

19
24.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

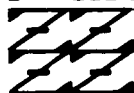
**"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y DEPRESION EN MUJERES ESTERILES"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :

ALMA ROSA DEL CARMEN MARTINEZ ROSAS

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LA UNAM Y LA
DE MEXICO DESARROLLAN

ASESOR: MTRO. MARIO E. ROJAS RUSSELL

MEXICO, D. F.

1997

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.

Mi agradecimiento para todas aquellas personas que formaron parte de aquel vívido deseo que hoy se cumple: Mtro. Mario Rojas Russell, Mtra. Bertha Ramos del Río, Dra. Gladys Lopes Da Fountoura, Dr. Gonzalo García Nava, Dr. Francisco Morales Carmona, Psic. Jorge Carreño Meléndez, Psic. Mirna García, Psic. Guadalupe Ocampo Bahena. Mi respeto y admiración para todos ustedes.

Igualmente agradezco a mis padres, Manuel y Concepción; a mis hermanos Angélica, Jesús y Silvia; y a mis amigos -a todos aquellos que desde siempre están aquí, junto mío-. Por ser en la vida el estímulo más grande que he tenido para luchar por mí, por lo que soy y por lo que quiero ser.

ALMA

INDICE

Páginas

<i>Introducción</i>	1
<i>CAPITULO I. REPRODUCCION HUMANA</i>	5
1.1. Conceptos Preliminares	9
1.1.1. Anatomía y Fsiología Humanas	10
1.1.2. Bases Endocrinológicas de la Reproducción	12
1.2. Factores Fisiológicos elementales para la Fertilización	14
1.3. Etiología de la Esterilidad.....	16
1.4. Aspectos Psicológicos de la Esterilidad Femenina.....	22
1.5. Maternidad y Sociedad	25
 <i>CAPITULO II. AFRONTAMIENTO</i>	 31
2.1 Estrés y Afrontamiento	33
2.2 Afrontamiento y Evaluación Cognitiva	35
2.3 Afrontamiento Centrado en el Problema y Centrado en la Emoción	43
2.4 Afrontamiento y Esterilidad	46

<i>CAPITULO III. DEPRESION</i>	60
3.1 Antecedentes Históricos	60
3.2 Clasificación	66
3.3 Factores Etiológicos en la Depresión	69
3.4 Mecanismos y Características de la Depresión asociada a Padecimientos Físicos	72
 <i>CAPITULO IV. METODOLOGIA</i>	82
<i>RESULTADOS</i>	93
<i>DISCUSION</i>	102
<i>CONCLUSIONES</i>	110
<i>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</i>	114
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	116
<i>ANEXOS</i>	124

INTRODUCCION

Aparentemente en nuestros tiempos el deseo de tener un hijo ha disminuido considerablemente. Pero al menos en nuestro país la procreación ha representado una de las metas vitales tanto en hombres como en mujeres.

El Dr. Kably (1990) menciona que la esterilidad es un problema frecuente entre las parejas mexicanas, ya que de un 10% a un 20% de ellas tienen dificultad para procrear.

Por otra parte, se sabe que la esterilidad se vive como la experiencia más desagradable que tiene secuelas negativas en el funcionamiento psicológico del individuo (Holmes y Tymistra, 1987).

En México, en el Instituto Nacional de Perinatología se han realizado investigaciones sobre el impacto de la esterilidad en el estado emocional en hombres y mujeres que la padecen (Carreño, 1994; Díaz, 1992; Morales, et. al., 1992; Morales, et. al., 1995; Rodríguez, 1992; Peralta, 1992). En estos estudios se ha observado que: a) La esterilidad sigue siendo percibida como una experiencia sumamente desagradable, b) Dentro de la sociedad mexicana la finalidad de la familia, la sexualidad y del propio

individuo sigue siendo la procreación de los hijos, c) La esterilidad se enfrenta con impotencia y frustración debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir con una función socialmente esperada, d) La esterilidad produce cambios en la personalidad o bien a acentúa características que desequilibran el estado emocional y físico del ser humano.

Por otra parte, como apuntan Seibel (1987) y Domar, et. al., (1992) debido al distrés producido por el diagnóstico de esterilidad y por los constantes tratamientos a que son sometidas las mujeres estériles éstas experimentan una variedad de emociones negativas como: ansiedad, temor, soledad, depresión, frustración, culpa e inutilidad.

También, clínicamente se ha observado que existen diversos cambios en el estado emocional de la mujer estéril como quejas somáticas, trastornos en el sueño, disfunciones sexuales, entre otros (Morales, 1992), y que, por lo menos para algunas pacientes el nivel de distrés psicológico puede variar desde el momento en que ingresan a algún programa hasta que concluyen con su tratamiento (Seibel, 1987).

La depresión se ha descrito como una consecuencia común de la esterilidad. Hay datos preliminares que indican que las mujeres estériles reportan niveles depresivos normales (Paulson, 1988; Downey, 1992) o ligeramente mayores que las mujeres sanas (Garner, 1984; Mazure, 1984; Fagan, 1986; Daniluk, 1988).

Sin embargo, la cuestión acerca de los mecanismos adaptativos que están operando en esta relación, esterilidad-depresión, no ha sido objeto de estudio.

Por ello, en esta ocasión fue necesario conocer cuales *recursos adaptativos* están operando en el presente fenómeno reproductivo y su efecto sobre los niveles de depresión.

El sustento teórico del presente estudio incluye los conceptos preliminares y las bases endocrinas de la reproducción humana, se muestra una breve revisión de la anatomía y fisiología femenina y masculina, los aspectos fisiológicos elementales para la fertilización y las causas más comunes en la esterilidad por factor femenino y por factor masculino, posteriormente se muestra una breve revisión de los aspectos psicológicos de la esterilidad, así como el significado social que es otorgado a la esterilidad en la sociedad mexicana y su impacto emocional en la mujer. En un segundo momento se consideran los aspectos básicos del tópico de afrontamiento como: definición, las diferentes aproximaciones teóricas que explican el afrontamiento; su relación con el estrés y con los procesos cognoscitivos, pero sobre todo sus implicaciones en la salud y obviamente en la esterilidad. Aquí se mencionan algunas de las investigaciones que se han hecho sobre la esterilidad, las cuales ayudaron a delimitar los objetivos del presente trabajo. Posteriormente se aborda el punto de vista histórico-social de la depresión, su etiología y clasificación; los mecanismos y características de la depresión asociada a padecimientos

físicos. Más tarde, se explican los cambios en la actitud del individuo estéril cuando la depresión está presente. Finalmente se dedica un capítulo a la metodología del presente estudio en donde se señalan los objetivos, las variables de investigación, las características de la muestra, los instrumentos y el procedimiento utilizados. En el siguiente capítulo se hace una descripción y análisis de los resultados de esta investigación. El capítulo final comprende las conclusiones del trabajo.

CAPITULO I

REPRODUCCION HUMANA

En el ser humano la capacidad reproductiva que se comprueba con la fecundación del óvulo por el espermatozoide no sólo está encaminada hacia la consecución de la satisfacción de las necesidades de carácter biológico como lo son, el instinto sexual y el instinto de conservación (Macías, 1994).

Como afirma Fromm (1966) más allá de estas necesidades biológicas existen una serie de necesidades específicamente humanas, tales como las de carácter psicológico y las culturales.

Bajo estos términos, la *reproducción* adquiere un valor preponderante ya que, por un lado, asegura la función procreativa, y por el otro, particularmente en la mujer es un evento determinante que tiene repercusiones de gran significancia, ya que en él se *conjuga la capacidad biológica con los sentimientos y las cogniciones que este hecho trae consigo, además del papel de la madre que la sociedad le ha adjudicado desde su infancia* (Flores y Hernández, 1996).

De este modo, dentro de las culturas de Occidente se ha considerado que la procreación y la familia forman una parte muy importante en el desarrollo del ser

humano, por ello, la carencia involuntaria de hijos (ya sea por esterilidad o infertilidad) precipita en la pareja una crisis psicológica de enormes proporciones (Lamas, 1987).

De acuerdo con Morales (1995) la palabra esterilidad deriva del latín "*sterilis*" que significa no dar fruto y usualmente se define como:

La incapacidad para lograr el embarazo después de un año de relaciones sexuales sin la utilización de algún método anticonceptivo (Acosta, 1991).

En tanto que, la infertilidad implica:

La capacidad de lograr concepciones, pero sin que el producto llegue a término (Acosta, 1991)

La esterilidad constituye un problema para muchas parejas en la actualidad. De acuerdo con la OMS, cerca del 10% de la población mundial padece esterilidad (Carreño, 1994).

Independientemente del alto índice poblacional que hay en nuestro país existen datos (Kably-Ambe, 1992) que muestran que del 10% al 15% de las parejas mexicanas tienen dificultades para reproducirse.

Por otra parte, la esterilidad suele clasificarse en primaria cuando nunca se ha logrado el embarazo, y secundaria cuando hay hijos vivos, pero no existe la posibilidad de un nuevo embarazo (Acosta, 1991).

La etiología del problema puede radicar en el hombre, en la mujer o en ambos. En cada caso, uno o varios factores pueden estar alterados en grado variable. Algunos sólo dificultan la concepción mientras que otros la impiden completamente.

Ramírez (1989) reporta que estos factores causales se encuentran distribuidos de la siguiente manera: por factor masculino, 30%; por factor femenino, 60%; y de causa no aparente, 10%.

Vega (1992) refiere una proporción más acertada, él señala que en las parejas mexicanas la incidencia de la esterilidad es del 50% por factor femenino; 30% por factor masculino; 10% mixto y 10% inexplicable.

En lo que se refiere a la *esterilidad de causa desconocida* se ha sugerido que los factores psicológicos son fundamentales. Schenker (1992) refiere que el *estrés* y la *ansiedad* pueden afectar a la ovulación y la producción espermática. En otras palabras, que el estado emocional puede afectar a la capacidad reproductora.

Stieve (1952) encontró en las autopsias de hombre y mujeres que murieron en bombardeos durante la segunda guerra mundial, grandes alteraciones en el ciclo ovárico y uterino en la histología de los órganos genitales masculinos, con lo cual pudo demostrar que la angustia y el terror influyen de modo decisivo sobre la reproducción humana.

Aunque la frecuencia de la esterilidad de origen desconocido se estima de un 5% al 10% (Insler, 1992) es indudable que los aspectos emocionales deben ser abordados para la comprensión integral del fenómeno de la esterilidad.

Así pues, en la presente investigación se aprecia que el fenómeno de la reproducción no solamente involucra al funcionamiento biológico y aún más cuando existen alteraciones dentro de la misma, como la *esterilidad*. Aquí se muestra una revisión de los factores anatómicos y fisiológicos que intervienen en la reproducción y en la fertilización, posteriormente se resaltan las *que han sido las causas más comunes de esterilidad en la mujer y en el hombre*; por último se describen las *características psicológicas y sociales* que cobran importancia en la comprensión este fenómeno.

1.1. CONCEPTOS PRELIMINARES.

Los individuos de todas las especies animales multicelulares tienen un periodo de vida más o menos limitado. Por lo tanto, para que una especie sobreviva, debe existir un mecanismo que permita la producción sucesiva de nuevas generaciones de dicha especie. Este proceso se llama *reproducción*. Todos los organismos que se reproducen sexualmente se desarrollan a partir de una sola célula, el *cigoto*, originada por la unión de otras dos: las células germinativas o gametos (el *espermatozoide*, que proviene del macho y el *óvulo* que procede de la hembra). La unión del óvulo con el espermatozoide se denomina *fecundación* (Cárdenas y García, 1996).

En los mamíferos, incluyendo al hombre, ambos sexos se diferencian no sólo por la estructura de sus células germinales, sino también por la de aquellos órganos que las producen y que se denominan *gónadas* u órganos sexuales primarios: *testículo* en el macho y *ovario* en la hembra. Los dos sexos se diferencian también en el grado de desarrollo de los órganos sexuales accesorios, por medio de los cuales se movilizan las gametas desde las gónadas. En el macho se incluyen entre ellos un órgano introductor, el pene, por medio del cual se deposita el esperma en el aparato genital femenino. En la hembra, los órganos sexuales accesorios incluyen un receptáculo especial para los espermatozoides, la vagina, y una "cámara de nidación", el útero, para la recepción e incubación del cigoto. Además ambos sexos se distinguen generalmente por algunas

diferencias, tanto físicas como mentales, pero no vinculadas directamente a la reproducción, y que se conocen como *caracteres sexuales secundarios*. Algunos ejemplos son: el alcance del desarrollo mamario, la distribución pilosa, las formas de comportamiento, la forma del cuerpo.

1.1.1. ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA HUMANAS.

Como reportan Cárdenas y García (1996) en todos los vertebrados los testículos y los ovarios se desarrollan en relación con la pared abdominal posterior. En el ser humano las células germinales son producidas durante la etapa de la vida correspondiente a la madurez sexual. Los testículos descienden hasta el escroto, pero los ovarios sólo descienden hasta la pelvis. Por tal condición ambas gónadas están irrigadas por la aorta abdominal y la sangre venosa se vierte en la vena cava inferior.

Organos genitales masculinos.

Los órganos sexuales masculinos se componen de los testículos y epidímos situados en las bolsas testiculares, los conductos deferentes, las vesículas seminales, los conductos eyaculatorios, la próstata, las glándulas bulbouretrales, el escroto o bolsas testiculares y el pene. Estos dos últimos son considerados órganos genitales externos y todos los primeros órganos genitales internos. Los espermatozoides formados en los testículos viajan hacia el epidímo donde son almacenados. La secreción mucosa epidímaria constituye uno de los

componentes del líquido seminal. Desde el epidídimo los espermatozoides pasan por el conducto deferente y vesícula seminal y por los conductos eyaculadores hacia la uretra, desde la cual salen al exterior. Los restantes componentes del líquido seminal son originados en las vesículas seminales, próstata, glándulas bulbouretrales y las glándulas uretrales, Las secreciones de estas estructuras que a veces son llamadas glándulas genitales accesorias, son vertidas a la uretra. En el macho el proceso de producción de espermatozoides *-espermatoogénesis-* es normalmente continuo; empieza inmediatamente después de la pubertad (comienzo de la madurez sexual entre los 11 y 14 años de edad) y se prolonga hasta una edad avanzada.

Organos genitales femeninos.

En la mujer, la pubertad marca el comienzo de la madurez sexual y empieza alrededor de dos años antes que en el varón y a partir de este momento se promueve la producción de óvulos, proceso que se denomina *ovogénesis*. Es un proceso cíclico caracterizado por el crecimiento, maduración y liberación (ovulación) de una o más gametas femeninas por el ovario. Durante el crecimiento, la gameta en maduración es rodeada por una vesícula que constituye el folículo ovárico. Después de la ovulación, el folículo se colapsa y se transforma temporalmente en una glándula se secreción interna llamada cuerpo lúteo. En las mujeres este ciclo ovárico se repite cada 28 días desde la pubertad hasta la menopausia (fin de la madurez sexual, alrededor de los 45 años de edad), excepto durante los períodos de embarazo. Esta actividad cíclica del ovario está relacionada con los cambios cíclicos

fisiológicos y también anatómicos que son esenciales para la preñez.

Los órganos genitales internos se componen de ovarios, trompas uterinas y vagina. Los ovarios y las tubas uterinas son formaciones pares, el útero, órgano único, están situados en la cavidad pelviana, y en parte en el peritoneo. Los órganos genitales externos quedan por delante y por debajo del pubis, se llaman en conjunto vulva e incluyen el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, las glándulas vestibulares y el himen.

Sin embargo, para que ocurra la fertilización se necesitan varios factores funcionales en el hombre y en la mujer que permitan la espermatogénesis y la ovulación para concluir en un embarazo y que éste llegue a término.

1.1.2. BASES ENDOCRINOLÓGICAS DE LA REPRODUCCIÓN.

La función secretora y gametogénica de las gónadas dependen ambas de la secreción de las gonadotropinas hipofisarias: Hormona Folículo Estimulante (HFE) y Hormona Luteinizante (HL)

Las hormonas sexuales interactúan a través del hipotálamo para inhibir la secreción de gonadotropinas. En el macho la secreción de gonadotropinas no es cíclica; pero en la hembra pospuberal se necesita una secreción de gonadotropinas en sucesión ordenada para que ocurra la menstruación, el embarazo y la lactancia (Kapit y Elson, 1981).

Gonadotropinas hipofisarias y Prolactina. Los testículos y ovarios se vuelven atróficos cuando se extirpa o se destruye la hipófisis. Las hormonas HFE y HL son conocidas como gonadotropinas, ya que sus tejidos efectores y "órganos blanco" son las gónadas en ambos sexos.

La hormona folículo estimulante (HFE) se origina en el lóbulo anterior de la hipófisis; en la hembra estimula el crecimiento del folículo ovárico, en el macho mantiene el epitelio espermatogénico y estimula la maduración de los espermatozoides en el interior del testículo.

La reducida cantidad de las hormonas ováricas, *Estrógenos* y *Progesterona*, después de la menstruación, favorecen la secreción de la HFE, la cual estimula al ovario para el desarrollo de un nuevo folículo (óvulo) para el siguiente ciclo. La formación de un nuevo folículo está bajo la influencia de la HL y durante su crecimiento, estas hormonas (LH, HFE) se mantienen en altos niveles de secreción. Si no ocurre la fertilización la producción de estas hormonas disminuye.

Los estrógenos también participan en: la formación de los caracteres sexuales secundarios; la iniciación de la actividad cíclica del tracto genital y glándula mamaria; la interacción con otras glándulas endocrinas; regula la liberación de las gonadotropinas, a través del hipotálamo.

La progesterona, llamada la hormona del embarazo, prepara al aparato reproductor femenino para la posibilidad de la fertilización e implantación, también disminuye la actividad contractil del útero.

Por otra parte, también se reconoce la participación de las *catecolaminas*. El efecto de la *acetilcolina* que es secretada por las neuronas parasimpáticas terminales aumenta la contracción uterina en forma tónica, por lo que se cree que probablemente contribuye en el proceso de parto. La *adrenalina* y *noradrenalina* que son secretadas por las terminaciones nerviosas simpáticas y por la médula suprarrenal no parecen ser muy importantes durante el embarazo, pero pueden tener una importante influencia sobre la motilidad uterina en la mujer sometida a una situación de estrés. Por ejemplo, durante el parto, el dolor en una mujer aprensiva puede acompañarse de la secreción de grandes cantidades de adrenalina (Cárdenas y García, 1996).

1.2. FACTORES FISIOLÓGICOS ELEMENTALES PARA LA FERTILIZACIÓN

De acuerdo con Pérez (1995) estos factores funcionales son:

- La producción de un número suficiente de espermatozoides normales, con buena motilidad y capacidad de penetración ovular además de un líquido seminal adecuado.

- Transporte de los espermatozoides por los conductos masculinos hasta la vagina y cérvix en un tiempo oportuno para la fertilización. Migración posterior a la cavidad endometrial, lo cual involucra que los conductos masculinos estén permeables y los órganos externos no presenten anomalías.
- Traslado de los espermatozoides a la cavidad endometrial hasta la porción distal de las trompas. Para lo cual es necesario la permeabilidad y la funcionalidad tubaria y buena calidad espermática que permita la supervivencia en este lapso.
- Crecimiento y desarrollo del folículo ovárico hasta la ovulación normal. Se requieren ovarios normales y una interrelación bien sincronizada. El óvulo tiene una vida muy corta (12 a 24 horas) y sólo se produce uno por mes; de ahí la importancia de las relaciones sexuales frecuentes, al menos durante el período ovulatorio.
- Transporte del óvulo a la porción distal de la trompa. Se necesita un buen funcionamiento tubárico, además permeabilidad ambiente peritoneal adecuados y la coexistencia del óvulo y espermatozoides en el momento preciso.
- Transporte del huevo fecundado al endometrio y nidación del mismo. Además del buen funcionamiento tubárico se requiere un endometrio previamente preparado y un ambiente endocrino apropiado.

- Crecimiento del producto fecundado.

También es importante mencionar que la capacidad reproductiva depende de la edad, siendo de los 24 a los 30 años en la mujer y de los 24 a los 35 en el hombre las edades de máxima capacidad de fecundación. También interviene la frecuencia de los coitos, de 4 a 5 por semana es el mejor promedio y por último la duración de actividad sexual sin anticoncepción (Morales, 1995). Obviamente existen múltiples factores que si se alteran producen anomalías en la concepción, como es el caso de la esterilidad, de la cual a continuación se exponen algunos de los aspectos que son necesarios para su comprensión.

1.3. ETIOLOGIA DE LA ESTERILIDAD.

Tanto en el hombre como en la mujer se han encontrado factores físicos y fisiológicos que conducen a la esterilidad.

Esterilidad por factor Femenino.- De acuerdo con Pérez (1995) la etiología de la esterilidad femenina se ha atribuido a los siguientes factores:

- Factor cervical. El cuello uterino tiene una mayor cantidad de tejido fibroso. Ahí se encuentra el orificio cervical externo y el canal endocervical que forman una capa mucosa.

Lo afectan múltiples variables como problemas anatómicos, endocrinológicos, infecciosos, inmunológicos o medicamentosos. Frecuentemente, se encuentra asociado con otro factor causal de esterilidad, tales como, factor tubario, uterino, masculino y ovárico. Su incidencia varía entre el 5% y el 10%.

- Factor uterino. La mayor parte de los problemas reproductivos causados por patología uterina se observan después de la fecundación. De manera que, su incidencia es mayor en la infertilidad que en la esterilidad.

El útero se localiza en la pelvis entre el recto y la vejiga. En estado no grávido sus dimensiones son alrededor de 7.5 x 5 x 3 cm de longitud, grosor y espesor; 50 gramos de peso y de 3 a 9 ml de capacidad. Está compuesto por tres capas: la externa, serosa o peritoneo; la media, muscular o miometrio; y la interna, mucosa o endometrio.

Las malformaciones uterinas congénitas, trastornos infecciosos, alteraciones tróficas por producción hormonal ausente o deficiente, adherencias en las paredes uterinas, fibromas, miomas o fibroleiomiomas. Se reporta como causa de la esterilidad en el 50% de los casos.

- Factor tubo peritoneal. el factor tuboperitoneal es una causa muy frecuente de esterilidad. Su incidencia oscila entre el 25 y el 40% ya sea por patología intrínseca de las trompas o por procesos adherenciales que las involucren, a ellas o al peritoneo.

Las trompas uterinas son dos conductos músculo-mucosos que conectan al útero con la cavidad peritoneal. Están constituidas por tres capas: una serosa que constituye la porción distal del peritoneo, de ligamento ancho que cubre a los oviductos; una muscular, que tiene tres planos, uno interno longitudinal; otro medio, circular; y uno externo longitudinal.

La mucosa es continuación del endometrio y se le conoce como endosalpinx.

- **Factor neuroendócrino.** Tiene múltiples implicaciones en la reproducción, especialmente en la ovulación y en la espermatogénesis.

Las alteraciones del factor neuroendócrino pueden condicionar esterilidad o infertilidad o afectar el funcionamiento de las glándulas endocrinas periféricas o alteraciones de éstas por mecanismos de retroalimentación condicionar el mal funcionamiento del Sistema Nervioso Central.

Entre las condiciones patológicas del factor neuroendócrino se encuentran amenorrea, anovulación, anovulación asociada a: estrés, pérdida de peso, exceso o deficiencia de hormonas tiroideas, ejercicio o drogas.

- **Factor ovárico.** La patología ovárica como causa de la esterilidad involucra alteraciones de la foliculogénesis, ovulación y función del cuerpo luteo, así como la producción de esteroides y sustancias no esteroideas y su interrelación con el sistema nervioso central y

otros tejidos endocrinos. Se presenta entre el 25% y el 50% de los casos.

El ovario es el órgano encargado de producir gametos y hormonas sexuales; cada uno del par que existe, mide aproximadamente 4 cm de altura, 2 cm longitud y 1 cm de grueso. Cada uno se encuentra al lado del útero y está unido por un cordón redondo que se llama ligamento del ovario.

En cada ovario pueden diferenciarse dos zonas, una llamada central o médula y la otra zona externa o corteza, la cual contiene miles de folículos ováricos, cada uno de los cuales contiene un óvulo inmaduro u oocito y una capa o capas de células foliculares.

- Endometriosis. Es la presencia de tejido fuera de la cavidad endometrial, habitualmente no responde a tratamiento médico y requiere de tratamiento quirúrgico.

Con endometriosis la incidencia de esterilidad es al rededor del 30 al 40%. A la fecha existen múltiples posibilidades diagnósticas y de tratamiento, dentro de estos últimos están los procedimientos de Fertilización Asistida Medicamente (FAM), siendo el que aquí interesa la Inseminación Artificial Humana (IAH) por ser la característica de las pacientes que se incluyeron en este estudio¹

¹ La IAH se define como el depósito de espermatozoides en el útero de la mujer sin efectuar contacto sexual. Además del semen adecuado se requiere al menos una evaluación mínima de los factores ováricos y tuboperitoneales de la mujer y la valoración psicológica de la pareja.

Esterilidad por factor masculino.- De acuerdo con Gotwald y Holtz, (1983) las alteraciones más comunes en la esterilidad del hombre son las siguientes:

- Trastornos neuroendócrinos: Tiroideos y suprarrenales, hipotalámicos e hipofisarios.
- Anomalías congénitas varias asociadas a hipogonadismo.
- Enfermedades agudas y crónicas asociadas a hipogonadismo: desnutrición severa, quemaduras extensas, trauma craneo-encefálico, estrés severo, anorexia nerviosa, SIDA, obesidad mórbida, drogadicción, alcoholismo, hepatopatías, enfermedades renales, lesiones en medula espinal, enfermedades autoinmunes, etc.
- Trastornos genéticos. Anomalías cromosómicas (Síndromes de klinefelter, de XYY, de Turner, de disfunción espermatogénica, de resistencia parcial a la acción de los andrógenos, de Reifenstein, etc.), anomalías del pene y uretra.
- Trastornos vasculares: Varicocele, torsión del cordón, lesiones arteriales.
- Procesos infecciosos: Orquitis post parotiditis, infecciones por mycoplasma, procesos infecciosos en epidímo y conductos deferentes.

- **Factor inmunológico:** La autoinmunidad contra espermatozoides causa esterilidad de maneras diferentes: por efectos directos de los anticuerpos sobre los espermatozoides (alterando el transporte espermático, la penetración ovular o causando alteraciones en el cigoto) o por interferir con la espermatogénesis normal, lo cual causa oligozoospermia y azoospermia.
- **Trastornos neurológicos:** Traumatismos, enfermedades degenerativas o procesos infecciosos.
- **Trastornos tumorales:** Tumores testiculares, de células de Sertoli y de las células de Leydig.
- **Factores ambientales y tóxicos:** Estrés emocional o físico, exceso de alcohol, tabaquismo, drogadicción, dietas severas, radiación diagnóstica, aumento de temperatura escrotal, ingestión de medicamentos (barbitúricos, narcóticos tranquilizantes, antidepressivos, principalmente los inhibidores de la MAO, etc.) metales como cadmio, litio y plomo, antiepilépticos, etc.
- **Trastornos idiopáticos:** Oligozoospermia idiopática.
- **Impotencia.**

Los trastornos mencionados van a incidir en alguna fase del proceso espermatogénico y van a alterar desde la producción, cantidad, forma, movilidad, calidad y vitalidad de los espermatozoides, hasta la funcionalidad o morfología masculina óptima y necesaria para la producción.

1.4. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ESTERILIDAD FEMENINA

Los aspectos psicológicos de la esterilidad son tan importantes como los orgánicos, aunque raramente son causa de la esterilidad muy frecuentemente son el resultado de la misma y prevalecen a medida que se avanza en el proceso diagnóstico y terapéutico.

Hunt (1993) comenta que no todas las mujeres viven su incapacidad de tener hijos de la misma manera. En muchos aspectos la experiencia de la maternidad frustrada es única y está determinada por el entorno social, los factores psicológicos y las influencias familiares. Pero también, esta experiencia no sólo se diferencia en cada mujer sino que cada mujer la vive de manera diferente según la etapa de su vida, su edad, las condiciones de su matrimonio, el estar satisfecha con su carrera y con su vida en general.

El mismo autor establece que a pesar de las variaciones, los sentimientos y experiencias vividos por las mujeres estériles son similares, ya que las reacciones abarcan un continuo que va desde la desilusión moderada hasta el dolor intenso.

Menning (1977) fue la primera en comparar y buscar equivalencias entre las reacciones que experimenta la mujer estéril. Reacciones frecuentes son : *sorpresas, negación, aislamiento, enojo, agresión, culpa, sufrimiento, depresión, duelo y aceptación o*

resolución , sobre las cuales se hablará ampliamente en el capítulo dos .En diversos estudios realizados sobre esterilidad se ha encontrado que la *depresión* y la *ansiedad* son los síntomas psicológico más comunes en este padecimiento.

Los factores psicológicos más frecuentemente implicados en la *depresión*, son la pérdida de relaciones con personas emocionalmente importantes, pérdida de la salud, pérdida del estatus o prestigio, pérdida de la autoestima y perdida de fantasías importantes, como la de tener un hijo (Pollock, 1978).

Mahlstedt (1985) señala que la esterilidad cobra en la mujer una importancia fundamental en relación con su vivencia afectiva, en tanto que afecta a otras áreas de su vida creando así una crisis de enormes proporciones.

Morales (1995) ha sugerido que el impacto de la esterilidad está al rededor de seis vertientes esenciales como son: ansiedad, depresión, impacto sobre el autoconcepto, vida de pareja y sexualidad.

Así, Morales (1988) reporta que la esterilidad impacta fuertemente la identidad de la mujer basada en el maternaje. Ante la imposibilidad procreativa y las presiones sociales y familiares este tipo de pacientes son poco sociables ya que sienten que no cumplen len con las demandas del medio, por lo cual, sus relaciones interpersonales con la familia y los amigos tienden a ser superficiales.

Las relaciones sexuales se ven alteradas por los tratamientos médicos y porque no cumplen su función procreativa. Por lo tanto, la relación de pareja llega a modificarse e incluso puede deteriorarse al grado en que exista una ruptura definitiva (Morales, et. al. 1995).

Rodríguez (1992) comparó un grupo de 40 parejas fértiles con un grupo de 40 parejas estériles y encontró que la esterilidad impacta la vida del individuo: el hombre reporta altos niveles de depresión y la mujer registra niveles de ansiedad mayores a los de la población normal.

En un estudio reciente, Flores y Hernández (1996) encontraron que la depresión varía en los distintos periodos de evolución de la esterilidad, es decir que la depresión no es una respuesta crónica a medida que transcurren los años de la esterilidad.

Hallazgos recientes reportados por Wright, (1989) y Schenker, (1992) muestran una interacción entre neurotransmisores y hormonas, dicha interacción provee un mecanismo por el cual el estrés psicológico puede interferir con la ovulación. Lo anterior muestra claramente una cadena de retroalimentación: la esterilidad provoca estrés, este a su vez eleva ciertos niveles de sustancias que decremantan la fertilidad, lo cual aumenta el estrés, y así puede continuar sucesiva e interminablemente.

1.5. MATERNIDAD Y SOCIEDAD

De acuerdo con Méndez (1988) la socialización está presente desde antes que el bebé nazca, bajo formas de expectativas sociales básicas, que asignan diferencialmente según el género, femenino o masculino, rasgos y características, por un lado y comportamientos sociales, por el otro.

En el transcurso del desarrollo el individuo va aprendiendo lo que se espera de él o de ella, según su edad, posición dentro de una determinada clase social y según al género al que se pertenece. La familia primero y la sociedad en general estimulan un sistema de valores diferenciados para cada sexo. Mediante un sistema complejo de modelamiento y reforzamiento, a nivel cognitivo y actitudinal, el individuo aprende a autoclasificarse dentro de una determinada categoría y a regular su comportamiento en consecuencia (González, 1987).

Money (1976) asegura que los padres se relacionan de manera diferente con los hijos de diferente género y mediante el reforzamiento de conductas consideradas como "apropiadas" para cada género así como reprimiendo las que se consideran "no apropiadas", mantienen el orden social establecido, según el cual al hombre y la mujer le corresponden determinados comportamientos. Los patrones de crianza serían pues, un elemento fundamental en la adquisición de la identidad de género.

Por otro lado, desde la perspectiva de Kohlberg (1976) la identidad de género se adquiere una vez que el individuo desarrolla la noción diferencial de los sexos, cuando se categoriza a sí mismo como hombre o como mujer; de allí en adelante se esforzará por imitar las conductas congruentes con dicha categorización. Así el individuo irá elaborando un concepto personal de género, que surge de las propias sensaciones del cuerpo y de las respuestas del mundo social.

Kleeman (1983) establece que el individuo en desarrollo, al identificarse con uno u otro sexo, utiliza la identidad asumida como un parámetro para organizar actividades, valores y actitudes. Esta identidad de género adquirida mediante el proceso de socialización servirá para el posterior desarrollo del rol sexual.

Desde cualquier perspectiva que se analice en la adquisición de género se da gran énfasis a las relaciones tempranas dentro de la familia y como figura principal a la madre. Es evidente que en la mayoría de los países, es ésta en quien recae el mayor peso y responsabilidad en la crianza del infante.

Ambos géneros, socializados dentro de una manera de percibir y entender el fenómeno humano, según el cual el hombre es superior y la mujer inferior, asumen de modo explícito e implícito los roles masculinos y femeninos con una realidad cultural que se proyecta en los procesos de socialización de los niños.

Según Mirra Komarovsky (1979) señala que las actitudes y las pautas de conducta adquiridas en los años formativos tienen efectos perdurables. Normalmente la niña al crecer llega a comportarse, a sentir y a pensar de maneras apropiadas a su sexo. Sin duda, la herencia determina su constitución física, y también su estructura psíquica. Pero la niña tiene que aprender a desempeñar el papel que se le asigna a las mujeres de la sociedad donde vive.

Cuando la niña toma conciencia del mundo que le rodea, se percata de que los hombres y las mujeres se conducen de manera diferentes. El papá sale a trabajar y la mujer se ocupa del hogar. Normalmente la pequeña se identifica con las mujeres y las imita. La sociedad (y esto significa, el papá, la mamá, la tía, etc..) la impulsa en el mismo sentido. Komarovsky (1979) afirma que la familia les inculca a las niñas una mentalidad femenina.

La sociedad remite a la mujer a pensar necesariamente desde la maternidad para concebirse como un sujeto completo y particularmente en las culturas latinoamericanas se organiza el mito de la maternidad alrededor de la tautología *mujer-madre* en donde "la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización adulta"

Así, la maternidad da sentido a la feminidad, la madre es el paradigma de la mujer; en suma, la esencia de la mujer es ser madre" (González, 1990).

En los discursos que se elaboraban en el siglo pasado en torno al papel de la mujer dentro de la familia, lo primero que salta a la vista es una imagen femenina socialmente aceptable y/o deseable. Así, la conducta aceptada y fomentada de la mujer mexicana del siglo XIX y que se ha propagado a lo largo del presente era aquella abnegada, sumisa, pasiva, débil intelectual y físicamente, soltera, virgen y madre ejemplar (Villaneda, 1994).

Esto explica en cierta medida cómo las normas y pautas de conducta que en la infancia se aceptaron para complacer a las figuras parentales (particularmente a la madre) en la edad adulta siguen llevándose a cabo, pero ahora de forma automatizada e inconsciente. De aquí, se deriva que las pautas de comportamiento se aprenden tempranamente (Komarovsky, 1979).

Por ejemplo, el tipo de vida en que se desarrolla la niña mexicana le brinda precocemente la aceptación del rol maternal, ya que al ir creciendo observa la fecundidad de sus congéneres adultas y se entrena en juegos relacionados a tareas domésticas y de crianza (Flores y Hernández, 1996).

Es innegable que la maternidad tiene gran importancia, pero ¿qué significado tiene para las mujeres mexicanas la maternidad?. Aquí los elementos van desde la feminidad, el narcisismo, hasta la búsqueda de trascendencia y cierto ejercicio de poder.

Ramírez (1974) muestra con mucha claridad cómo la identidad del triángulo familiar con sus respectivos roles está perfectamente diseñado desde el mundo nahuatl: *el padre distante y temido, la madre pródiga y sobreprotectora, la sexualidad prohibida, la maternidad aplaudida*

La mujer-madre aparecía así con sus virtudes "inherentes" al ser mujer, como garantía de la conservación de los lazos familiares, de la perpetuación del linaje, de la certeza de legitimidad de la prole: "la madre santa", la madre pura y sacrificada" son expresiones fuertemente dirigidas hacia la mujer fecunda.

Era tan importante en el pasado contar con descendencia que no importaba si los hijos eran propios o de alguna relación de la madre con otro hombre. Tampoco importaba si la madre era soltera; antes que condena, era referencia para solicitarla en matrimonio ante la garantía de su fecundidad (Hernández, 1992).

En la actualidad la conceptualización de la maternidad suele ser contradictoria entre las mismas mujeres. En una investigación realizada en la ciudad de México, con una muestra de cien mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 90 años de edad y de todos los estratos sociales, reveló que la mujer respecto de su papel como madre presenta ambivalencia y confusión. La mayoría de las mujeres confesó no haber planeado su embarazo ("sucedió y ya") aunque la saberlo se sintieron felices y lo aceptaron. Las

mismas respondieron que “la maternidad ha sido mi máxima realización como mujer”, “una mujer sin hijos no es una mujer feliz”, “tener un hijo es realizarte”, “hay que aceptar lo que Dios mande”. Las menos hicieron referencia a cómo llegaron a ser madres: “por falta de madurez”, “sin pensarlo”, “como parte del destino”, “porque es lo natural del mundo cuando uno se casa”, “hay que tener un hijo y darle sentido a la vida”.

Bajo este orden de ideas entonces, la no-maternidad estrechamente ligada a la no-procreación, sigue siendo una situación difícil de superar, si la sociedad, la religión y la familia aseguran a las mujeres que han nacido para tener hijos y que eso es algo “inmanente a su naturaleza” (Hernández, 1990).

CAPITULO II

AFRONTAMIENTO

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia dentro de la psicología durante más de 40 años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tiene como objetivo desarrollar recursos adaptativos. Realmente la palabra afrontamiento es tanto un término coloquial como científico. A pesar de su prolífica historia y de su popularidad actual, existe todavía una falta de coherencia en cuanto a las teorías, investigaciones y comprensión del tema.

Por otra parte, debido a que el afrontamiento se relaciona y se explica a partir de diversas variables que incluyen la evaluación cognitiva del sujeto, recursos psicológicos, situaciones medioambientales, pero sobre todo ya que se le entiende a partir de lo que se denomina estrés se hace necesario iniciar el presente capítulo con un breve análisis de éste.

Aquí se exponen los planteamientos tradicionales que se han formulado sobre el concepto de afrontamiento y se considera como objetivo central presentarlo para su explicación desde la perspectiva cognitivo-conductual, es decir, visto como se menciona

arriba, como un proceso de evaluación cognitiva dentro del cual inciden factores emocionales y del entorno, que influyen en la manera en que un individuo se adapta a situaciones específicas. De este modo, se tomará en cuenta los niveles de evaluación cognitiva y las dos directrices principales de los distintos estilos de afrontamiento, es decir, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en el problema. Finalmente, se enunciará sobre algunos aspectos relevantes del proceso de afrontamiento en su relación con un fenómeno particular, la esterilidad, y sus implicaciones en el bienestar físico y mental.

2.1. ESTRES Y AFRONTAMIENTO

El estrés es un tópico que ha sido utilizado de múltiples maneras en las diferentes disciplinas. Por ejemplo, R. Hocke, en el siglo XVIII utilizó el término estrés dentro del contexto de la física: La palabra Strain hacía referencia a la fuerza generada en el interior de un objeto como consecuencia de la acción de una fuerza externa.

Hans Selye (1976) concibió que el estrés era un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas y ante cualquier forma de estímulo nocivo el estrés no sólo era una demanda ambiental, sino un grupo de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a tal demanda.

Dentro de la Psicología es estrés se ha considerado de maneras distintas, algunas veces como estímulo y otras tantas, como respuesta. Así algunos investigadores como Hauenstein, et. al. (1973); Thomas, et. al., (1985); Brown, et. al. (1986); House, et. al. (1988) lo han definido como una característica del entorno (por ejemplo, la tasa de criminalidad, la sobrepoblación, los factores económicos, el matrimonio, las pobres relaciones sociales, los conflictos familiares o el divorcio). Según esta opinión, el estrés refleja una serie de fuerzas externas que inciden en el individuo o el grupo.

Otra visión del estrés se relaciona con la respuesta psicológica y fisiológica del individuo o el grupo cuando se encuentra en un entorno desafiante o amenazador (Cannon's, 1936; Selye, 1976).

En el presente contexto, el estrés no se considera como un estímulo ni como una respuesta, sino más bien como el resultado de una transacción. Desde esta perspectiva, el estrés se define como un concepto relacionado mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno apreciada por aquella como gravosa, o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991).

Así, esta definición rescata no sólo los aspectos relacionados con los estímulos y las respuestas, sino que también toma en cuenta los aspectos cognitivos, es decir, es una definición en donde el estrés no puede apreciarse como un evento aislado que por sí mismo esté afectando la salud del individuo, sino que se presenta por la existencia de diversos factores en el individuo y el entorno, así como una determinada combinación entre ellos.

Como puede apreciarse el estrés no pertenece a la persona o al entorno, ni tampoco es un estímulo o una respuesta. El estrés es una relación dinámica particular (que cambia constantemente y es bidireccional) entre la persona y el entorno, cuando uno actúa sobre el otro. Como comentó Lazarus, los individuos no son meramente víctimas del estrés,

sino que su manera de apreciar los acontecimientos estresantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento(interpretación secundaria) determinan la naturaleza del estrés (Meichenbaum, 1988).

De acuerdo con Holroyd y Lazarus (1982) el estrés psicológico tiene lugar cuando el individuo reconoce que hay un desequilibrio entre las demandas ambientales(internas-externas) y sus propios medios para afrontarlas. Cuando ocurre este desequilibrio, se supone que las respuestas de estrés resultan determinadas psicológicamente por la interacción de los procesos de interpretación y de afrontamiento. Por ello, Lazarus y Folkman, (1991) ponen de manifiesto su interés sobre la dinámica del estrés, considerándola mediante el análisis de dos procesos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: el afrontamiento y la evaluación cognitiva, los cuales se tratarán a continuación.

2.2. AFRONTAMIENTO Y EVALUACION COGNITIVA.

El concepto de afrontamiento ha tenido con el paso del tiempo y entre las diferentes corrientes diversas formas de conceptualizarse. Dentro de la tradición psicoanalítica se define como el conjunto de pensamientos y actos realistas flexibles encaminados hacia la solución de problemas y se le identifica comúnmente con el éxito adaptativo (Meninger, 1963).

De acuerdo con esta corriente existen varios procesos utilizados por el individuo para tratar su relación con el entorno. Meninger (1963) identifica cinco recursos reguladores, clasificados de acuerdo al nivel de desorganización interna que indican. En el punto más alto de la jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan con el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre ellas se incluyen el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemas, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar energía de una u otra forma, las cuales, actúan como predisposiciones estables o rasgos para afrontar de una u otra forma los acontecimientos de la vida.

Por otra parte, el modelo animal se centra en el concepto de drive o activación. Miller, 1980 define el afrontamiento como el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que disminuyen el grado de drive o activación.

De acuerdo con el enfoque de estrés y afrontamiento propuesto por Lazarus y Folkman (1991), cuando el estrés tiene lugar, el individuo juega un papel activo para experimentarlo como tal. De esta manera los procesos cognitivos de interpretación y afrontamiento favorecen el tipo de respuestas dirigidas hacia la situación estresante en cuestión.

Para ellos, el afrontamiento se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1988).

Estos autores plantean que para lograr clarificar lo que subyace en las diferencias individuales se debe considerar que los procesos cognitivos median en el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación, por ello la importancia de entender qué es evaluación cognitiva.

La evaluación cognitiva se refiere a el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado elicitará en un individuo. refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse (Holroyd y Lazarus, 1982) (Ver figura 1).

En este mismo orden de ideas, el proceso cognitivo tiene dos dimensiones : evaluación primaria o interpretación de un evento en calidad de irrelevante, benigno-positivo o estresante; y evaluación secundaria o afrontamiento que involucra la serie de habilidades y recursos del propio sujeto para tratar dicho evento (Lazarus y Folkman, 1991).

En lo que se refiere a la evaluación primaria, las evaluaciones irrelevantes aluden a las experiencias que tiene el individuo dentro de su medio ambiente que no representan ningún problema para él, es decir, que no están implicados valores o compromisos.

Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan el bienestar o si parecen conseguirlo. En las evaluaciones estresantes se incluyen las de daño o pérdida, amenaza y desafío, se habla de daño o pérdida cuando el individuo ha experimentado ya algún perjuicio como el haber sufrido alguna lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la autoestima o haber perdido a algún ser querido, los acontecimientos más perjudiciales consisten en aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes. La amenaza se concibe como daños o pérdida que todavía no ocurren pero que se prevén. No obstante, aún cuando ya haya ocurrido, se considera igualmente amenazador por el hecho de las posibles implicaciones negativas para el futuro, que toda pérdida lleva consigo. En el desafío hay una valoración de las fuerzas negativas necesarias para vencer la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras, tales como impaciencia, excitación y regocijo.

El desafío tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento, sólo que en la amenaza se

valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad y mal humor (Lazarus y Folkman, 1991).

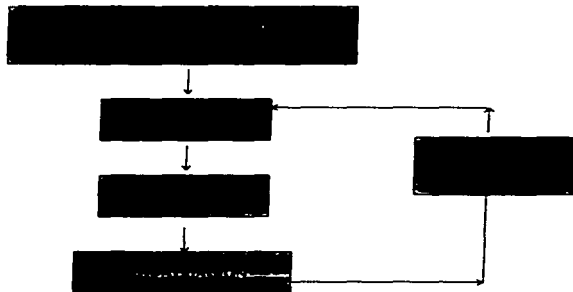
En lo que respecta a la evaluación secundaria, esta consiste en analizar que recursos pueden aplicarse ante una situación determinada y en la elección de una opción afrontativa sobre otras por su acción efectiva.

Así, las evaluaciones secundarias de las estrategias de afrontamiento y las primarias de lo que hay en juego, interaccionan entre sí determinando el grado de estrés, intensidad y calidad de la respuesta emocional.

También dichas evaluaciones poseen una estructura de carácter complejo ya que siempre están en función de los factores individuales y del contexto en que se desarrolla la situación.

Otro concepto importante dentro de esta teoría es el de reevaluación. La reevaluación se considera como un cambio introducido en la evaluación inicial con base en la nueva información que se adquiere del medio y/o con base en la información que se obtiene de las propias reacciones del individuo. Puede considerarse también como una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

FIG. 1. Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman, 1991.



Por otra parte, en la teoría sobre el estrés se plantea acerca de la relevancia que tienen algunos aspectos del individuo en el significado que éste les otorga en función de su bienestar. Entre los factores personales más importantes que afectan a la evaluación cognitiva se encuentran los compromisos y las creencias. Los compromisos tienen implicaciones motivacionales, expresan lo que es más importante para el individuo y así influyen en la toma de decisiones. Por lo tanto, cualquier situación en la que se involucre un compromiso este será valorado como significativo en la medida en que represente amenaza, daño o beneficio. Los compromisos también influyen en la evaluación a través de la forma en que determinan la sensibilidad del sujeto respecto a las características de la situación, mediante su relación con la vulnerabilidad psicológica del individuo; esta relación puede tener efectos opuestos, por un lado, el potencial de una situación para ser psicológicamente dañina, amenazante o desafiante y depende directamente de la intensidad con que existen compromisos establecidos, cuanto mayor sea el grado de profundidad al que se encuentra comprometido un individuo, mayor será el potencial de la situación para amenazarle o dañarle. Por otro lado, la misma intensidad del compromiso que es capaz de determinar la vulnerabilidad en el individuo, puede también impulsar a actuar para reducir la amenaza y ayudarle a desarrollar recursos para hacer frente a los obstáculos que se le presenten. Cuanto mayor sea la intensidad del compromiso, mayor será la vulnerabilidad del individuo al estrés psicológico en lo que respecta a tal compromiso.

Las creencias también determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. Rojas (1993) establece que las creencias actúan a un nivel tácito y por ende, resulta difícil observar su influencia sobre la evaluación.

Lazarus y Folkman (1991) argumentan que aunque la mayoría de las creencias son importantes para la evaluación, las creencias existenciales y las que se relacionan con el control personal tienen un interés particular dentro de la teoría del estrés. Las primeras son creencias generales que permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles.

Las segundas se refieren al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables y son las que más afectan el bienestar del individuo cuando se encuentra en situaciones ambiguas. Keefe (1988) reporta que evaluar una situación como controlable reduce el estrés, sin embargo, también puede incrementar la sensación de amenaza si el ejercer control se opone al estilo habitual de la persona.

Las creencias de control que han recibido mayor atención por parte de los investigadores son las que hacen referencia al locus de control interno y externo. Un locus de control interno se manifiesta cuando el individuo piensa que el control de cualquier situación depende de él mismo, de lo que haga o deje de hacer, mientras que un locus de control externo está presente cuando existe la creencia de que el control de las cosas no depende del individuo sino del destino.

2.3. AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA Y CENTRADO EN LA EMOCION.

Como se ha dicho anteriormente, las aproximaciones tradicionales consideraron el afrontamiento como un aspecto importante en la adaptación del individuo.

Sin embargo, las primeras formulaciones concibieron este término como una característica permanente del individuo, o rasgo. Usualmente se pensaba que la persona podía actuar en diversas situaciones de la misma manera. Se consideró también que el afrontamiento se conducía en función de un estilo defensivo o confrontativo evitativo.

Ahora es conocido que el afrontamiento es multidimensional y variable, el cual depende de la naturaleza del evento estresante (Pearlin y Schooler, 1978). Por ejemplo, Larson, et. al. (1990) consideran como estrategias de afrontamiento las siguientes: a) centradas en el problema, lo cual refleja conductas para solucionar el problema; b) reestructuración cognitiva o reevaluación cognitiva; c) evitación de la gente, pensamientos y/o situaciones; d) afrontamiento centrado en lo social, lo cual refleja la importancia de los recursos sociales; y e) autodenigración que se refiere a la autocrítica o culpa.

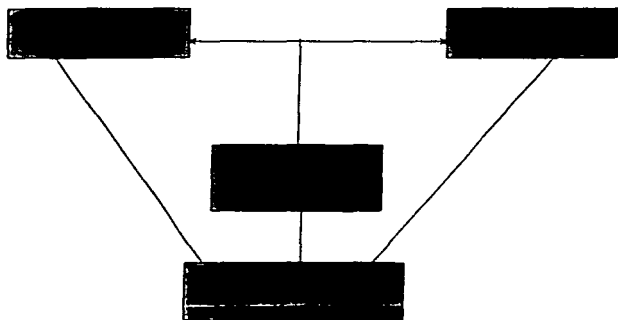
Pearlin y Schooler (1978) reconocen como dimensiones del afrontamiento los recursos sociales, representado por una red interpersonal, en la cual se encuentra

inmerso el individuo y que incluye: obtención de medios de apoyo (p. ej., familia, amigos, etc); recursos psicológicos (autoestima, denigración, dominio) y, por último, las respuestas de afrontamiento (congiciones y conductas).

Folkman, et. al. (1986) afirman que el afrontamiento se manifiesta a través de dos principales funciones, dirigido al problema y dirigido a la emoción. El primero se refiere a la búsqueda de soluciones alternativas y se expresa por medio de acciones específicas orientadas hacia el evento que está causando estrés. Por ejemplo, la habilidad para conseguir información, analizar la situación, examinar las posibilidades de solución y elegir un plan de acción, son formas de afrontamiento dirigido al problema. El segundo implica regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Por ejemplo, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, escape-avoidancia, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva, son formas de afrontamiento dirigido a la emoción. Esta forma de afrontamiento tiene más posibilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno, incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Ver fig. 2).

Tanto el afrontamiento dirigido al problema como a la emoción pueden interferirse entre sí en el proceso de adaptación, facilitando o impidiendo cada uno la aparición del otro (Lazarus y Folkman, 1988).

FIG.2. Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, de acuerdo a la teoría del estrés



Mitchell, Cronkite y Moos (1983) sugieren que aún si el afrontamiento enfocado a la emoción ayuda a mantener un balance emocional, el no utilizar estrategias de afrontamiento enfocadas al problema tiene implicaciones negativas para la salud mental.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1980) consideran que bajo condiciones que se perciben como fuera de control, las formas de afrontamiento enfocadas a la emoción incrementan y parecen exitosas en disminuir el estrés y los disturbios somáticos.

Knapp (1995) señala que no importa cual estilo sea, cualquier estilo de afrontamiento es adecuado siempre y cuando el individuo mejore su calidad de vida y expectativas.

2.4. AFRONTAMIENTO Y ESTERILIDAD

La paternidad y la fertilidad se consideran frecuentemente eventos los cuales ayudan a satisfacer ciertas necesidades psicológicas (Burns, 1987). García (1991) ha señalado que la labor evolutiva de una familia consiste en llevar a cabo una coalición marital capaz de formar, por naturaleza, una triada familiar, padres e hijo y de introducir al niño en una sociedad.

Así, la paternidad forma uno de los aspectos más importantes en el ciclo vital del desarrollo de una familia. La carencia involuntaria de hijos o esterilidad puede impedir el desarrollo familiar, la incapacidad para tener un hijo frecuentemente precipita una crisis en la familia, dado que la necesidad de conservación es un instinto básico del hombre, y por tanto, el prospecto de falla puede conducir a sentimientos de futilidad y disparidad (Prabha et. al., 1991).

También la esterilidad puede producir sentimientos de falta de control personal aunado al número de connotaciones culturales y valores sociales implícitos a la condición paternidad-maternidad (Prabha et. al., 1991; García, 1991).

Cuando la pareja comienza a darse cuenta de que quizá nunca pueda procrear un hijo, la esterilidad se establece como una *crisis vital estresante* comúnmente denominada *crisis de esterilidad* (Seibel, 1987).

La crisis puede ser definida como una disrupción de un estado permanente o como un período de desequilibrio, en donde se presentan los siguientes elementos:

Sorpresas y negación. La primera respuesta que se observa en la pareja cuando se hace consciente la imposibilidad de lograr un embarazo es de "sorpresa" y "choque

emocional", la pregunta ¿por qué yo? ¿por qué a mí? surge naturalmente, pero esta actitud se atenúa al pensar que tal vez se trate de una corta etapa que pronto se superará. No acepta que se le llame "estéril" y no puede adaptarse ante tal evidencia.

La negación sirve para un propósito, permite que la mente y el cuerpo se ajusten al ritmo de una situación abrumadora.

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

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

Pocas parejas están preparadas para aceptar la esterilidad como una experiencia personal ya que por un lado, la sociedad impone la procreación y la considera como algo dado que es controlado hasta el momento en el hecho de que deseen tener hijos, y por el otro, el deseo innato de los humanos de reproducirse.

Agresión. Las múltiples pérdidas y el estrés de la esterilidad deja a la pareja no sólo deprimida sino enojada. En particular, la pérdida de control sobre cuándo se convertirán en padres, una pérdida que la mayoría de la gente nunca ha considerado, mucho menos enfrentado, enfurece a muchas parejas. ¿Cómo puede ser que ellos sean privados de algo tan básico y tan significativo para sus vidas, como el tener hijos?. La pregunta ¿por qué? es constantemente repetida y cuando no hay respuesta, las conductas agresivas toman su lugar. Debido a que el tratamiento fragmenta el ritmo de vida habitual de la persona, la agresión aumenta y es alimentada por la insensibilidad de la gente, críticas de los familiares, las opciones de tratamiento limitadas, diagnósticos inconclusos y por sentimientos vívidos de injusticia. “¿Por qué tengo yo que merecer esto? es una pregunta muy común entre las parejas que se sienten incomprendidas y humilladas.

Aún en esta fase de la esterilidad, la pareja es todavía vulnerable a cualquier tipo de comentarios que giren en torno a su padecimiento y aunque el médico puede minimizar el impacto tanto físico como emocional que pueden provocar los tratamientos, demandan una atención más personalizada y mayor comprensión más que a su padecimiento somático hacia su experiencia de vivir como estériles.

La agresión ya sea expresada o reprimida tiene efectos significativos en el individuo y en su relación con los otros. La ira interna puede ser reprimida porque no hay alguien a quien culpar y puede manifestarse como depresión o puede irse

acumulando hasta que se manifiesta con el médico, la pareja, la familia, los amigos y Dios.

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

Un sentimiento de inadaptación va creciendo lo que les hace sentir que no pertenecen a la sociedad o tuvieran cierta calidad diferente. Ponen límites en sus relaciones sociales y muchas veces no toleran conocer los hijos de otras parejas.

Este hecho, por lo tanto, les hace sentirse identificados como parte de grupos minoritarios (Carreño, 1995)

Culpa. Se ha observado en la experiencia clínica que cuando uno o ambos miembros de la pareja estéril revisan su propia historia y la de ambos como pareja buscan un acto culpable por el cual están siendo castigados. Entre los hechos que se comentan está el aborto y las relaciones prematrimoniales.

La manera en que la pareja trata de resolver su culpa es, por ejemplo, a través de actos religiosos o por medio de la aceptación de algunos tratamientos aún cuando saben que son dolorosos . Las personas que tienen una baja autoestima parecen ser más vulnerables a tener sentimientos de culpa acerca de su esterilidad y creen que realmente no merecen un embarazo, y que por lo tanto deben mantener su esterilidad en secreto por el temor de que se descubra que tan "malas" han sido (Rodríguez, 1992).

Resolución. El proceso de aceptación requiere de que cada uno de los sentimientos mencionados anteriormente, sean reconocidos, se haya trabajado con ellos y sean vencidos. Esto no significa que tales sentimientos hayan desaparecido, sino que pueden surgir ante recuerdos especiales, como aniversarios de boda, o por nuevas y diferentes crisis, sin embargo, estos sentimientos no van a ser tan difíciles o abrumadores como lo fueron.

En esta última etapa cuando la pareja ha perdido la esperanza de tener un hijo vivo de manera natural, es capaz de buscar otras alternativas, tales como: el vivir sin hijos, adopción, trabajo voluntario con niños o inseminación artificial (Insler, 1988; Hernández y Torres, 1990).

La inseminación artificial se ha convertido en los últimos tiempos en una opción popular. Se sabe que desde los años 70s se ha introducido con éxito esta técnica en el tratamiento de la esterilidad.

Las parejas que ingresan a algún hospital o clínica por esterilidad han agotado todas las formas de concebir. La mayoría llevan años intentando lograr el embarazo, cuentan ya con una historia médica de ayuda.

Por otra parte, el diagnóstico y los procedimientos médicos influyen en como se siente el paciente tanto física como emocionalmente (Rodríguez, 1992). Sin considerar cuales son las causas de la esterilidad, el hombre y la mujer creen que sus cuerpos están dañados o defectuosos, que algo no está funcionando como debiera. Ellos frecuentemente experimentan estrés y durante los tratamientos tienden a estructurar su actividad e intimidad sexual, sacrificando así, su espontaneidad (Freeman, 1985; Fagan, 1986; Seibel, 1987).

Algunos investigadores han sugerido que los factores emocionales pueden ser la causa de la esterilidad, otros señalan que el estrés es visto en las parejas estériles como el producto de la misma (Mazure, 1984).

También se ha llegado a la conclusión de que la esterilidad es la experiencia de mayor estrés en la vida de una mujer, comparada con la pérdida de un familiar o un amigo, o bien, el divorcio (Schlosser, 1992).

Como lo establecieron Krantz, D. y Glass, D. (1984) han ido en aumento los hallazgos en relación a diferentes procesos psicológicos que median o modifican la relación entre el estrés y la enfermedad, entre tales factores están: el estilo de afrontamiento, los rasgos de personalidad y el apoyo social.

De la misma manera, Folkman y Lazarus (1986) subrayaron que entre los eventos estresantes y la salud está mediando el proceso de afrontamiento.

Respecto de la condición de esterilidad, es un hecho que la pareja la enfrenta con impotencia y frustración, debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir la función social esperada de toda pareja y para la cual se ha preparado cada individuo a lo largo de su vida. Ciertamente las respuestas a esta situación llegan a ser muy dispares, a consecuencia de las características de cada uno de los miembros de la pareja, así como de su experiencia de vida (Morales, 1992).

Desde la teoría del estrés de Lazarus y Folkman puede apreciarse que la esterilidad representa para el individuo una situación estresante que se experimenta como tal en el sentido de que puede valorarse como daño/pérdida, amenaza o desafío. Ellos consideran que los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay daño o pérdida de compromisos importantes.

En el caso de la esterilidad, por ejemplo, cuando la pareja establece que el tener hijos es algo fundamental de toda relación marital, el darse cuenta de que no puede procrear representa para sí misma un daño a su autoestima y a su capacidad sexual reproductiva (Holmes y Tymistra, 1987).

La esterilidad igualmente representa una situación amenazante para la pareja en el sentido en que implica algún daño o pérdida que todavía no ocurre pero que se prevé. Esto es común observarse entre aquellas pacientes que han sido sometidas a alguno de los procedimientos de fertilización *más de una vez* y que han tenido experiencias incómodas y dolorosas como inseguridad, ansiedad, monitoreo médico, fracaso en el tratamiento, malestares físicos como dolor pélvico o abdominal

En otras palabras, aún cuando el individuo ya se ha enfrentado con el evento estresor este puede preverse por medio de la carga de implicaciones negativas que para el futuro toda pérdida lleva consigo.

Holmes y Tymistra (1987.) evaluaron las expectativas de 93 mujeres estériles acerca del tratamiento de inseminación artificial, ellos observaron que las mujeres que iban a ser sometidas al tratamiento por primera vez, tenían mayores expectativas de éxito que aquellas que ya habían experimentado más de un intento de embarazo. Aunque ambos grupos describieron un estrés incontrolable mientras esperaban su ingreso al tratamiento, el grupo de mujeres con más de un intento no logrado dijeron que después de cada fracaso se sentían deprimidas y que ese momento de espera tenía un impacto muy fuerte sobre ellas.

Sin embargo, en otros estudios se han encontrado datos que indican que los niveles de distrés de las mujeres estériles permanecen dentro de la norma. Hearn, et. al. (1987) evaluaron las estrategias de afrontamiento de 300 parejas estériles antes de que ingresaran a un tratamiento de inseminación artificial. Los hallazgos indicaron que la manera en que estas parejas resolvían su problema estaba asociada con niveles normales de responsividad emocional, de tal manera que, sus soluciones estuvieron encaminadas hacia actividades que personalmente fueron significativas y recompensantes. Los autores concluyeron que, debido a que muchas de estas parejas han intentado resolver su esterilidad durante un periodo de muchos años, es posible que sus estrategias de afrontamiento fueron el resultado de sus experiencias en la búsqueda de resolver su esterilidad.

Como apuntan los teóricos del afrontamiento, este suele cambiar a través del tiempo y varía de situación a situación. En términos generales podría decirse que las fuentes de estrés cambian con los años y, como consecuencia, el afrontamiento también lo hace.

Por otra parte, de acuerdo con Wright (1992) varios factores están asociados al nivel de distrés psicosocial del individuo y a sus respuestas de afrontamiento, entre ellos están: la historia de búsqueda de soluciones, la experiencia del diagnóstico, la causa de la esterilidad, las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos.

En el caso de las mujeres sometidas a FAM (Fertilización Asistida Médicamente) se sabe que son mujeres que llegan con una historia de búsqueda de soluciones, mágicas o científicas, en un intento de lograr el embarazo (Seibel, 1987., Morales, et. al., 1992).

La manera en que estas pacientes se enfrentan a su esterilidad está invadida de una cadena de fracasos y frustraciones. Es conocido que la mujer estéril ha conseguido enmascarar respuestas como la ansiedad y la depresión (Freeman, 1985, Morales, et. al., 1992), utilizando otros recursos como la fantasía, las conductas compulsivas, los síntomas físicos, el aislamiento y la conducta agresiva (Morales, et. al., 1995).

Obvio es que cuando se tiene un proyecto de vida tanto individual como de pareja, independientemente de la procreación, las manifestaciones son menos severas, ya que se hace uso de otros recursos para replantear la situación vital.

No obstante, lo dicho anteriormente no es lo más frecuente, esto lleva a considerar que se ha puesto una gran cantidad de esfuerzos en formar una familia dentro de los patrones tradicionales y por consiguiente está lucha no se ve coronada por el producto esperado, es decir, un hijo, circunstancias que enfrenta con un sin sentido que obliga a reorientar la energía, no sin una vivencia de pérdida y frustración. Este punto también explica una gran variedad de respuestas que muestran las parejas estériles, tales como la inconsistencia en los tratamientos médicos y el sabotaje que con cierta frecuencia se observa en estos; por un lado las mujeres se muestran interesadas en su visita médica porque de alguna manera buscan resolver su esterilidad, pero por otro lado, evitan la confrontación con una situación que les es incomoda cuando, por ejemplo, dicen que no tienen deseo sexual en las fechas probables de ovulación u "olvidan" tomar algún medicamento.

Cuando una pareja enfrenta la pérdida de la función reproductiva, su forma de resolver emocionalmente el hecho depende de un buen número de variables, siendo las más importantes las que se relacionan con la situación de pareja en términos de consolidación del vínculo, paridad y dinámica de la relación.

No obstante, con relativa frecuencia los choques de la pareja se identifican con esta imposibilidad. A la mujer se le atribuye la responsabilidad de lograr un embarazo y en la mayoría de los casos ella así lo considera, pues identifica su función reproductiva con la imagen que tiene de sí misma.

A grandes rasgos, tal es el conflicto intrapsíquico que se manifiesta en la mujer estéril, y como puede observarse su importancia radica en que toca aspectos nodales de la identidad, el concepto de sí mismo y la autoestima, y es por esto que se manifiesta con sintomatología ansiosa o depresiva.

Ante la dificultad que se encara en la relación de pareja surge una situación que media, es decir, la de ser padres, que además de ser congruente con la expectativa ideológica, se convierte en fundamental.

Sin negar lo trascendental del fenómeno procreativo, es menester indicar que el impacto emocional que se sufre, no es a consecuencia de su importancia sino al valor que ello representa para el individuo en términos de aceptación y valor social, ya que para la sociedad es de mayor valor procrear un hijo, que la ejecución del papel parental.

Para terminar, puede decirse que la reproducción en la medida que involucra aspectos sustantivos de la vida de pareja, ya sea como orden biológico o como demanda social, y éstas no reconocen las motivaciones internas del individuo, tienen necesariamente que impactar de manera muy importante a aquellos que al ejercer o no su derecho se enfrentan no sólo a la situación actual sino además a los fantasmas del pasado de una historia que se reedita (Morales, 1992)

CAPITULO III

DEPRESION

La depresión es un trastorno afectivo del cual se tiene conocimiento casi desde el inicio de la misma historia.

Es un fenómeno psicológico que posee carácter universal ya que puede ser experimentado independientemente de la raza, el sexo o la edad.

El presente capítulo se abordarán los aspectos básicos para la comprensión del fenómeno de la depresión y algunas consideraciones generales cuando ésta se desencadena con el advenimiento de un trastorno médico.

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

La depresión es uno de los trastornos psicológicos que versan entre los que han sido experimentados comúnmente por la mayoría de las personas en algún momento de la vida. Se considera tan antigua como el hombre ya que desde las primeras civilizaciones se ha intentado explicar este padecimiento.

Aún cuando el uso del término *deprestión* se remonta de acuerdo con Calderón (1987) a poco más o menos un cuarto de siglo debido al advenimiento de la psicofarmacología, el problema de la depresión fue descrito desde la época grecorromana llamado entonces *melancolía*.

Para Hipócrates los padecimientos psiquiátricos se debían a la alteración de los cuatro humores : sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La melancolía ocurría por la influencia de la bilis negra o atrabilis.

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

Tanto Asclepiades como Celso introdujeron el concepto de psicoterapia en Roma. En el siglo I A. de C. Asclepiades recomendó los estímulos intelectuales como la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales, como medida para aliviar las depresiones. Celso destacó la importancia de la relación personal médico-paciente, además de las actividades recreativas en grupos.

Arateo de Cappodicia, en el siglo II de nuestra era, formuló el cuadro clínico más completo de ciertas clases de melancolía. Menos de un siglo después Sorano recomendó el teatro a sus enfermos como medio terapéutico. Se sugería a los sujetos deprimidos

participar en las comedias, mientras que a los maníacos se les instaba a participar en tragedias.

Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Calderón, 1987)

Durante la Edad Media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía" provocada por espíritus o causas naturales. Como causas naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual, y otros tipos.

Las causas espirituales se consideraban de origen divino. Algunos filósofos como Santo Tomás de Aquino afirmaban que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.

Constantino el Africano se hizo famoso por sus descripciones de los estados depresivos, esto a fines de la Edad Media. Sostuvo que una gran cantidad de bilis por difusión de la economía orgánica, era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía, una estaba localizada en el cerebro y la otra en el estómago. Así mismo, fue el primero en describir los síntomas de la melancolía, tales como, miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad. También afirmaba que

para buen pronóstico era necesario tomar en cuenta las afecciones en las que predominaba un estado extremo de retraimiento y los casos agudos.

Por otra parte, en el México precolombino se consideraba este padecimiento como un problema médico atribuido a la sangre negra y estaba clasificado dentro de un grupo de enfermedades entre las que figuraba la epilepsia (Calderón, 1987)

La creencia de influencias astrales como causa de la depresión cesó en 1630 cuando Robert Burton publicó su "Tratado de Anatomía de la Melancolía" en el cual señala setenta y cinco causas posibles de este trastorno y ochenta y cinco síntomas.

Con el advenimiento de la revolución científica, la melancolía ya no se explicaba a partir de la mística antigua, se recontextualizó y era considerada como un trastorno ocasionado tanto factores fisiológicos como psicológicos.

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicaba que las causas de la melancolía podían ser psicológicas: miedo, desengaños amorosos, pérdida, etc.; y físicas, como: la amenorrea y el puerperio.

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

En 1896, Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis manícodepresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia.

Kraepelin da importancia a las modificaciones metabólicas que se encuentran presentes en las alteraciones emocionales.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX Freud señalaba que la depresión procedía de una actividad de odio que paralizaba la capacidad de amar del paciente.

La represión de este odio generaba culpa, que a su vez causaba depresión, angustia y autorreproches.

Los estudios genéticos en psiquiatría realizados a principios de nuestro siglo llevaron a considerar los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva. El deprimido era calificado cómo psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves.

En 1916, Freud encontró que en los pacientes con depresión psicótica, la libido ha regresado al estadio más primitivo del desarrollo, la fase oral.

En 1917, aparece la primera contribución importante de él sobre "Duelo y melancolía" que en esencia sustentaba que la melancolía es la reacción a la pérdida de un objeto amado.

En 1927, Sando Rado hizo una minuciosa descripción de la melancolía. Para él los deprimidos dependen en exceso de otras personas para el mantenimiento de su autoestima, la cual está constantemente amenazada por desilusiones triviales u ofensas.

Ubica las raíces más profundas del conflicto melancólico en el paroxismo de ira del lactante hambriento. Rado fue el primero en describir claramente la situación infantil en que se basan los conflictos depresivos.

En 1944, Freud distinguió la depresión neurótica de la melancolía. Afirmó que la primera se debía a una intensa fijación a un objeto amoroso que, no obstante, es rechazado por el sujeto de suerte que se bloquee gran cantidad de libido que permanece libre.

Actualmente existen diversas teorías por medio de las cuales se ha clasificado el síndrome depresivo y aunque éstas han sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, constituyen la explicación más acertada de este padecimiento.

En el siguiente apartado se enunciarán algunos de los enfoques que han sido más importantes en la clasificación de la depresión

3.2. CLASIFICACION DE LA DEPRESION

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

Afirmó que la depresión puede ser un síndrome en el cual la tristeza es el principal síntoma que se encuentra enlazado a otros para conformar el cuadro depresivo.

Al tener este padecimiento la categoría de enfermedad, se puede indagar del mismo su etiología, patogenia, curso y tratamiento.

Por otra parte, con la introducción en psiquiatría de la dicotomía exógeno y endógeno la depresión ha sido clasificada con base en su etiología en este mismo sentido como endógena y exógena.

La primera también llamada fisiológica se considera como la tendencia a reaccionar a factores internos. Se ha atribuido que el origen de este tipo de depresión obedece a alteraciones metabólicas, hormonales, tóxicas y bioquímicas.

La depresión exógena también denominada reactiva o psicológica está asociada a factores ambientales que fueron displacenteros o amenazantes para la persona, lo que precipita su naturaleza constitucional y psicodinámica generando estados de tensión y de ansiedad.

La depresión reactiva también implica una experiencia en la que el individuo sufre una pérdida real o simbólica de un objeto querido (Pollock, 1978).

Otra de las clasificaciones que existen dividen a la depresión en primaria y secundaria. Es primaria cuando la persona no presenta antecedentes de algún proceso patológico, o de alguna otra enfermedad que acompañe el cuadro depresivo. Es secundaria cuando junto con otros síntomas forma parte de otro padecimiento (Robins, 1972).

Moffic y Paykel (1975) afirman que los factores fisiológicos y psicológicos pueden desencadenar diferentes tipos de depresión, por lo cual, él toma en cuenta cuatro categorías para su clasificación: 1) depresión psicótica, 2) depresión ansiosa en adultos, 3) depresión hostil en jóvenes, 4) depresión en jóvenes con trastornos de personalidad.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las primeras clasificaciones incluyeron a la depresión dentro de dos grandes rubros: depresión bipolar (alternancia de manía y depresión) y depresión unipolar (depresión o manía recurrente). Se consideró que en los trastornos bipolares los antecedentes genéticos son factores de riesgo importantes en la morbilidad de este trastorno. En tanto, en la depresión unipolar se distinguía en mayor medida, los niveles de ansiedad y las quejas somáticas de los pacientes (Vallejo, 1990).

Dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (ICD-10) se consideran los trastornos afectivos sobre la base de las alteraciones clásicas, manía o depresión (unipolar-bipolar), aunque se valoran para subclasificar: la intensidad, la presencia de síntomas biológicos o psicóticos y la congruencia o incongruencia del humor. Como datos significativos, la depresión neurótica queda recogida en esta clasificación como distimia y la personalidad depresiva, dentro del apartado F 35., llamado Otros trastornos del humor (afectivos).

El DSM III-R plantea una clasificación multiaxial, de tal manera que cada paciente queda enmarcado según cinco ejes (I = síndromes clínicos; II = trastornos de personalidad; III = enfermedades médicas; IV = intensidad del estrés psicosocial; V nivel de adaptación. En términos generales, los trastornos afectivos mayores constituyen la subclasificación dentro de la cual los cuadros depresivos son divididos en: bipolares y depresiones.

La sintomatología esencial de los trastornos bipolares consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo.

Los trastornos depresivos se clasifican en depresión mayor y distimia. El primero se caracteriza por un estado de ánimo distórico, con pérdida de interés o placer, en todas o en casi todas las actividades habituales, el cual puede ser predominante y relativamente persistente.

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

3.3 FACTORES ETIOLOGICOS EN LA DEPRESION

Si se considera que el ser humano es una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también deben de tomarse en cuenta una serie de factores que pueden determinarla, entre los cuales se encuentran:

FACTORES GENETICOS

La investigación psiquiátrica refiere que las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas (Kallmann, 1950; Slater, 1953)

FACTORES PSICOLOGICOS

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son esencialmente importantes en la depresión neurótica, por ser estas el resultado de los conflictos emocionales que se presentan desde los primeros años de vida, específicamente las carencias y tensiones afectivas que se presentan en un periodo importante del desarrollo, como la infancia y adolescencia, determinando cierta vulnerabilidad en el individuo, la cual en la edad adulta tiene implicaciones vitales.

En la experiencia clínica se ha observado como las situaciones que implicaron alguna pérdida emocional o algún daño a la autoestima en la infancia ocasionan disturbios psicológicos, como la depresión, en la edad adulta.

FACTORES SOCIALES

Puede decirse que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Durante siglos se ha considerado que las relaciones interpersonales con los amigos, compañeros de trabajo y familiares representan un apoyo contra estados emocionales disruptivos, como la depresión, el miedo y la ira.

En este mismo sentido, Lazarus y Folkman (1991) afirman que el sistema social es muy importante en la vida emocional del individuo, pues la configuración de una reacción emocional, así como la forma en que se exprese o se domine, depende del significado y de la importancia que la cultura otorgue a las transacciones del sujeto con el entorno.

La importancia de las relaciones sociales en el estado de salud del organismo se ha reconocido en diversos estudios empíricos en los que se reconoce la existencia de un escaso apoyo social en la aparición de alteraciones de la salud (Andrews, 1978; Kellner, 1992)

Por otra parte, Maes (1987) considera que las variables ambientales como el ruido, problemas familiares, insatisfacción en el trabajo, entre otros, representan estresores cotidianos que pueden precipitar consecuencias negativas en la salud.

En general se habla de que existe una gran variedad de factores precipitantes que generan una gran tensión en el individuo, los cuales pueden originarse en cualquier experiencia de la vida diaria, y que según su naturaleza e intensidad varía de persona a persona, es decir, lo que para un individuo puede ser estresante para otro no lo es.

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

3.4. MECANISMOS Y CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION ASOCIADA A PADECIMIENTOS FISICOS

En el apartado anterior ya se menciona sobre los factores que están involucrados en la génesis de la depresión.

Ahora, toca describir los mecanismos bajo los cuales dichos factores determinan las alteraciones depresivas particularmente en las personas que tienen algún padecimiento físico y crónico, como es el caso de la esterilidad.

El curso de la depresión reactiva puede estar influida por un número de variables como las vulnerabilidades del paciente, tanto genéticas como psicológicas, la severidad del síndrome, el ambiente social, familiar y otros eventos precipitantes, la disponibilidad del propio paciente y su respuesta al o a los tratamientos.

Los síntomas pueden fluctuar en severidad durante el curso de la depresión y sin tratamiento el síndrome puede prolongarse a un año o más.

El periodo de evolución de la condición médica también puede influir en la duración del trastorno depresivo.

Los síntomas de depresión que interfieren con la calidad de vida incluyen disforia, anhedonia y agitación. Además la depresión por sí misma puede producir efectos adversos debido al deterioro psicológico, social y conductual que esta involucra. Por ejemplo, los problemas de concentración y la falta de interés en diversas actividades puede interferir con el desempeño académico, y en los pacientes asistidos médicamente, con su habilidad para terminar con su rehabilitación u otros programas de tratamiento. La anhedonia, irritabilidad, y la pérdida de interés pueden forzar las relaciones personales de los pacientes en demanda del apoyo social que necesitan. Estas alteraciones en el estado de ánimo se presentan comunmente, pero cuando los pacientes y sus familiares no están enterados de que una alteración depresiva es la causa de los cambios ocurridos, entonces los sentimientos de desesperanza y autorreproches pueden

desencadenar conductas autoperjudiciales como: intentos suicidas, deseos de muerte lenta, negligencia en el autocuidado y autosabotaje para discontinuar con el tratamiento médico (Rodín, G., et. al., 1991).

Cuando la depresión está asociada a alguna enfermedad es primordial considerar el lugar que ocupa el trastorno afectivo, es decir, si precede a la enfermedad física o si se desencadenó después del diagnóstico de la misma (Craven, et al., 1987).

Rodín (1991) afirma que la depresión que precede a la enfermedad física puede dar inicio por un número de mecanismos como : cambios inmunológicos o fisiológicos, o bien, la depresión se presenta como un primer síntoma de la enfermedad; descuido personal o autoacusaciones que coincide con el inicio de la enfermedad (ver tabla 1). Por otro lado, los mecanismos por los cuales se presenta la depresión cuando ya existe el trastorno médico involucra procesos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales se describen a continuación.

TABLA 3.1. MECANISMOS DE LA DEPRESION ASOCIADA CON PADECIMIENTOS FISICOS²

- **CUANDO LA DEPRESION PRECEDE A LA ENFERMEDAD**
- cambios inmunológicos fisiológicos debidos a la depresión.
- la depresión, como un primer sintoma de la enfermedad.
- autonegligencia o autoacusaciones que coinciden con el inicio de la enfermedad.

CUANDO LA ENFERMEDAD PRECEDE A LA DEPRESION

Mecanismos biológicos

- Uso de medicamentos depresores en el tratamiento de la enfermedad.
- Efectos en las vías neuroquímicas por acción endocrina o inmunológica.

Mecanismos psicológicos

- Daño a la autoestima, autoeficacia y autoaprecio.
- Alteraciones en la imagen corporal e identidad.

Mecanismos sociales

- Pérdida de roles sociales.
- Actividades solitarias.
- Estigmatización.
- Pérdidas o ajustes financieros.

Además, otras situaciones relacionadas a la enfermedad pueden estar asociadas con el inicio y/o exacerbación de la depresión.

² Rodin, G. et. al. (1991)

El diagnóstico, inicio o exacerbación de una enfermedad en la que está en riesgo la vida, tales como las enfermedades coronarias o el cáncer pueden contribuir directamente en la depresión en algunos pacientes.

Por ejemplo, Domar, *et. al.* (1992) argumentan que la experiencia del diagnóstico y la causa de la esterilidad tienen un fuerte impacto emocional ya que cuando una mujer y un hombre se saben estériles muestran mayores niveles de estrés y síntomas depresivos.

Roth y Kay (1956) dicen que el inicio o complicación de una enfermedad es un factor prominentemente asociado con el desarrollo de síntomas depresivos.

De la misma manera, cambios en el pronóstico (por ejemplo, el descubrimiento de metástasis en una mujer con una historia de cáncer) o la presentación de otros trastornos que alteran el cuadro patológico (por ejemplo, retinopatía en pacientes con diabetes mellitus) son eventos que precipitan la aparición de un cuadro depresivo (ver tabla 2). En otros casos, un cambio sustancial en el tratamiento médico puede estar asociado con la depresión.

TABLA 3.2. EVENTOS REACIONADOS A LA ENFERMEDAD QUE PUEDEN DISPARAR LA DEPRESION¹

- El diagnóstico o inicio de la enfermedad.
- Cambio en la modalidad de tratamiento.
- Cambios en el pronóstico.
- Otros eventos vitales secundarios a la enfermedad.
- Complicaciones médicas significativas.

Por otro lado, se ha sugerido que "los factores emocionales" incluyendo el estado de ánimo deprimido, el que representa un daño a la autoestima, pueden interferir en las conductas de autocuidado de los pacientes.

En el contexto clínico, Carreño (1994) menciona que la angustia, autodevaluación, incomprensión y envidia hacia otras parejas son síntomas de depresión comúnmente referidos por las mujeres estériles que son asistidas médicamente.

Una habilidad disminuida para cumplir con las recomendaciones médicas, pérdida de interés, desesperanza, pérdida de energía, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, son síntomas de depresión que comúnmente alteran la rehabilitación integral de la paciente estéril

Otros síntomas pueden interferir no sólo con la disponibilidad del paciente para colaborar en su tratamiento sino también por su efecto negativo en otras áreas de la vida, como:

¹ Rodin, G. et. al. (1991)

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

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

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

Trastornos somáticos. Pueden presentarse cambios bruscos en el peso corporal debido a la anorexia o a la ingesta excesiva de alimentos.

En el sistema cardiovascular son frecuentes las perturbaciones del ritmo cardiaco, tensión arterial, etc. En cuanto al sistema nervioso existe disminución de los reflejos, cefaleas, zumbidos de oídos. También pueden presentarse trastornos en el sueño: insomnio o hipersomnia. En la mujer se presentan alteraciones en la menstruación, como la amenorrea.

Trastornos afectivos. El estado de ánimo en general es expresado a través de los sentimientos de tristeza, inseguridad, soledad, desesperanza, abatimiento y desánimo; labilidad emocional, irritabilidad o cólera.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

79

Son incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría, es decir, presentan pérdida de interés o incapacidad para sentir placer en actividades habituales.

Trastornos intelectuales. Cuando la depresión evoluciona el individuo que la padece puede tornarse gradualmente ineficiente.

Hay entretrecimiento en los procesos cognitivos por una sensopercepción disminuida, problemas en la memoria anterógena por disminución de la atención.

En relación al pensamiento, se encuentra que éste se halla invadido de ideas que van desde el pesimismo, culpabilidad o autoacusación. El depresivo no da crédito de la realidad, negando así sus éxitos y habilidades pasadas. Las ideas de incompetencia pueden limitarse a uno o dos aspectos de su vida o bien, pueden generalizarse.

Trastornos sexuales y alteraciones sociales. Con respecto a la sexualidad se ha observado que existe una disminución de la libido.

En el caso de la mujer estéril a nivel de pareja está presente el desinterés sexual, hay cambio de planes comunes por individuales y los miembros de la pareja se culpan entre sí, lo cual ocasiona problemas, frustraciones, tristeza, enojo e inestabilidad emocional.

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

En el tratamiento clínico se ha observado que en los casos de esterilidad, la pareja tiende al aislamiento social y se deterioran las relaciones con los amigos y compañeros por las presiones socioculturales que basan el valor de las personas en la maternidad-paternidad. Además a nivel familiar se despierta en la pareja un sentimiento de vacío, de falta de apoyo y puede haber distanciamiento debido a la presión por tener hijos (Carreño, 1994).

En conclusión, los síntomas depresivos pueden presentarse en las personas con padecimientos físicos cuando se experimenta una pérdida real o simbólica. La resolución de este proceso representa una reorganización constructiva que está en función de diversos aspectos personales y situacionales como: la vulnerabilidad del individuo, los eventos precipitantes, la severidad de la alteración afectiva y el significado que representa para el paciente la enfermedad. Sin embargo, la depresión persistente o severa puede ocurrir cuando han habido previas experiencias traumáticas de pérdida y/o cuando otros factores concomitantes detienen el proceso de duelo o de adaptación al ambiente

interno y externo. Cuando el proceso de duelo no sigue su curso o cuando la sensación de pérdida es profunda, los síntomas depresivos de importancia clínica pueden ocurrir.

METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

Se llevó a cabo una investigación de tipo exploratorio aplicada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La interacción entre el estrés y la esterilidad se ha estudiado por muchos años. Algunas investigaciones han sugerido que los factores emocionales pueden ser la causa de la esterilidad (Botella, 1971; Tozzini, 1980), otras señalan que el estrés es visto en las parejas estériles como el producto de la misma (Mazure, 1984; Edelmann y Connolly, 1986; Berg y Wilson, 1991;).

A través de diversas investigaciones se ha encontrado que la mayoría de las parejas que experimentan esterilidad expresan marcados niveles de estrés emocional y ante esto una variedad de emociones negativas como ansiedad, temor, soledad, depresión, frustración, culpa e inutilidad, son comúnmente reportados (Seibel, 1987; Domar et. al, 1992).

Se ha mencionado que ante el impacto que representa enfrentarse a la esterilidad en ambientes médicos hay una serie de *recursos adaptativos* que están operando a través

de determinadas respuestas psicosociales (Freeman, 1985; Morales et. al., 1992; Morales et. al., 1995).

La importancia de investigar cómo se manifiesta el proceso de afrontamiento bajo una condición médica específica, como la esterilidad, radica en el hecho de que éste tiene implicaciones para la salud, ya que la manera en que un individuo responde a una situación que le es estresante va acompañada de conductas, pensamientos y emociones que influyen en su bienestar físico y mental (Lazarus y Folkman, 1991).

Sin embargo, en Latinoamérica este fenómeno no ha sido abordado como objeto de estudio; en México, algunas investigaciones realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología reportan datos sobre el desajuste psicológico (Díaz, 1992; Morales, et. al., 1995), pero aún queda abierta la brecha referente a los recursos adaptativos que median entre la esterilidad y los factores psicológicos, como la depresión.

En otras palabras, el problema de la presente investigación quedó definido de la siguiente manera: ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento que influyen sobre la depresión, en las mujeres estériles.

HIPOTESIS

HIPOTESIS CONCEPTUAL

Daniluk (1988) reporta que la depresión es una reacción común a la esterilidad. Folkman y Lazarus (1988) han sugerido que la valoración de los estresores vitales (por ejemplo el experimentar alguna enfermedad) como más amenazantes puede conducir a estrategias de afrontamiento que no son efectivas para reducir su estrés, lo cual conduce posteriormente a el desarrollo de síntomas de depresión.

Como ya se mencionó en otro momento, estos mismos autores han determinado que el afrontamiento puede estar dirigido hacia el trato con el evento que está causando el estrés (afrontamiento dirigido al problema) o bien, puede orientarse hacia la regulación del estado emocional (afrontamiento dirigido hacia la emoción).

Lazarus (1982) ha sugerido que la personas quienes valoran a su enfermedad más positivamente tienen más recursos internos para afrontar los aspectos difíciles de su situación.

En el caso de la esterilidad, por ejemplo, Hearn, et. al. (1987) encontraron que en un grupo de 300 parejas antes de ser sometidas a alguno de los tratamientos de inseminación artificial los niveles de depresión fueron normales en tanto que sus estrategias de afrontamiento estuvieron asociadas a niveles normales de

responsividad emocional, por lo tanto, podría suponerse que sus soluciones estuvieron encaminadas hacia actividades que personalmente fueron significativas y recompensantes.

En otros casos, como apunta Seibel, (1987) todos los esfuerzos de la pareja estéril están encaminados hacia la solución de su esterilidad. En la experiencia clínica se ha observado que quienes deciden someterse a la inseminación artificial muestran ante un nuevo diagnóstico y/o tratamiento altos niveles de distrés y sintomatología depresiva

Por tanto, bajo este mismo orden de ideas se desprenden las siguientes hipótesis.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Las mujeres estériles con estrategias de afrontamiento orientadas hacia la emoción tendrán menores niveles de depresión. Las mujeres estériles con estrategias de afrontamiento dirigidas al problema tendrán mayores niveles de depresión.

H01.

Las estrategias de afrontamiento orientadas hacia la emoción no decremantan los niveles de depresión.

Ha1.

Las estrategias de afrontamiento orientadas hacia la emoción sí decremantan los niveles de depresión.

Ho2.

Las estrategias de afrontamiento orientadas hacia el problema no decremantan los niveles de depresión.

Ha2.

Las estrategias de afrontamiento orientadas hacia el problema sí decremantan los niveles de depresión.

VARIABLES

V.I.

AFRONTAMIENTO

Definición conceptual.

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1991).

Definición operacional.

El porcentaje de respuestas que la gente da por escrito a cada uno de los estilos de afrontamiento del Inventario de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1988) que contiene las siguientes áreas: Confrontación, Distanciamiento, Autocontrol, Soporte Social, Responsabilidad, Escape-Evitación, Resolución de Problemas, y Reevaluación Positiva.

V.D.

DEPRESION**Definición conceptual.**

Conjunto de signos y síntomas caracterizado por alteraciones en el estado de ánimo y síntomas físicos concomitantes, en donde se presentan sentimientos de tristeza, incertidumbre acerca del futuro, desinterés de la propia vida. Tendencia a estar cavilante, infeliz, a llorar fácilmente, sentimientos de desesperanza y de vacío. Pueden reportarse sentimientos suicidas o deseos de estar muerto (Lucio, 1993).

Definición operacional.

Las respuestas de los niveles de depresión se obtuvieron por medio del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI- Español de Hathaway y McKinley, 1967)

específicamente con los puntajes obtenidos de la escala 2 (Depresión) con base en los siguientes parámetros: Depresión: Nula = 17-24 puntos; leve = 25-29 pts.; moderada = 30-35 pts.; severa = 36+ pts.

SUJETOS

Participaron 100 mujeres estériles que acudían a la Clínica de Reproducción asistida del INPer.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se seleccionaron aquellas pacientes que tuvieron un diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria. Con una edad entre los 20 y 35 años , que por lo menos sabían leer y escribir, de pareja estable y nacionalidad mexicana.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluirían de la muestra aquellas pacientes que presentaran problemas psiquiátricos. Ningun sujeto reportó este tipo de alteraciones

MUESTRA

Por medio de un muestreo aleatorio se seleccionaron dos sujetos al día que ingresarían posteriormente a el procedimiento de Inseminación Artificial Humana (IAH).

DISEÑO

Por las características de la investigación se empleó un diseño de dos grupos independientes.

ESCENARIO

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

INSTRUMENTOS

Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, que evalúa las siguientes categorías:

Confrontación.- Esfuerzos agresivos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad.

Distanciamiento.- Esfuerzos cognoscitivos para separarse de la situación y minimizar su significancia.

Autocontrol.- Esfuerzos para regular los sentimientos y las acciones personales.

Búsqueda de Apoyo Social.- Esfuerzos para buscar apoyo informativo, tangible y emocional.

Aceptación de la responsabilidad.- Reconocimiento de la participación personal en el problema con el interés de intentar poner las cosas en orden.

Escape- Evitación.- Esfuerzos cognoscitivos y conductuales orientados a escapar o evitar el problema.

Solución de problemas.- Esfuerzos deliberados para alterar la situación orientados a la solución del problema apoyados en una perspectiva analítica de la situación.

Reevaluación Positiva.- Esfuerzos para crear un significado positivo de la situación enfocado al crecimiento personal. También posee una connotación religiosa.⁴

La prueba consta de 67 reactivos que contienen cuatro opciones de respuesta, de 0 a 3, en donde 0 significa "no, de ninguna manera" y 3 "siempre, en alguna medida".

Forma breve del *Inventario Multifásico de la Personalidad* (MMPI-español de Hathaway y Mc Kinley, 1967). Contiene tres escalas de validez y nueve escalas clínicas

⁴ FES ZARAGOZA UNAM. Programa de Psicología de la Salud. Sept. 1995

básicas, las cuales se distribuyen dentro de 370 reactivos que cuentan con dos dimensiones de respuesta, cierto (c) y falso (f).

Las escalas de validez incluyen:

L. Detecta el grado de credibilidad que se le puede dar a la prueba. El grado de franqueza que el sujeto tiene ante la prueba, así como su ajuste al grupo social.

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

F. Indica la incompreensión de la prueba.

Las escalas clínicas son:

1 (Hs) Hipocondriasis; 2 (D) Depresión; 3 (Hi) Histeria ; 4 (Dp) Desviación Psicopática; 5 (Mf) Masculino-femenino; 6 (Pa) Paranoia; 7 (Pt) Psicastenia; 8 (Es) Esquizofrenia; 9 (Ma) Manía; 0 (Is) Introversión Social.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la aplicación de los instrumentos para cada sujeto se realizaba en una sola sesión. al inicio se les explicaba a los participantes los objetivos generales de la investigación, así como de la importancia que tendría su colaboración en la misma; en seguida se les pedían algunos datos sociodemográficos conformados en una

ficha de identificación. En segundo lugar se les proporcionaba el Inventario de Modos de Afrontamiento y se les daba las instrucciones correspondientes al instrumento. Después se les entregaba un protocolo y una hoja de vaciado de respuestas del MMPI-español e igualmente se les explicaba como contestar la prueba. Al terminar se les agradecía su participación. Una vez obtenidos los puntajes de cada inventario se realizó el procedimiento estadístico de *Correlación de Pearson*. Posteriormente con las variables causa de la esterilidad, tipo de la esterilidad y ocupación se implementó un *análisis de varianza (Kruskal-Wallis)* con el objetivo de averiguar si aportaban diferencias sobre el fenómeno estudiado.

RESULTADOS.

La tabla 1 describe los principales datos sociodemográficos de la muestra del estudio.

Tabla 1. Variables sociodemográficas. (N = 100)

EDAD X= 32.90 SD= 3.47	ESTADO CIVIL CASADAS = 93 UNION LIBRE = 7
ESCOLARIDAD X= 10.85 SD= 3.28	NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO = 53 MEDIO = 36 ALTO = 11
OCUPACION TRABAJAN = 22 HOGAR = 78	

Como se puede observar se trató de un grupo de pacientes con edad promedio de 32 años, con un nivel de escolaridad medio (10.85 años), de las cuales la mayoría se dedicaban al hogar (78%). El estado civil fue preponderadamente de casadas (93%) y de clases socioeconómicas baja (53%) y media (36%).

Tabla 2. Descripción Clínica de la muestra.

CAUSA DE LA ESTERILIDAD CONOCEN LA CAUSA = 55 NO CONOCEN LA CAUSA = 45	PERIODO DE EVOLUCIÓN RANGO 2-16 AÑOS $X = 6.57$ $SD = 3.04$
TIPO DE ESTERILIDAD PRIMARIA = 65 SECUNDARIA = 35	HIJOS VIVOS NO TIENEN = 86 UN HIJO = 9% DOS HIJOS = 4% TRES HIJOS = 1%

Puede constatar en la tabla 2 que el promedio años de esterilidad de esta muestra está alrededor de los 6 años en un intervalo que va de los 2 a los 16 años. Poco más del 50% de las pacientes conocían la etiología aparente de su esterilidad.

Más de la mitad tenían un diagnóstico de esterilidad primaria (65%) y no tenían hijos (86%).

Modos de afrontamiento e Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

En la tabla 3 se muestra el promedio de cada modo de afrontamiento. Puede apreciarse que los promedios más altos fueron para los modos de afrontamiento Reevaluación Positiva (H) ($X = 17.07$); Resolución de Problemas (G) ($X = 15.47$), en comparación con el modo de afrontamiento Escape-Evitación (F) cuyo promedio fue el más bajo ($X = 6.12$).

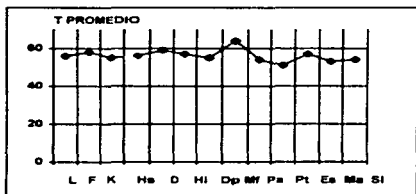
Tabla 3. Porcentajes promedio de los modos de afrontamiento.

ESCALA	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIANA
CONFRONTATIVO (A)	11.51	.279	12
DISTACIAMIENTO (B)	12.62	.350	12
AUTOCONTROL (C)	11.54	.328	11
SOPORTE SOCIAL (D)	14.12	.418	14
RESPONSABILIDAD (E)	11.18	.458	11.5
ESCAPE-EVITACION (F)	6.12	.329	6
RESOLUCION DE PROBLEMAS (G)	15.47	.396	15
REEVALUCION POSITIVA (H)	17.07	.336	16.5

Los puntajes de la variable Depresión se obtuvieron a partir del MMPI. Los resultados que arrojó este instrumento se presentan en la tabla 4. Como se observa, los puntajes de cada una de las escalas están situados entre T51 y T64 en donde los valores T promedio más altos de la muestra fueron en las escalas D2 (Depresión) (T = 59), MF (Masculinidad-Feminidad) (T = 64) y Es (Esquizofrenia) (T = 57).

Tabla 4. Puntajes T promedio de cada una de las escalas del MMPI.

L	F	K	Hs-1	D-2	Hi-3	Dp-4	Mf-5	Pa-6	Pt-7	Es-8	Ma-9	Si-0
56	58	55	56	59	57	55	64	54	51	57	53	54



Gráfica 1. Puntajes T promedio de cada una de las escalas del MMPI.

Para averiguar el grado de relación entre los modos de afrontamiento con la escala Depresión (D2) del MMPI se empleó una Correlación de Pearson. Se encontraron relaciones significativas entre la Depresión y los modos de afrontamiento Escape-Evitación (F) y Reevaluación Positiva (H) como se indica en la tabla 5. Ahí también se describen los resultados de otras variables que mostraron relaciones significativas. De este modo, se encontró que la escala Es (Esquizofrenia) tiene una relación negativa con el modo de afrontamiento B (Distanciamiento) y una relación positiva con el modo de afrontamiento Escape-Evitación (F) y que la variable Edad está inversamente relacionada con la escala Es (Esquizofrenia) y con el modo de afrontamiento Escape-Evitación (F).

Tabla 5. Correlaciones de los modos de afrontamiento B, F y H con las escalas D2 y Es y la variable Edad.

	Es	B	F	H
D2	0.3236		0.2480	-0.2017
	P = 0.001		P = 0.013	P = 0.044
Es		-0.2575	0.2184	
		P = 0.010	P = 0.029	
Edad	-0.2885		-0.3337	
	P = 0.004		P = 0.001	

En un trabajo reciente con mujeres estériles, Flores y Hernández (1996) encontraron que las variables ocupación y conocimiento de la causa de la esterilidad producían diferencias significativas sobre el estado emocional de las pacientes, particularmente en las variables depresión y ansiedad.

Para identificar diferencias en los modos de afrontamiento y en las escalas de personalidad estas variables sociodemográficas y clínicas se emplearon como variables independientes. Así, mediante el cruce de las variables la OCUPACION y la CAUSA DE LA ESTERILIDAD permitieron identificar diferencias significativas por medio de un análisis de varianza de Kruskal Wallis en el modo de afrontamiento II (Reevaluación Positiva) ($\chi^2 = 11.0080$, $P = 0.0117$). La siguiente matriz describe los rangos promedio (rP) del modo de afrontamiento *Reevaluación Positiva* de los grupos conformados cruzando las variables antes mencionadas.

OCUPACION

ETIOLOGIA	AMAS DE CASA	TRABAJAN
Conocen la causa de su esterilidad.	Grupo 1: N = 42 rP = 56,56	Grupo 2: N = 36 rP = 52,60
No conocen la causa de su esterilidad	Grupo 3: N = 13 rP = 26,62	Grupo 4: N = 9 rP = 48,33

En la figura 1 se muestran los rangos promedio en el modo de afrontamiento de *Reevaluación Positiva* en los grupos estudiados. Puede observarse que el Grupo 1 (Conocen la causa y son amas de casa) alcanzó el rango más alto ($rP = 56,56$) en comparación con el grupo 3 (No conocen la causa y son amas de casa) cuyo rango fue el más bajo ($rP = 26,62$).

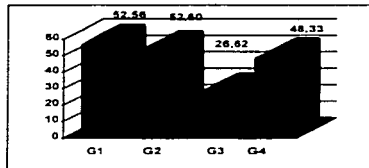


Figura 1: Rangos promedio para el modo de afrontamiento de *Reevaluación Positiva* en los grupos estudiados.

Con el cruce de TIPO DE ESTERILIDAD y CAUSA DE LA ESTERILIDAD se observaron diferencias significativas aplicando la misma prueba estadística (Kruskal-Wallis) en el modo de afrontamiento E (Responsabilidad) ($\chi^2 = 10,4469$, $P = 0.0151$).

La siguiente matriz describe los rangos promedio (rP) del modo de afrontamiento de *Responsabilidad* de los grupos conformados cruzando las variables antes mencionadas.

ETIOLOGIA

TIPO DE ESTERILIDAD	Conocen la causa de su esterilidad	No conocen la causa de su esterilidad
Esterilidad Primaria.	Grupo 1: N = 36 rP = 39,31	Grupo 2: N = 29 rP = 52,91
Esterilidad Secundaria.	Grupo 3: N = 19 rP = 55,39	Grupo 4: N = 16 rP = 65,50

En la figura 2 se muestran los rangos promedio en el modo de afrontamiento E (Responsabilidad) en los grupos estudiados. Puede observarse que el Grupo 4 (Mujeres con Esterilidad Secundaria que no conocen la causa de su esterilidad) alcanzó el rango más alto ($rP = 65,50$) en comparación con el Grupo 1 (mujeres con Esterilidad Primaria que conocen la causa de su esterilidad), cuyo rango fue el más bajo ($rP = 39,31$).

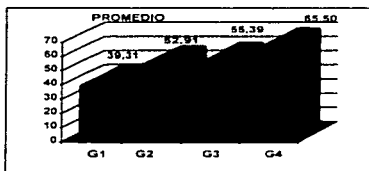


Figura 2. Rangos promedio para el modo de afrontamiento de *Responsabilidad* en los grupos estudiados.

DISCUSION

En este estudio se examinaron los modos de afrontamiento que influyen sobre la Depresión en las mujeres estériles. A partir de los datos reportados en esta investigación se acepta la hipótesis general, pues, efectivamente, se encontró que si las mujeres estériles emplean estrategias de afrontamiento orientadas hacia la emoción tienen menores niveles de depresión que si utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas al problema. A continuación se discuten los hallazgos más importantes.

La escala D2 (depresión) se relacionó positivamente con la escala de afrontamiento Escape-Evitación (F). Es probable que, la depresión puede aumentar si se utiliza en mayor medida el Escape-Evitación como forma de afrontamiento, pero la depresión disminuye si se emplea en menor medida dicho estilo de afrontamiento, pues a partir de los resultados obtenidos en este estudio, la manera en que las mujeres estériles manejaron sus síntomas depresivos fue precisamente utilizando en menor medida pensamientos y conductas para escapar de su problema, ya que el Escape-Evitación fue la estrategia con el menor porcentaje promedio.

En cambio con la escala H o de Reevaluación Positiva, la depresión se relacionó negativamente. Es decir, que las mujeres que reinterpretaron su situación como más positiva, ya sea desde un punto de vista religioso y/o apoyadas en otro tipo de creencias

existenciales tuvieron menos sintomatología depresiva. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991) de las características personales involucradas en el proceso de afrontamiento, las creencias existenciales ayudan a preservar el equilibrio emocional.

Cabría añadir que en los encuentros estresantes la relación entre la emoción y el afrontamiento es birreccional ya que cada uno afecta al otro (Folkman y Lazarus, 1988). Desde la teoría del estrés cualquier evento estresante (como lo es la esterilidad) tiene implicaciones sobre el bienestar psicológico. En la relación individuo-ambiente, las emociones dependen de la evaluación cognitiva, es decir del significado que la persona otorga a su relación con el ambiente. Esto a su vez permite al individuo hacer uso de sus propias habilidades y recursos para manejar dicho evento lo que también pueden afectar a su bienestar emocional.

Cuando la relación individuo-ambiente se altera es reevaluada y esta nueva evaluación conduce a tres cambios importantes:

- en la evaluación cognitiva del evento estresante.
- en las opciones de afrontamiento disponibles.
- en la intensidad y calidad de la respuesta emocional.

Probablemente los bajos niveles de Depresión reportados por la muestra de este estudio ocurrieron debido a que no sólo la relación con el evento estresante (esterilidad) se

reevaluó de manera diferente, sino que ésta nueva evaluación generó el empleo de la Reevaluación positiva como el recurso de afrontamiento más utilizado y a su vez, esta forma de afrontamiento tuvo consecuencias favorables sobre el bienestar emocional de las mujeres estériles.

Puede decirse entonces que es importante el papel de los bajos niveles de Depresión en el estrés psicológico de la paciente estéril, ya que son producto de la reinterpretación de sus valores y compromisos asociados a su situación médica y en consecuencia, de la elección de la Reevaluación positiva como forma de afrontamiento.

Por lo tanto puede suponerse que la Reevaluación positiva tiene efectos positivos sobre la salud de la mujer estéril. El hecho de que ellas se vean a sí mismas desde un punto de vista positivo puede considerarse un importante recurso de afrontamiento, por ejemplo, "redescubro lo importante en la vida", "tengo fe en algo nuevo", etc., son creencias que se mantienen a través de la esperanza de que algo favorable ocurrirá en sus vidas y de este modo la condición de esterilidad puede ser controlable.

Por otra parte, se encontró que características como la tendencia a la fantasía, el aislamiento, una pobre relación afectiva, etc. como lo refiere la escala 8 (Esquizofrenia) se relacionaron positivamente con la depresión. Puede decirse que si estas características se

acentúan pueden presentarse o exacerbarse síntomas de Depresión en este grupo de mujeres.

Se observó una relación negativa entre la esquizofrenia y la edad, es decir, probablemente las mujeres estériles más jóvenes podrían presentar en mayor medida pensamientos mágicos, aislamiento, pobres relaciones afectivas, referencias de experiencias peculiares o extrañas o que se posee "un sexto sentido", etc., como lo indica la escala 8.

Bovin (1995) señala que las parejas que llevan muchos años tratando de lograr el embarazo experimentan sentimientos de frustración y de fracaso al no alcanzarlo y por tanto la inseminación artificial se aprecia como la última opción para cumplir con dicho objetivo. Es decir, cuando este tipo de parejas ingresan a alguna clínica para el tratamiento de su esterilidad llegan con la seguridad de que lograrán el embarazo, sin embargo, cuando deciden afrontar propiamente su situación médica y desde el momento en que reciben el diagnóstico hasta que ingresan a alguno de los tratamientos de fertilización están en un estado de estrés constante y por tanto su estado emocional es labil. Clínicamente se ha observado que durante los primeros años de recibir tratamiento predominan en el funcionamiento psicológico de la mujer estéril la depresión, angustia, autodevaluación, incompreensión, tristeza, enojo, desinterés sexual, aislamiento, sentimientos de vacío y tendencia a la fantasía, (Carreño, 1994).

También podría argumentarse en este sentido que, debido a que las mujeres jóvenes cuentan con un pronóstico de mayores probabilidades de fertilidad que las mujeres más grandes, aquellas tienen todavía más esperanzas de que algún día podrán concebir y negando también las implicaciones reales de su padecimiento conservan más tendencia a la fantasía que las mujeres de edad mayor y evitando así, afrontar objetivamente las variables médicas asociadas con su situación de esterilidad.

Así mismo, a partir de los resultados obtenidos entre el modo de afrontamiento de Escape-Evitación (F) con la edad y con la escala de Es (esquizofrenia) pudo hipotetizarse que podría existir la tendencia entre las mujeres estériles jóvenes a presentar más síntomas de esquizofrenia si dirigen sus esfuerzos de afrontamiento hacia la evitación de su problema.

El Distanciamiento como modo de afrontamiento parece no tener consecuencias lesivas sobre la adaptación psicológica de las pacientes de esta muestra ya que se encontró que a medida que ellas intenten dejar de involucrarse en su problema minimizando la importancia de éste, las características como la fantasía, el aislamiento, sentimientos de inferioridad, pobres relaciones afectivas, pérdida de la concentración, preocupación por sí mismo podrían disminuir.

Por otra parte, las variables sociodemográficas, ocupación y causa de la esterilidad funcionaron como condiciones moderadoras (Folkman y Lazarus, 1988) ya que por sí mismas no interfirieron en la depresión sino a través de su relación con el afrontamiento cuando pudieron observarse sus efectos.

Así, como ya se mencionó anteriormente, la *reevaluación positiva* es el modo de afrontamiento más utilizado por las mujeres de esta muestra asociado con bajos niveles de depresión y al compararlo con la *ocupación* y *causa de la esterilidad* se observó que esta forma de afrontamiento la emplean en mayor medida las mujeres que conocen la causa de su esterilidad y que son amas de casa que aquellas mujeres que no conocen la causa de su esterilidad y que son amas de casa. En cambio, se observó que, en aquellas mujeres que trabajan entre quienes conocen la causa de su esterilidad y las que no la conocen no existen muchas diferencias, ya que ambos grupos emplean la reevaluación positiva casi en la misma proporción.

En congruencia con este hallazgo, Lazarus (1982) comenta que las personas que valoran a su enfermedad en términos más positivos tiene más recursos internos para afrontar los aspectos difíciles de su situación. Tales recursos sobre la enfermedad pueden ayudar al mantenimiento de la autoestima y a protegerse de la depresión.

También puede apreciarse que, el *diagnóstico de la esterilidad* afecta de manera diferente a la mujer estéril, de lo cual puede decirse que, las mujeres con esterilidad secundaria que no conocen la causa de su padecimiento emplearon más la *Responsabilidad* en comparación con el grupo de mujeres con diagnóstico de esterilidad primaria que tienen información sobre la etiología de su trastorno médico.

De acuerdo con Flores y Hernández (1996) la incertidumbre del origen de la esterilidad y el impacto del diagnóstico de la misma (Domar, 1992) son condiciones importantes para el surgimiento de alteraciones psicológicas.

En contraste con estas afirmaciones en la presente investigación se encontró que el no conocer la causa de la esterilidad además el tener un diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria favoreció en las mujeres estériles la movilización de estrategias de afrontamiento que tuvieron un impacto positivo sobre sus emociones.

En este estudio se encontró que no solamente el no conocer la causa de la esterilidad favoreció la movilización de la estrategia de afrontamiento E o *Responsabilidad*, sino que el tipo de esterilidad (en este caso, secundaria) tuvo consecuencias importantes sobre la elección de dicho modo de afrontamiento, pues estas pacientes asumieron más responsabilidad y estuvieron en mayor medida involucradas acerca de su participación en la resolución de su problema.

Una característica importante que podría resaltarse en este sentido es que las pacientes con esterilidad secundaria por lo menos tuvieron un hijo vivo, probablemente aquí, los factores asociados con el *rol de la mujer* como son la *procreación, la maternidad, la familia, la educación de los hijos* y otros más específicos como: "*es mujer y es madre la que es...solicita*", "*simpática*", "*responsable*", "*comprensiva*" y "*la que protege a la familia*" etc., se siguen considerando aspectos esenciales a través de los cuales ella alcanza su estatus dentro de la sociedad, motivo por el cual tal vez *la mujer con esterilidad secundaria* se sienta más comprometida en la solución de su padecimiento de esterilidad para así seguir cumpliendo con las demandas que la estructura social le impone y no perder esa jerarquía de *Mujer-Madre* que la cultura le ha atribuido.

CONCLUSIONES

Con base en los hallazgos de esta investigación puede concluirse que:

- Los *bajos niveles de Depresión* están relacionados con el empleo de la *reevaluación positiva* como estrategia de afrontamiento hacia la situación de la esterilidad. Es importante el papel de los bajos niveles de Depresión en el estrés psicológico ya que son producto de la reinterpretación por parte de la mujer estéril de sus valores y compromisos asociados a una situación médica y en consecuencia, resultan de la elección de la *Reevaluación Positiva* como forma de afrontamiento. Por lo tanto, puede suponerse que *la reevaluación positiva tiene efectos positivos sobre la salud de la mujer estéril. El hecho de que ellas se vean a sí mismas desde un punto de vista positivo puede considerarse un importante recurso psicológico de afrontamiento.* Por ejemplo, *"redescubro lo importante en la vida", "tengo fe en algo nuevo"* son creencias que se mantienen esperando que algo favorable ocurrirá en sus vidas y de este modo la condición de esterilidad puede ser controlable.
- El *Escape-avoidance* y el *Distanciamiento* como estrategias de afrontamiento tuvieron un impacto diferente. Los *aumentos en la Depresión* pueden estar asociados con *aumentos en el modo de afrontamiento de Escape-Evitación.* Mientras *aumentos en el modo de afrontamiento de Distanciamiento pueden estar asociados con una menor incidencia de*

algún tipo de alteración psicológica que incluya el aislamiento social, tendencia a la fantasía, conductas supersticiosas, problemas de atención y comprensión, referencias de experiencias peculiares y extrañas, entre otras características, de acuerdo con la escala de esquizofrenia.

En otras palabras, podría suponerse que el Escape-Evitación como forma de afrontamiento, si bien está dirigida hacia la emoción no parece regular el tono emocional. En cambio, el Distanciamiento aunque es una estrategia que también está encaminada a la emoción, como forma de afrontamiento si podría regular el estado emocional en las mujeres estériles. Pues la negación bajo la forma de mantener distanciamiento puede ayudar a las mujeres estériles a sentirse mejor, a mantener sentimientos de esperanza y de la propia valía.

Como observó Lazarus (1984), la negación puede tener el valor constructivo de ayudar a los individuos para que no se abrumen y proporcionarles el tiempo necesario para dominar otros recursos de afrontamiento.

- *La información acerca de la causa de la esterilidad, la ocupación y el diagnóstico de la esterilidad juegan un papel importante en la movilización de estrategias de afrontamiento necesarias para adaptarse.*

Las mujeres que conocían la causa de la esterilidad y fueron amas de casa emplearon en mayor medida la Reevaluación positiva como forma de afrontamiento, que aquellas que no conocían la causa de su esterilidad y que fueron amas de casa.

En las mujeres que trabajaban entre quienes conocían la causa de su esterilidad y las que no la conocían no hubieron muchas diferencias ya que ambos grupos emplearon la Reevaluación positiva casi en la misma proporción.

Es posible que para las *pacientes con esterilidad de causa conocida* y que fueron *amas de casa*, el hecho de *saber que había algo que les impedía embarazarse* les generó *mayor distres psicológico* que aquellas amas de casa cuya causa de esterilidad no había sido determinada y que por ello emplearon en mayor medida la Reevaluación positiva como forma de afrontamiento.

Entre las mujeres que trabajaban no existían muchas diferencias en el conocimiento de la causa de su esterilidad y su forma de afrontamiento. Podría suponerse que el *desempeñar actividades fuera de casa* las hace sentirse menos presionadas para concebir que las que son amas de casa porque *evalúan otros aspectos de su vida que personalmente son gratificantes*.

- El diagnóstico de la esterilidad afectó de manera diferente a la mujer.

Las pacientes con esterilidad secundaria que no conocen la causa de su padecimiento emplearon más el modo de afrontamiento de *Responsabilidad*, en comparación con el grupo de mujeres con esterilidad primaria que tenían información sobre la etiología de ese trastorno.

Culturalmente la reproducción y la procreación se han asociado con la figura femenina. Por tanto, la esterilidad es un fenómeno del que frecuentemente se responsabiliza a la mujer independientemente del origen del problema y aunque las mujeres con esterilidad secundaria tienen por lo menos un hijo vivo, la esterilidad y *el no conocer su causa puede representar un obstáculo para ellas para seguir cumpliendo con una función socialmente esperada como lo es la maternidad* y tal vez por ello este grupo de mujeres se sienten más comprometidas para resolver su situación actual de esterilidad y ponen gran cantidad de esfuerzos para formar una familia dentro de los patrones tradicionales.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En México los avances en Psicología de la Salud son cada vez mayores. En el ámbito de la salud reproductiva se han hecho diversas aportaciones acerca del fenómeno de la esterilidad: *ansiedad, depresión, autoconcepto, satisfacción marital de la pareja estéril que recibe asistencia psicológica*, son las vertientes más comunes de investigación. Ahora, el *afrentamiento* propiamente como variable psicológica forma una parte importante de este amplio grupo de conocimientos. Los alcances de la presente investigación muestran que en la mujer el afrontamiento influye sobre la manera de vivir la esterilidad y tiene efectos importantes sobre el estatus psicológico. La elección de determinadas formas de afrontamiento orientadas hacia la emoción coadyuvan a reducir la sensación de amenaza ante una situación médica, como la esterilidad, destacándose en este sentido el lugar que ocupa la evaluación cognitiva al determinar la calidad de las reacciones emocionales.

A fin de hacer extensivos los hallazgos de este estudio, se sugiere que se lleve a cabo un nuevo trabajo en el que se comparen dos muestras de mujeres estériles: deprimidas y no deprimidas y que se evalúen sus estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, probablemente los bajos niveles de depresión reportados por la muestra se debieron a que la escala de depresión del instrumento utilizado no solamente evalúa sintomatología depresiva, también implica la relación de ésta escala con otras

escalas del instrumento. Por lo tanto, es conveniente que en futuras investigaciones se emplee un instrumento psicológico que evalúe directamente la variable depresión

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, A. (1991). Human Spermatozoo in assisted reproduction. Williams and Wilkins. Baltimore.
- Andrews, G. (1978). Life events stress, coping style, and risk of psychological impairment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 166(5), 307-316.
- Berg, B. y Wilson, J. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. Journal of Behavioral Medicine, 4(1), 11-25.
- Billings y Moos (1982). cit.en Plata, M. (1993).
- Botella, L., et.al. (1971). Esterilidad e Infertilidad Humanas. Científico Médicas. Barcelona, España.
- Brown, G., et. al.(1986). cit. En Kellner, R. (1991).
- Burns, R. (1987). Infertility and Boundary ambiguity: One theoretical Perspective. Family Process, 26(4), 359-372.
- Calderón, N. (1987). Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Trillas. México, D.F.
- Cannon's (1936) cit. en Taylor, S. (1986).
- Cárdenas, T y García, N. (1996). Biología Humana. ENEP-ZARAGOZA. México, D.F.
- Carreño, M. (1994). Programa de Atención a la Pareja Estéril. Psicología Iberoamericana, 2(2), 63-70.

- Carreño, M. (1995). Actividad de Psicoterapia a Mujeres Estériles. (INPer.)México, D.F.
- Castilla del Pino (1966). Un estudio sobre la Depresión. Península. Barcelona, España.
- Craven, J. et. al.(1987). The diagnosis of major Depression in renal dialysis patients. Psychosomatic Medicine, 49, 482-492.
- Domar, A. (1992). The prevalence and predictability of Depression in infertile women. Fertil. Steril., 58(6), 1158-1163.
- Edelman, R. y Connolly, K. (1986). Psychological Aspects of Infertility. British Journal of Medical Psychology, 59, 209-219.
- Fagan, P. et.al.(1980). Sexual Functioning and Psychologic Evaluation of In Vitro Fertilization Couples. Fertil. Steril., 46(4), 668-672.
- Flores, M. Y Hernández, C. (1996). Ansiedad y Depresión en la Mujer Estéril que acude al Instituto Nacional de Perinatología. TESIS. UNAM México, D.F
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). Appraisal, Coping Health Status, and Psychological Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 50(3), 571-579.
- Folkman, S y Lazarus, R. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54(3), 466-475.
- Folkman, S y Lazarus, R. (1988). Manual del Cuestionario de Modos de Afrontamiento. Mind Garden. Palo Alto, California.
- Freeman, E. et.al. (1985). Psychological Evaluation and supporting in a Program of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer. Fertil. Steril. 43(1), 48-53.

- Fromm, E. (1966). El narcisismo individual y social. En: El Corazón del Hombre. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- García, S. (1991). El Autoconcepto de la Pareja Estéril. TESIS. UNAM. México, D.F.
- González, J. (1990). "Maternidad ¿instinto o deseo?". La Jornada. Lunes 4 de Mayo. México, D.F.
- González, M. (1987). cit. en Méndez, B. (1988).
- Harrell, J. (1980). Psychological factors and Hypertension: A Status report. Psychological Bulletin, 87(3), 482-501.
- Hathaway, S y Mckinley, J. (1967). Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-Español). El Manual Moderno. México, D.F
- Haunstein, L. et.al.(1973) cit. En Harrell, J. (1980).
- Hernández, C y Torres, A. (1990) "Un hijo deseado será siempre un niño amado". Doble Jornada. Lunes 5 de Marzo. México, D. F.
- Hernández, E. (1990) "Una ciencia que avanza con su secuela de fracasos y oscuros milagros". Doble Jornada. Lunes 7 de Mayo. México, D.F.
- Hernández, T. (1992) "De la Esterilidad a la Condena Social". La Jornada. Lunes 4 de Mayo. México, D.F.
- Holmes, H. y Tymistra, T. (1987). In Vitro Fertilization in the Nertherlands: Experiences and Opinios of duch women. Journal of Vitro Fertilization and Embryo Transfer , 4(2), 116-123.

- Holroyd, K y Lazaurs, R. (1982). Stress, Coping and Somatic Adaptation. En: Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects, Golberger y S. Breznitz. New York.
- Hung, B., et.al. (1987). Depressive symptomatology and Treatment in Patients with end-stage renal disease. Psychological Medicine. 17, 185-190.
- Hunt, L. (1993). La decisión de ser madre para la mujer de hoy. Gedisa. Barcelona, España.
- Insler, L. (1992). Factores Psicológicos de la Infertilidad. En: Infertilidad en el Hombre y en la Mujer: Diagnóstico y Tratamiento Panamericana. Buenos Aires.
- Kallmann, F. (1950). Cit. En Calderón, N. (1987).
- Kapit, W y Elson, L. (1981). Anatomía Cromodinámica. Fernández. México, D.F.
- Keefe, F. et. al. (1987). Pain Coping Strategies in osteoarthritis Patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55, 208-212.
- Kellner, R. (1991). Psychological Stress and Disease. A historical sketch. En: Stress and Immunity. Boca Raton. FL: Press. New York.
- Kholberg, L. (1976) cit. En Méndez, B. (1988).
- Kleeman, J. (1983) cit. En Méndez, B. (1988).
- Komarovsky, M. (1979). El Aprendizaje del Papel femenino. En: El Problema de la Mujer. Horme. Buenos Aires, Argentina.
- Knapp, E. (1995). Psicología de la Salud: Encuentro Mundial de Investigadores, Profesionales y Estudiantes de Psicología. Puebla, Pue.México.
- Krantz, D y Glass, D. (1984) cit. En Maes, S. Et. Al. (1987).

- Lamas, M. (1987). "Maternazgo, subjetividad y política" Doble Jornada. 10 de Mayo. México, D. F.
- Larson, et. al. (1990) cit. En Plata, M (1990).
- Lazarus, R. (1982). Stress and Coping as factor in Health and Illness. En: Psychosocial Aspects of Cancer. Cohen, J.W (Eds.). New York.
- Lazarus, R. (1984) cit. En Folkman, S y Lazarus, R. (1988).
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. Ediciones Roca. México, D.F.
- Maes, S. et. al. (1987). The Study of Stress and Disease: Science Developments and Requirements. Social Science and Medicine, 25(6), 567-578.
- Macías, R. (1994). La familia. En: Antología de la Sexualidad. Tomo II. CONAPO. Porrúa. México, D.F.
- Mazure, C. y Greenfeld, (1984). Ppsychological interviews and assessments of couples participating the vitro fertilization. Fertil Steril (abstr.) 41(57s).
- Méndez, B. (1988). Socialización y Estereotipos sexuales en Costa Rica. Revista de Ciencias Sociales, No. 39.
- Menning, B. (1977). Infertility: A guide for the childless couples. Prentice-Hall (Inc.) Englewood.
- Menninger, K. (1963). The vital balance. En : The life Process in Mental Health and Illness. New York, Viking.
- Miller, S. (1980) cit. En Lazarus y Folkman, (1991).

- Mitchell, C. (1983) cit. En Plata, M (1990).
- Moflic, H y Paykel, E. (1975). Depression in medical inpatients. British Journal of Psychiatry, 126, 346-356.
- Money, J. (1970) cit. En Méndez, B. (1988).
- Morales, C. (1992). Repercusiones emocionales en la reproducción. En: Temas Selectos de la Reproducción Humana. INPer. México, D.F.
- Morales, C. F. , Kably-Ambe- Ambe y Diaz, F. E. (1992). Fertilización Asistida: Aspectos emocionales. Perinatología y Reproducción Humana, 6(3), 104-108
- Morales, C. (1995). Estudio Psicológico de Pacientes sometidas a Inseminación Artificial. TESIS. UMAN. México, D.F.
- Morales, C. F., Rodríguez, O. S., et. al: (1995). Autoconcepto y Características de Personalidad. Perinatología y Reproducción Humana, 9(2), 93-98.
- Nuñez, R. (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología. El manual moderno. México, D.F.
- Pearlin, L y Schooler, C (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 2-21.
- Pérez, P. (1995). Inferilidad, Esterilidad y Endocrinología de la reproducción. JGH. México, D.F.
- Pollock, G. (1978) cit. En Rodín, G. (1991).
- Plata, M. (1993). Modos de afrontamiento en sujetos que padecen cefalea crónica. Reporte de Servicio Social. UNAM. México, D.F.

- Prabha, S. Ch., Santosh, K. Ch., et. al. (1991). Marital life among infertile spouses: The wives Perspective and its implications in therapy. Family Therapy, 18(2), 145-154.
- Ramírez, M. Et. Al. (1989). Estudio Epidemiológico de mil parejas estériles. Ginecología y Obstetricia. México, D.F.
- Ramírez, S. (1974). Patrones culturales en la vida genital y procreativa de la mujer, particularmente en México. En: Imagen y Realidad de la Mujer. Diana. México, D.F.
- Robins, E. y Guze, S. (1972). Clasification of affective disorders. En: Advances in the psychobiology of the depression illness. Williams (eds.) Washington, D.C.
- Rodín, G. (1991). Depression in Medically ill: A integrate approach. Burner/Mazer (Publishers). New York.
- Rodríguez, O. (1992). Autoconcepto y características de Personalidad en la Pareja Estéril. Un estudio comparativo. TESIS. UNAM. México, D.F.
- Rojas, R. (1993). Programa de la Actividad de Seminario: Estrés y Salud/Enfermedad. México, D.F.
- Roth, M. y Kay, D. (1956). cit. en Rodín, G. (1991).
- Schlosser, R. (1992). Reflexiones sobre la pareja estéril. Revista Latinoamericana de Esterilidad y Fertilidad, 6(2), 76-84.
- Seibel, M. y Levin, S. (1987). Anew era in Reproductive Technologies: the emotional Stages of In Vitro Fertilization. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4(3), 135-140.
- Slater, E. (1953) cit. en Calderón, N. (1987).

- Stieve, S. (1952). cit. en Botella, L. et. al. (1971).
- Taylor, S. (1986). Stress and Development of illness. En: Health Psychology. Random House. New York.
- Tozzini, R. (1980). Esterilidad e Infertilidad Humanas. Panamericana. México, D.F.
- Vallejo, R. (1990). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. Salvat. Barcelona, España.
- Vega, (1992) cit en Morales, C. (1995).
- Villaneda, A. (1994). "la condición femenina en el siglo XIX: Ambito Familiar". Doble Jornada. Lunes 5 de Septiembre. México, D.F.
- Wright, J. et. al. (1991). Psychosocial distress and infertility: Men and Women respond differently. Fertil Steril, 55(1), 100-108.

ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ NO. EXPEDIENTE _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____

Ocupacion _____ ESTADO CIVIL _____

CAUSA DE LA ESTERILIDAD _____

TIPO DE LA ESTERILIDAD _____

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ESTERILIDAD _____

GESTAS ____ PARAS ____ ABORTOS ____ OBITOS ____

CESAREAS ____ NO. DE HIJOS VIVOS ____

INVENTARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO

Lea por favor cada una de las oraciones que se indican a continuación y tache el número que mejor describa su situación de acuerdo a la siguiente escala.

- 0 = No, de ninguna manera.
 1 = En alguna medida.
 2 = Generalmente, usualmente.
 3 = Siempre, en gran medida.

1. Me concentro exclusivamente en lo que tengo que hacer a continuación.	0	1	2	3
2. Intento analizar el problema para comprenderlo mejor.	0	1	2	3
3. Me concentro en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás.	0	1	2	3
4. Pienso que el tiempo cambiará las cosas y que todo lo que tengo que hacer es esperar.	0	1	2	3
5. Me comprometo o me propongo obtener algo positivo de la situación.	0	1	2	3
6. Hago cualquier cosa y pienso que al menos no me quede sin hacer nada.	0	1	2	3
7. Intento encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.	0	1	2	3
8. Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación.	0	1	2	3
9. Me critico o me sermoneo a mí mismo.	0	1	2	3
10. Me agoto mis posibilidades de solución en un mismo instante sino que reservo alguna otra alternativa abierta.	0	1	2	3
11. Confío en que ocurra un milagro.	0	1	2	3
12. Sigo adelante con mi destino pues sólo algunas veces tengo mala suerte.	0	1	2	3
13. Sigo adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
14. Guardo sólo para mí mis sentimientos.	0	1	2	3

15. Busco alguna mínima esperanza, viendo las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
16. Luchas más de lo que acostumbró.	0	1	2	3
17. Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	0	1	2	3
18. Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.	0	1	2	3
19. Me digo a mí mismo cosas que me hacen sentir mejor.	0	1	2	3
20. Me siento inspirado para hacer algo creativo.	0	1	2	3
21. Intento olvidarme de todo.	0	1	2	3
22. Busco la ayuda de un profesional.	0	1	2	3
23. Pienso que los problemas se hacen madurar con persona.	0	1	2	3
24. Espero a ver lo que sucede antes de hacer algo.	0	1	2	3
25. Me disculpo o hago algo para compensar.	0	1	2	3
26. Elaboro un plan de acción y lo sigo.	0	1	2	3
27. Considero y acepto una segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería.	0	1	2	3
28. De algún modo expreso mis sentimientos.	0	1	2	3
29. Me doy cuenta de que yo soy la causa del problema.	0	1	2	3
30. Salgo mejor de la situación de como la empecé.	0	1	2	3
31. Hablo con alguien que puede hacer algo por mi problema.	0	1	2	3
32. Me alejo del problema por un tiempo; intento descansar o distraerme.	0	1	2	3

33. Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos.	0	1	2	3
34. Tomo una decisión importante o hago algo muy arriesgado.	0	1	2	3
35. Intento no actuar demasiado aprisa o dejarme llevar por un primer impulso.	0	1	2	3
36. Tengo fe en algo nuevo.	0	1	2	3
37. Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara.	0	1	2	3
38. Redescubro lo que es importante en la vida.	0	1	2	3
39. Hago cambios para que las cosas salgan mejor.	0	1	2	3
40. Evito estar con la gente en general.	0	1	2	3
41. No dejo que el problema me venza; rehúso pensar mucho tiempo en el problema.	0	1	2	3
42. Pregunto su opinión a un pariente o amigo y respeto su consejo.	0	1	2	3
43. Opino a los demás lo mal que me va.	0	1	2	3
44. No tomo en serio la situación y me niego a hacerlo.	0	1	2	3
45. Le platico a alguien como me siento.	0	1	2	3
46. Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.	0	1	2	3
47. Me desquito con los demás.	0	1	2	3
48. Recorro a experiencias pasadas; ya antes me había encontrado en una situación similar.	0	1	2	3
49. Se lo que tengo que hacer y redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien.	0	1	2	3
50. Me niego a creer lo que ha ocurrido.	0	1	2	3

51. Me prometo a mí mismo que las cosas serán distintas la próxima vez.	0	1	2	3
52. Propongo un par de soluciones distintas al problema.	0	1	2	3
53. Acepto la situación pues yo no puedo hacer nada al respecto.	0	1	2	3
54. Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado con otras cosas.	0	1	2	3
55. Deseo poder cambiar lo que está ocurriendo o la forma como me siento.	0	1	2	3
56. Cambio algo de mí.	0	1	2	3
57. Sueño o me imagino otro tiempo u otro lugar mejor que el presente.	0	1	2	3
58. Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo.	0	1	2	3
59. Fantaséo e imagino el modo en que podrían cambiar las cosas.	0	1	2	3
60. Rezo alguna oración.	0	1	2	3
61. Me preparo para lo peor.	0	1	2	3
62. Repaso mentalmente lo que haré o diré.	0	1	2	3
63. Pienso como dominaría la situación a quien admiro y la tomo como modelo.	0	1	2	3
64. Intento ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona.	0	1	2	3
65. Me digo a mí mismo que las cosas podrían ser peor.	0	1	2	3
66. Realizo algún ejercicio.	0	1	2	3
67. Intento algo distinto de todo lo anterior (describalo).	0	1	2	3

Nombre: _____

Fecha: _____

**INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD MMPI-Español**

Dr. S. R. HATHAWAY y Dr. J. C. MCKINLEY

Traducción por A. Bernal, A. Colón, E. Ferrández, A. Mena, A. Torres y E. Torres,
el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico,
con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael Núñez, México

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es **CIERTA** en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón **C** (Certo); vea el ejemplo 1. Si la oración es **FALSA** o, más o menos **FALSA** en su caso rellene el círculo en el renglón **F** (Falso); vea el ejemplo 2. Si la oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que no conoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.

Trate de ser **SINCERO CONSIGO MISMO** y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar alguna respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE



INSTRUCTIVO

1. Todas las contestaciones tienen que ser marcadas en esta hoja de respuestas. Nunca escriba usted en el folleto.
2. Los espacios enumerados corresponden a las frases en el folleto, decida usted como desea contestar las frases, y después marque el círculo correspondiente.

Ejemplo: Frase No. 1: Me gustan las revistas de mecánica.

Llene usted el círculo encima de la cifra, si le gustan las revistas de mecánica (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **C** = cierto)

C	●	○	○	○	○	○	○
F	○	○	○	○	○	○	○

Llene usted el círculo debajo de la cifra si las revistas de mecánica no le gustan (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **F** = falso)

C	○	○	○	○	○	○	○
F	●	○	○	○	○	○	○

3. Hay que usar un lápiz negro y llenar completamente los círculos seleccionados.
4. Si las frases no significan nada para usted, o usted no ve claro el significado, no marque nada.

TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. Da vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quien debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vomito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustara ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sentimiento debiera pagarme con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principios.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

PASE LA PAGINA

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que piensa escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con libertad.
62. Con frecuencia siento como si ardor, puntadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quite a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduzcan de ellos y les ayuden.
72. Siento de malestar en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me he pensado ser mujer.
75. Algunas veces me enojo.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guarda-bosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

PASE LA PAGINA

83. Cualquiera persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzados, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haya uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni torpe).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

123. Creo que me están siguiendo.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser soldado.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
148. Me impaciento que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
158. Lloro con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.

164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
166. Siento infierno cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mio tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros estén haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
150. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
157. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
158. Puedo leer por un largo rato sin que se me caigan los ojos.
159. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Mis peñas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzada, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado a que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).

PASE LA PAGINA

207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quisiera a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho casar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
227. Me han dicho que puedo dormirlo.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un chiflulo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.

FASE LA PAGINA

249. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "Como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar Bares.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudó con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me siento muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupó de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pizarro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me rumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náuseas y vómitos.

FASE LA PACINA

289. Siempre me disgusta con la ley cuando se pone en libertad a un criminal il-dido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando está acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado oscuras para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.

FASE LA PAGINA

330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.
339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fio de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible liberarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No le temo al fuego.
368. A veces me he alejado de otra persona porque tenía miedo o decir algo que pudiera lamentar después.
369. La religión no me preocupa.
370. Odio tener que trabajar de prisa.
371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
372. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
373. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
374. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
375. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
376. Los policías son generalmente honrados.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
378. No me gusta ver fumar a las mujeres.
379. Muy raramente me siento deprimido.
380. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
381. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
382. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
384. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
385. El relámpago es uno de mis temores.
386. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
387. Los únicos milagros que conozco son simplemente trépas que unas personas les hacen a otros.
388. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
389. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
390. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
391. Me gusta muchísimo ir a bailes.
392. Le tengo terror a una tormenta.
393. Los caballos que no jalan deberían ser golpeados o pateados.
394. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
395. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
396. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
399. No me enoja fácilmente.
400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al trabajar.

FASE LA PAGINA

406. Frecuentemente he conocido personas a quienes se supone expertas y que no eran mejores que yo.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.
408. Puedo olvidar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por comprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un picaro con sus propias armas.
411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezo un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los detengaos que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no vivo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Me avergüenzan los cuentos picantes.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbraba a tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a cause de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que ese no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.

PASE LA PAGINA

447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
449. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
450. Cozo con la excitación de una multitud.
451. Mis preocupaciones parecen que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
456. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado).
461. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
462. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
463. Me gustaba jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de las dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. No me molesta el ser presentado a extraños.
480. Con frecuencia tengo miedo a la oscuridad.
481. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
482. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.

PASE LA PAGINA

453. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
456. Nunca he notado sangre en mi orina.
457. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.
458. Rezo varias veces a la semana.
459. Me complacezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.
490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo parecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, un vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de esconder mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que esta no sepa mi modo de sentir.
505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parecen que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a los otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se echan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.

522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmens de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis pacientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacernos cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.
532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en Africa.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (secretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
550. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado (a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer). γ α ϵ ν \rightarrow α
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.

