALCANCES,  
LIMITACIONES Y  
SUGERENCIAS**

### **Alcances Limitaciones y Sugerencias**

No cabe duda de que el diagnóstico de esterilidad tiene un impacto profundo en la vida de las personas ya que es un proceso que invade el cuerpo, la personalidad, el trabajo y la mente.

En un inicio del estudio se incluyeron otra serie de pruebas, Rorschach, Autoconcepto de Tennessee y T.A.T., para que nos dieran una mayor información acerca de las pacientes con esterilidad, sin embargo, hubo mucha informalidad como resultado de molestias por los tratamientos, intervenciones médicas o indisposición personal, por lo que la muestra se redujo a treinta y los instrumentos a dos.

La muestra fue de treinta pacientes y aunque se utilizaron sólo dos pruebas, se pudo profundizar más en calidad, encontrando que la mujer estéril sí presenta depresión como rasgo principal en el perfil y tendencia al aislamiento característica que no se contemplaba al inicio de este estudio.

El inventario multifásico de la personalidad M.M.P.I., fué de utilidad ya que es un instrumento que ha mostrado su eficacia en muy diversas investigaciones que tienden a explorar la personalidad, en este caso depresión, actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales y angustia.

Se utilizó la prueba Zung, ya que es una escala de evaluación rápida de la depresión que incluye síntomas de la enfermedad, es un instrumento sencillo,

corto y autoaplicable. Además de que es de uso frecuente en el I.M.Per., lo que permite hacer comparaciones con otros resultados de investigaciones.

La entrevista y cuestionario se podrían ampliar de manera que se investigara más acerca de las vivencias infantiles y relación con la imagen materna, ya que de acuerdo con varios autores, gran parte del conflicto de la esterilidad se encuentra en esta etapa.

La correlación, entre años de esterilidad y la depresión, nos abre nuevos caminos para investigar las características de adaptación y de cómo se manifiestan. Estos estudios psicológicos ayudarían a intervenir anticipadamente en los casos de las mujeres que presenten esterilidad recientemente.

Hasta donde incapaciten las respuestas emocionales como resultado de serse estéril, depende de muchos factores, incluyendo la habilidad de la pareja, las actitudes de otras personas involucradas y la comprensión de la familia y amigos.

Es recomendable por lo anterior, que la pareja lleve orientación psicológica, independientemente de si está en tratamiento médico o no, en la que encuentre apoyo, resolución de conflictos y búsqueda de nuevas alternativas de desarrollo en su vida.

Por último, la depresión y la tendencia al aislamiento no pueden considerarse que intervengan como antecedentes de la esterilidad, más bien, esta imposibilidad es suficientemente importante como para modificar las



**características de la personalidad da mujeres con esterilidad de por lo menos  
tras años, y por lo tanto, ser más bien un efecto que una causa.**

# BIBLIOGRAFIA

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 ALTAMIRANO, N., Estados de Duelo y Depresión, en Revista de Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires Vol. 8 # 2 Argentina 1969.
- 2 ARIETI, S., Psicoterapia de la Depresión, Ed. Paidós Argentina 1981.
- 3 ARROMET, G., The Influence of Adoplation on Subsequent Pregnancy in Infertile Marriage, Int. J. Fertil Vol 19 Francia 1974.
- 4 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, DSM III R, Ed Masson, 1980.
- 5 ASOCIACION MEXICANA DE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, El Psicoanálisis en un Mundo en Transición, México 1990.
- 6 AVERY, D., Dawn Simulation Treatment of Winter Depression, Am. J. Psychiatry, U.S.A. January 1993.
- 7 AYUSO, J., Las Depresiones, Ed. Importécnica, España 1981.
- 8 BALEN, V., Long Term Infertile Couples, J. Psychosom Obstet-Gynaecol 14 Suppl. U.S.A. 1993.

- 9 BECKER, E., El Eclipse de la Muerte, Ed. Fondo de Cultura Económico, México 1977.
- 10 BELLAK, L., Manual de Psicoterapia Breve, Ed. Manual Moderno México 1989.
- 11 BERNARD, P., Tratado de Psiquiatría, Ed. Masson, España 1980.
- 12 BLEICHMAR, E., La Depresión en la Mujer, Ed. Temas de Hoy México 1992.
- 13 BRENNER, C., A Psychoanalytic Perspective on Depression, J. American Psychoanalytic, Vol 39 #2 New York 1989.
- 14 CALDERON, N., Depresión, Ed. Trillas, México 1989.
- 15 CALLAN, V., Strategies for Coping with Infertility, British Journal of Medical Psychology, 62 Great Britain 1989.
- 16 CLONINGER, C., Unraveling the Causal Pathway to Major Depression, Am. J. Psychiatry 150:8 U.S.A. 1993.
- 17 COOK, R., The Relationship between Sex and Emotional Functioning in Patients undergoing Assisted Conception, Psychosom-Obstet-Gynaecol, 14, U.S.A. 1993.

- 18 CORYELL, W., Anxiety Syndromes as Epiphenomena of Primary Major Depression, Am. J. Psychiatry U.S.A. 1992.
- 19 CHAO, S., Estadísticas para Economistas y Administradores de Empresas, De. Herrero Hermanos, México 1960.
- 20 CHEVRET, F., Do Psychogenic Sterilities Exist? , J. Gynecol Obstet 80 # 11 1983.
- 21 CHIGBUT, A., Esterilidad Psicosomática; Contracepción Hipnótica, Italia 1995.
- 22 DANILUK, J., Infertility: Intrapersonal and Interpersonal Impact, J. Fertility and Sterility Vol. 49 # 6 1988.
- 23 DEUTSCH, H., Psicología de la Mujer, Ed. Losada, Buenos Aires 1971.
- 24 DOMAR, A., The Psychological Impact of Infertility, Psychosom Obstet-Gyneacol 14, Suppl. U.S.A. 1993.
- 25 EL-ROEIJ, A., Autoantibodies and Common Idiotypes in Men and Women Sperm Antibodies, Am. J. Obstet-Gynecol March, U.S.A. 1988.
- 26 ERICSON, E., Infancia Y Sociedad, Ed. Hormes, Argentina 1987.
- 27 FRANK,D., Counseling The Infertile Couple, J. Psychosol

- 28 FENICHEL, O., Teoría General de la Neurosis, Ed. Paidós Argentina 1971.
- 29 FENICHEL, O., Teoría Psicoanalítica de la Neurosis, Ed. Paidós Argentina 1966.  
Nurs Menthealth Ser., May 22 # 5 U.S.A. 1984.
- 30 FREDEN, L., Aspectos Psicosociales de la Depresión, Ed. Fondo de Cultura Económico, México 1986.
- 31 FREUD, S., Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva, España 1973.  
Sobre Sexualidad Femenina (tomo 3)  
Nuevas Aportaciones al Psicoanálisis (tomo 3)  
Análisis Terminable e Interminable (tomo 3)  
La feminidad (tomo 3)  
Duelo y Melancolía (tomo 2)
- 32 FREUD, A., El yo y los Mecanismos de Defensa, Ed. Paidós Argentina 1969.
- 33 FROMM, R., Principios de Terapia Intensiva, Ed. Hormé Buenos Aires 1965.
- 34 GAON, R., La Depresión Fría, Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, Vol. 14 # 2 1992.
- 35 GARCIA, M., Nueva Dimensión en el Manejo de la Esterilidad, Instituto de la Reproducción Humana, Mex 1985.

- 36 GILLIGAN, C., La Moral y la Teoría, Ed. Fondo de Cultura Económico, México 1985.
- 37 GOLOMBOKS., Psychological Functioning in Infertility Patients, Hum-Reprod Feb 7 #2 U.S.A. 1992.
- 38 GONZALEZ, C., Normalización de un instrumento para Medir la Depresión ( E.A.M.D. ) en mujeres embarazadas, Perinatol Reprod Hum, Vol 7 #3 México 1993.
- 39 GREENFELD, D., Aspectos Psicosociales en Fertilización in Vitro, Clínicas de Obstetricia y Ginecológicas, Vol 1 España 1986.
- 40 GRINBERG, L., Culpa y Depresión, Ed. Paidós, Buenos Aires 1963.
- 41 HARRISON, R., Stress and Infertility, J. Infertility Female, Vol. 31 #2 U.S.A. 1986
- 42 HIRSCH, H., Psychosocial Situation of Married Couples Prior to Artificial Insemination with Donor Sperm, Sterility 44 # 11, 1966 Israel.
- 43 HIRSCH, M., Characteristics of Infertile Women in the United States and their Use of Infertility Services, Fertility and Sterility, Vol 47 #4 1987.
- 44 KOLB, L., Psiquiatría Clínica Moderna, Ed. Prensa Médica Mexicana, 1976.

- 45 KABLY, A., Transferencia Intratubaria de Gametos (G.I.F.T.)  
Perinatol Reprod Hum Vol 6 #7 México 1992.
- 46 KEDEM, P., Psychological Aspects of Male Infertility, British  
Journal of Medical Psychology 63, Great Britain,  
1990.
- 47 KIRMAYER, L., Somatization and the Recognition of Depression  
and Anxiety in Primary Care, Am J Psychiatry  
May 1993.
- 48 KIPPER, D., Infertilidad Psicogenética: Neurotismo y el Rol  
Femenino, Israel 1977.
- 49 KLEIN, V., El Carácter Femenino, Ed. Paidós, España  
1985.
- 50 LANGER, M., Maternidad y Sexo, Ed. Paidós, México 1988.
- 51 LAPLANCHE, J., Diccionario de Psicoanálisis, Ed. Labor España  
1971.
- 52 LOPEZ, D., Conflicto Psíquico y Afecto Depresivo, Cuaderno  
de Psicoanálisis. Vol XX Jul-Dic. México 1987.
- 53 LORIE, R., Cultural and Emotional Components of  
Loneliness and Depression, Journal of  
Psychology, Vol 121 #1, U.S.A. 1987.
- 54 MAHLSTED, P., The Psychological Component of Infertility, J.  
Fertil-Steril 43 #3 , 1985.



- 55 MAHLSTED, P., The Infertility Crisis: an Opportunity for Growth,  
Perinatol Reprod Hum, Vol 5 #2 México 1991.
- 56 MENDELS, J., La Depresión, Ed. Herder, España 1989.
- 57 MENDEZ R., El Protocolo de Investigación, Ed. Trillas México  
1990.
- 58 MENDOLA, R., Appraisal and Adaptation Among Women with  
Impaired Fertility, Cognitive Therapy and  
Research, Vol 14 #1, U.S.A. 1990.
- 59 MOGHISSI, K., Unexplained Infertility, The American Fertility  
Society, Vol. 39 #1 January 1983.
- 60 MORALES, F., Autoconcepto y Características de Personalidad:  
Estudio Comparativo entre Hombres y Mujeres  
Estériles y Fértiles, Perinatol Reprod Hum,  
Vol 9 #2, México 1995.
- 61 MORALES, F., Fertilización Asistida: Aspectos Emocionales,  
Perinatol Reprod Hum, Vol 6 #3, México 1992.
- 62 MUDD, E., Barreras en el Desarrollo de la Reproducción,  
Pensilvania Hospital, U.S.A. 1980.
- 63 NUÑEZ, R., Aplicación del Inventario Multifásico de la  
Personalidad (M.M.P.I.) a la Psicopatología, Ed.  
Manual Moderno México 1968.

- 64 O'MOORE., Psycosomatic Aspects in Idiopathic Infertility, J of Psycosomatic-Research, Vol 27 #2 1993.
- 65 PASSINI, H., Manual de Psicología Psicosomática, Ed. Masson Barcelona-México 1984.
- 66 PESELOW, E., Melancholic Endogenous Depression and Response to Somatic Treatment and Piacabo, Am J Psychiatry 1992.
- 67 PINES, D., Emotional Aspects of Infertility and its Remedies, Int. J Psicho-Anal 71-561, London 1990.
- 68 PLATT, J., Infertility Couples Personality Traits and Self-Ideal Concept Discrepancies, J Fertil-Steril Vol 24-972 U.S.A. 1973.
- 69 POLAINO, A., La Depresión, Ed. Martinez Roca, España 1985.
- 70 PULSON, J., An Investigation of the Relationship Between Emotional Maladjustment and Infertility, J Fertility and Sterility vol 49 #2, U.S. A. 1988.
- 71 PUSCA, H., Psicosocial Background in Sterility Patient, Geburtshife Franheilkd, Nov 43 #11, Germany 1983.
- 72 RAMIREZ, E., Estudio Epidemiológico de Mil Parejas Estéres, Ginecología y Obstetricia de México, Vol 57 Marz. 1989.

- 73 RANDOLPH, L., Libro de la Salud, Compañía Editorial Continental, México 1978.
- 74 REBOUL, J., Esterilidad Psicogenética, Francia 1982.
- 75 RIVERA, J., Interpretación del M.M.P.I en Psicología Clínica, Laboral y Educativa, Manual Moderno, México 1991.
- 76 SARREL, P., Psychotherapeutic Intervention for Treatment of Couples with Secondary Infertility, J Fertil-Steril Vol 43 #6 1985.
- 77 SHEPANK, H., Psychosocial Background in Sterility Patients, Geburtshilfe Frauenheilkd, Nov 43 #11 Ger. 1983.
- 78 SEGAL, H., Introducción a la Obra de Melanie Klein, Ed. Manual Moderno, Argentina 1981.
- 79 SUTHERLAND, J., El psicoanálisis y el Sentimiento de Culpa, Ed. Paidós, Buenos Aires 1962.
- 80 THIERIN, P., Mood Satte as a Predictor of treatment Outcome After in Vitro Fertilization/Embryo Transfer Technology, J Psychosom Res vol 35 #5, 1993.
- 81 WOLLMAN, B., Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia, Ed. P L M, México 1981.
- 82 WOLPE, J., Práctica de la Terapia de la Conducta, Ed. Trillas México 1977.

- 83 ZARATE, A., Manejo de la Pareja Estéril, Ed. Trillas México  
1987.
- 84 ZUNG, W., La Medición de la Depresión, Arch. Gen Psychiat  
13:508, 1965.

# ANEXOS

**ANEXO I****HISTORIA CLINICA**

Nombre de la Paciente \_\_\_\_\_ No.de Exp. \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Psicólogo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Tipo de paciente: Obst. \_\_\_\_\_ Gine. \_\_\_\_\_ Puer. \_\_\_\_\_ Otro. \_\_\_\_\_

Canalización: Interconsulta \_\_\_\_\_ Iniciativa Propia \_\_\_\_\_

Protocolo \_\_\_\_\_

1.- Descripción física y de conducta durante la entrevista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_2.- Motivo de consulta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_3.- Origen y evolución del problema ( fecha de inicio, circunstancias, cómo,  
cuando, donde, frecuencia e intensidad). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_4.- Intentos de solución: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA PERSONAL**

5.- Historia familiar primaria (padres unidos, relación con padre y madre, pérdida familiar en su infancia). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Vida Sexual (parejas sexuales, relación de pareja, ajustes por tratamiento).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- Historia Familiar Actual: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- Descripción breve de la relación de pareja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.- Sintomatología Complementaria:

- 01.- ( ) Agresión, conducta antisocial.
- 02.- ( ) Conductas suicidas
- 03.- ( ) Dificultades sexuales
- 04.- ( ) Problemas somáticos
- 05.- ( ) Conducta Obsesiva-compulsiva
- 06.- ( ) Problemas de droga y/o alcohol
- 07.- ( ) Fobias
- 08.- ( ) Problemas para comer
- 09.- ( ) Problemas de sueño

10.- ( ) Depresión

11.- ( ) Ansiedad

12.- ( ) Otros

10.- Otras observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ANEXO II****CUESTIONARIO**

Nombre de la Paciente: \_\_\_\_\_

No. de Exp. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Ocupación Pareja \_\_\_\_\_

Otras observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ANEXO III****DEFINICIONES**

<b>AMENORREA:</b>	Ausencia de sangrado menstrual cíclico en lapsos mayores a tres meses.
<b>ASTENOSPERMIA:</b>	Presencia en el esperma de espermatozoides con movilidad disminuida o ausente.
<b>ESTERILIDAD:</b>	Del latín Sterilis que significa que no da fruto o no produce nada.
<b>ESTERILIDAD INEXPLICABLE:</b>	Aquellas personas que no muestran orgánicamente deficiencia alguna y que sin embargo no pueden concebir.
<b>ESTERILIDAD PRIMARIA:</b>	Mujer que nunca ha tenido un embarazo.
<b>ESTERILIDAD SECUNDARIA:</b>	Mujer que tuvo embarazos anteriores y que actualmente no lo logra, así haya tenido un tratamiento específico.
<b>HIPERESTESIA:</b>	Qué dificulta o impide el coito, asociado con contracción espasmódica de la vagina, cuando se intenta dicho acto.
<b>INFECUNDIDAD:</b>	Estado susceptible a modificaciones en la que la mujer no se embaraza porque no se fecunda.
<b>INFERTILIDAD:</b>	Del latín Fertilis e In, que significa incapacidad de concebir o bien en el caso del hombre para inducir la concepción. Estado en el que la mujer capacitada para el embarazo no lo desarrolla.

en término. incapacidad de mantener y desarrollar el producto de la fecundación.

**PSICOGENESIS:**

De Psico y el griego Genna, Gennan engendrar, desarrollo de las facultades mentales. Producción de signos y síntomas clínicos a consecuencia de trastornos mentales.

**PSICOSOMATICO:**

Adjetivo que connota la interacción constante e inseparable de la psique-mente, y del soma-cuerpo. Más comúnmente usado para referirse a enfermedades en las cuales las manifestaciones son primariamente físicas con al menos una etiología parcial emocional. Aplicase a los trastornos somáticos de origen psíquico.

**VAGINISMO:**

Espasmo vaginal doloroso que usualmente ocurre durante el coito. Espasmo doloroso de la vagina debido a una hiperestesia.