

01964

2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ROL DE GÉNERO, ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA
EN MUJERES ESTÉRILES CON DISTINTOS NIVELES DE
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA
GENERAL EXPERIMENTAL

P R E S E N T A :
JORGE CARREÑO MELÉNDEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA

COMITÉ DE TESIS: DRA. MARCIA O. MORALES FIGUEROLA
DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO D.F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Muy especialmente al Dr. Francisco Morales por proporcionarme la oportunidad de ser parte de esta institución, la cual me ha formado profesionalmente, así como por sus enseñanzas de todos estos años, gracias maestro.

A LAS PACIENTES

que son parte fundamental del hacer y quehacer de nuestro trabajo cotidiano, por su participación, gracias

A MIS COMPAÑERAS

Susana y Eva por los momentos compartidos, especialmente a mi compañera y amiga Claudia por compartir no solo los espacios de la psicología, sino también los de la vida misma.

AGRADECIMIENTOS

A LA MEMORIA DE MI PADRE

*Fermín Carreño I. al que no pudo ver coronados los esfuerzos de su disciplina y su entrega hacia su familia, la sociedad y su trabajo.
aún duele el no haber tenido más tiempo para compartir*

A MI MADRE

Esperanza Meléndez B. ya que fue la fundamental en el trabajo y la disciplina; Esperanza, probablemente no te acuerdes, para ti fueron varias ocasiones, para mí sólo una, del momento en que pudiste rescatarme para que fuera profesional, la experiencia de esa ocasión aun sigue vigente en mi memoria, ha sido determinante a lo largo de la vida, por eso te lo agradezco

A MIS HERMANAS

SILVIA, IRMA, LILIA, LETICIA, DOLORES

Dignas representantes de su género, casi todas, son mujeres esforzadas probablemente pioneras de cambios importantes con respecto del ser y convivir con el hombre, aún me pregunto si el costo no ha sido muy elevado.

A MIS HIJAS. ANA Y ELY

Por haberlas conocido, desde ese momento ha existido la intención de proporcionar una visión distinta de la importancia de ser mujer, espero que esta vida que compartimos deje huella para hacerlas, en un futuro, mujeres felices, las amo.

A GUADALUPE

*por proponer un estilo de vida distinto,
aunque aun no lo entiendo, espero seguir escribiendo una historia compartida, te quiero*

A MIS HERMANOS

FERMÍN, RODOLFO, DANIEL

Por todas las vivencias compartidas a lo largo de muchos años, lo que ha dado significado a mi vida personal y profesional.

A MIS SOBRINAS y SOBRINOS

ARLETTIE, CRIS, SILVIA, LUCERO, ESTEFENIA

FERMÍN, SAID, RODOLFO, IVAN Y DANIEL.

Por tener la experiencia de conocerlos y Por intentar ser distintos

ÍNDICE

Resumen i

Introducción iv

MARCO TEÓRICO

1 Esterilidad

Historia, enfoques clínico y social 1

2 Género

Evolución histórica 20 masculinidad y femineidad 22

3 Autoestima

Conceptos generales 25

4 Asertividad

Concepto y evolución 27 básica 27 empática 27 escalar 27 confrontativa 28 indirecta 28 situaciones cotidianas 28 no asertividad 28 por medios indirectos 29

5 Método

Planteamiento del problema 32 objetivo general 32 objetivos específicos 32 justificación 33 hipótesis 34 diseño 35 variables 35 unidades de observación 38 población 39 muestra 39 instrumentos 40 procedimiento 46

6 Resultados

Estadística descriptiva 47 estadística inferencial 60 Correlación 60 análisis discriminante 62 regresión lineal múltiple 70 depresión 71 ansiedad rasgo 72 esquema explicativo 75

7 Discusión y conclusiones

Discusión 76 conclusiones 89 sugerencias 91 Bibliografía 92 Anexos 98

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo buscar qué variables pueden explicar en mayor medida la sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres estériles tomando como variables independientes rol de género, asertividad y autoestima, y como variables dependientes la ansiedad y la depresión en distintos niveles, desde leve hasta severa.

Para la realización de este trabajo se tomó una muestra de 240 mujeres, la cual fue seleccionada por cuota a partir del programa para calcular muestras de SAMPLE, y provenían tanto de la clínica de esterilidad como de reproducción asistida. Se trató de una investigación descriptiva, transversal retrospectiva, y confirmatoria, con un diseño no experimental de una sola muestra y se aplicaron los instrumentos de Rol de Género, Asertividad, Autoestima, IDARE Estado-Rasgo y el Instrumento para la Medición de Depresión (Zung). Para las comparaciones la muestra se dividió con base en los criterios del punto de corte de cada uno los instrumentos, se clasificaron según la puntuación obtenida, por debajo del punto de corte y por arriba de éste, es decir, mujeres que tenían sintomatología y aquellas que no. Se aplicaron las pruebas de estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva se aplicó con el objetivo de conocer la muestra en donde se registraron las variables sociodemográficas como edad, número de hijos, clasificación socioeconómica, periodo de evolución del padecimiento. Las variables clínicas de esterilidad primaria o secundaria, nivel de autoestima, orientación del rol de género, dimensión de la asertividad y nivel de depresión y ansiedad.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron correlación, análisis discriminante y regresión lineal. La correlación directa (.777) fue entre las variables Idare-rasgo y depresión, se tuvo una correlación inversa entre Autoestima y depresión (-.740), la ansiedad-estado y depresión tuvo una correlación moderada (.557). La autoestima correlaciona con Ansiedad-rasgo, la cual tuvo una correlación inversa (-.748), con

ansiedad-estado (-.523) y con asertividad indirecta (-.430), la variable de la prueba de rol de género en la orientación de sumisión tuvo una correlación positiva con depresión (.530), con Ansiedad-rasgo (.585) y con asertividad indirecta (.548). Cuando se da tratamiento a las variables mediante el análisis discriminante, los resultados indican que para la ansiedad-rasgo se discriminan seis variables, que en orden de aparición fueron: Autoestima, sumisión, asertividad indirecta, machismo, no asertividad y asertividad en situaciones cotidianas, teniendo mejores condiciones clínicas las mujeres que no tienen sintomatología. La ansiedad estado discrimina ocho variables, en la función la primera es autoestima, también se discrimina la prueba de rol de género, así como las dimensiones de asertividad, y se encontraron en mejores condiciones las mujeres que no tienen sintomatología de ansiedad estado. En la depresión, por ser una variable de origen multicausal, se discriminan 10 variables, ninguna de tipo sociodemográfico, todas de tipo clínico. Los resultados obtenidos son congruentes con la teoría, ya que la explicación proporcionada tiene que ver con variables de origen estructural de la personalidad y no con efectos inmediatos de la esterilidad.

Finalmente, cuando se trabaja con el hecho de buscar un modelo explicativo y que pueda proporcionar variables predictivas en torno a la ansiedad y depresión en mujeres estériles, mediante la regresión lineal se da un modelo explicativo (para el caso de la depresión tenemos dos), el primero explica el .598 de la varianza con la variable autoestima, el segundo explica el .656 de la varianza con la variable ansiedad-rasgo. La regresión proporciona cuatro modelos explicativos cuando se analiza la ansiedad-rasgo, el cuarto modelo explica el .620 de la varianza con cuatro variables: autoestima, sumisión, machismo y asertividad cotidiana. La ansiedad-estado no proporciona ningún modelo explicativo. A partir de los datos obtenidos, podemos proponer que la esterilidad por sí misma no condiciona que las pacientes tengan manifestaciones de depresión y ansiedad, éstas son adaptativas siempre y cuando no se valoren subjetivamente como muy intensas, en el caso de la ansiedad estado, que es una sintomatología que presentan la mayoría de las mujeres evaluadas (más del 50 %), sin embargo, la regresión no proporciona un modelo explicativo, por lo que se puede proponer que la

manifestación es producto de un proceso de adaptación. En el curso del padecimiento, cuando una mujer estéril es evaluada mediante el instrumento de autoestima de Coopersmith y obtiene puntuación por debajo de 12 puntos, esto es requisito para que ingrese a psicoterapia, lo mismo pasaría con el instrumento de Idare-rasgo al obtener una puntuación por arriba del punto de corte. Estos resultados nos permitirán generar programas de atención focalizados para las pacientes estériles que acuden al Instituto Nacional de Perinatología, así como un tratamiento en torno a la vida reproductiva.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo de la humanidad la asignación del rol de la mujer en la reproducción ha sido determinante, hasta finales del siglo pasado ella era la responsable de que se pudiera o no lograr el embarazo. Si bien es cierto que la importancia del maternaje es señalada como fundamental para la mujer hasta principios del siglo XIX, a lo largo de la historia se ha ejercido presión sobre aquellas que no pueden lograr un embarazo; esto se tiene documentado por todas presiones que han acompañado a la mujer que tiene problemática de esterilidad. En fechas recientes, la tecnología puesta al servicio de las parejas estériles permite ubicar los porcentajes que corresponden a cada género en torno al origen del problema: 50% de origen femenino, 45% al hombre y el 5% restante se atribuye a causas no explicables; estas cifras que indican el origen del problema pudieran parecer poco importantes, ya que durante la práctica clínica, se ha observado que independientemente del origen, un buen porcentaje de mujeres tienen cambios emocionales que afectarán su vida cotidiana y su entorno emocional.

La esterilidad humana con frecuencia viene a evidenciar toda una serie de cambios emocionales que han de interferir con la toma de decisiones de las personas que la padecen; por lo anterior, los teóricos de la esterilidad ven la necesidad de reconocer cuáles son los cambios emocionales que se presentan a lo largo de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Las observaciones clínicas con frecuencia hacen referencia a que no es la esterilidad la que impacta la autoestima, sino más bien es la autoestima baja desde antes de saberse estéril la que será fundamental para la presencia de síntomas de depresión y ansiedad que se presentan cuando se vive esta problemática. Algo importante de señalar es que la manifestación de esta sintomatología en un primer momento, tiene que ver con trastornos adaptativos

de tipo agudos, en un segundo momento cuando los síntomas se instalan como crónicos, tienen su explicación, a partir del rol de género, la dimensión de asertividad y, desde luego, los niveles de autoestima.

Las observaciones que se dan durante la entrevista clínica de primera vez, la psicoterapia de grupo y el resto del quehacer profesional de un psicólogo institucional, nos llevan a plantearnos de forma frecuente una gama de preguntas, la mayoría sin respuesta; por ejemplo, podemos tomar la interrogante del por qué no todas las mujeres estériles van presentar sintomatología, la mayoría se ven expuestas a una serie de presiones familiares sociales y de la pareja, a procedimientos de esterilidad y reproducción asistida, en fin, a toda una gama de tratamientos en busca de lograr el embarazo, pero, qué puede hacer diferentes a las mujeres que bajo esta condición puedan manejar la situación o no, qué condición previa, —como estructura de personalidad— tienen al enfrentar los procedimientos (que en un buen porcentaje no tendrán éxito), qué puede diferenciar a unas y a otras para que no se establezca de forma permanente alguna sintomatología como depresión y ansiedad. Tal es el contexto que nos permitió generar una pregunta de investigación: ¿qué función juega el rol de género, la autoestima y la asertividad en mujeres estériles? Partiendo del supuesto de que son constructos que se van formando desde la infancia y, desde luego, se presentan en la actualidad como un producto histórico de ser y comportarse, así como el de la introyección de la cultura en torno a la maternidad.

La división de los capítulos se basa en una revisión en torno a la esterilidad y maternidad con los enfoques histórico, social y clínico, lo cual se aborda en el capítulo 1. En el capítulo 2 se presenta el concepto de género con sus diferentes manifestaciones del rol; masculino, femenino, machismo y sumisión, éstos son los enfoques privilegiados para el objetivo de nuestro trabajo. El capítulo 3 muestra el concepto general de autoestima que inicialmente se propuso en la década de 1950, dicho concepto se actualiza con un trabajo de estandarización en población mexicana en el año 1993. El capítulo 4 analiza el concepto de asertividad y la evolución del mismo, los diferentes tipos de asertividad que pueden presentarse,

destacando la asertividad en situaciones cotidianas, la indirecta y la no asertividad que cumplen los objetivos de medición de la investigación.

Las variables de género, autoestima y asertividad se trabajaron a lo largo de la investigación como variables independientes, éstas se toman de los instrumentos de medición utilizados, para poder aplicarlos se tomó como requisito que los instrumentos estuvieran elaborados o estandarizados en la población mexicana, con un fundamento estadístico y metodológico que permitiera una buena confiabilidad sobre nuestras mediciones. En el capítulo 5 se mencionan los aspectos metodológicos del trabajo: planteamiento del problema, objetivos e hipótesis, diseño; se definen las variables, el tipo de muestra, los instrumentos y se finaliza con el procedimiento. El capítulo 6 aborda los resultados iniciando con la estadística descriptiva, en donde se presentan cuadros y gráficas para el resumen de resultados de la primera parte; en la segunda parte de los resultados se muestra la estadística inferencial, se describen los resultados obtenidos de la correlación, análisis discriminante y regresión lineal múltiple, los cuales proporcionan modelos explicativos de la depresión y la ansiedad rasgo en mujeres estériles que acuden al INPer. Finalmente, el capítulo 7 muestra la discusión y las conclusiones, las cuales indican que las mujeres infértiles que presentan sintomatología depresiva y ansiosa, ésta no es causada en forma reactiva por el padecimiento, su explicación tiene que ver con la ansiedad rasgo elevada y la autoestima baja, dos constructos que relacionados con una condición estructural de la personalidad moldeada y adquirida durante la infancia.

Las limitaciones del presente trabajo en realidad son muchas, podríamos mencionar que los resultados sólo tienen aplicación a la muestra en la cual se realizaron. Por otro lado, lejos de pensar en las cuestiones metodológicas, podemos destacar que cuando abordamos un tema tan complejo como es la estructura de personalidad se hacen evidentes nuestras carencias para lograr una análisis exhaustivo del tema, lo mismo cuando se habla del rol de género o de la asertividad, éstos son temas que algunas corrientes de la psicología aún se están cuestionando si son realmente relevantes como para dedicarse a su estudio; sin

embargo, cuando nos enfrentamos a la práctica clínica, nuestros argumentos para explicar los fenómenos que tenemos frente a nosotros, son escasos. Por esto es importante diseñar investigaciones que contribuyan a una ampliación del marco de referencia sobre el quehacer diario.

Este trabajo tiene la firme pretensión de darle nombre a una parte de lo que hacemos, podernos explicar los fenómenos que se presentan en el trabajo clínico con mujeres infértiles, facilitar una mejor evolución del padecimiento, así como generar programas puntuales de intervención psicológica a partir de los resultados. A largo plazo se busca disminuir el riesgo de un compromiso en la salud mental de las pacientes con dificultades en la vida reproductiva, sobretodo en aquellas que bajo ningún procedimiento lograrán el embarazo.

1. ESTERILIDAD

Se tiene conocimiento que desde épocas precolombinas la reproducción ha jugado un papel determinante dentro de la sociedad mexicana, para las mujeres de las culturas que se asentaron a lo largo del territorio nacional tenía una enorme importancia que la unión de la pareja derivara en la procreación. Para la población femenina no había un evento que causara mayor temor que la infertilidad, ya que enfrentar una situación de esta naturaleza la sometía a presión social y familiar que por lo general terminaba con la separación de la pareja y el rechazo familiar y público de la mujer que la padecía. El papel fundamental que tenía la mujer era la reproducción y la maternidad, en cuanto a la sexualidad se aceptaba que ésta se practicara dentro del matrimonio como una expresión afectiva y no sólo biológica.

A la llegada de los conquistadores, el enfoque no sufrió modificaciones substanciales con lo que respecta al fin del matrimonio, sin embargo, las leyes fueron más restrictivas en torno a la sexualidad, ésta debía ejercerse con fines reproductivos y no tanto como la expresión de una condición biológica y emocional. Estas ideas permearon la sociedad colonial a lo largo de 300 años, en donde la iglesia-estado dictaba normas y patrones de conducta para toda la sociedad. La categoría social y la posición económica y familiar imponían las normas que las mujeres asumían, casi inconscientemente, más como deber moral voluntariamente aceptado, que como imposición externa de amigos y familiares (Gonzalbo, 1985). Para la nueva España hacia finales del siglo XVI los papeles adjudicados tanto a hombres como a mujeres estaban totalmente definidos, a lo largo de este proceso las instituciones sociales y religiosas que iniciaban en el nuevo mundo, manejaban preceptos de la cultura occidental— las cuales tenían algunos siglos de evolución de los conceptos religiosos— mantenían una distinción clara y rígida entre los sexos, como era de esperarse en muchas familias novohispánicas, el fin fundamental del matrimonio era el tener hijos. Para varios teólogos y escritores de la época, el espacio donde se desenvolvía la mujer era la familia, como la única o mejor opción de una convivencia real entre los géneros, un ejemplo de ello durante la edad media, era que el lugar social de las mujeres estaba

en la casa feudal. Éstas sólo salían de ella para contraer matrimonio o profesar en los conventos (Burin, 1999). Entre el siglo XVII y XIX la iglesia jugó un papel fundamental en relación con la ideología de la reproducción, con personajes como Lutero y San Agustín que manifestaban "*La procreación es para la mujer, el objetivo para el cual existe*". Éste fue el único modelo reconocido por la iglesia y el estado, al formarse la pareja mediante el matrimonio, lo cual indicaba que la mujer debía casarse para poder llevar adelante un embarazo. Desde la constitución de esta moral Judeo-cristiana, se consideraba a las mujeres hembras humanas en su labor reproductora, una condición sólo alterada por aquellas glorificadas por su carácter de vírgenes, o bien estigmatizadas por su perversa asociación con el sexo y su demonio pecador (Burin, 1999).

La cultura occidental heredó del pasado la idea de que la supervivencia de la humanidad era precaria, lo cual permitía pensar en la necesidad de perpetuar la especie (Videla, 1990). Esta concepción que tenía en mucho sus orígenes en un punto de vista religioso, fue la preparación para introducirse como una influencia social la cual fue tomando forma a través de la cultura y, al final de cuentas, fue la ideología predominante, marcadamente hasta la primera mitad del siglo XX. Como en todas las sociedades y culturas, el punto de partida para la formación de la familia es la pareja, la cual al unirse forma ya una familia, al tener descendencia logra la reproducción, no sólo de los seres humanos, al educar a los hijos, se reproducen ciertas formas de pensar y de actuar, costumbres, tradiciones, valores morales y religiosos, en fin la cultura (Villafuerte, 1991).

Durante los siglos XVIII y XIX se hizo evidente la influencia de un saber desde la medicina tradicional, la filosofía y la psiquiatría, en donde la función de la sexualidad se consideraba como la procreación entre hombres y mujeres, y la mujer como tal estaba sólo delimitada a la reproducción, fue el pensamiento social que regía los destinos de la sociedad (Flores-Parada, 1994).

Es por eso que las familias tanto del viejo como del nuevo continente concebían que la finalidad del matrimonio no sólo era la unión de los cónyuges, por acuerdos familiares o intereses económicos, sino la procreación de los hijos. En algunos casos donde se

presentaba esterilidad, los hombres recurrían a la unión con viudas como una forma de garantizar la descendencia, y para las mujeres el tener hijos ofrecía seguridad social. Si bien es cierto que todas estas normas no eran atendidas en su totalidad, los conceptos se fueron introduciendo como ideología dominante, los acataban en general amplios sectores de la población.

Junto con el estrechamiento del escenario de lo doméstico, también el entorno de las mujeres se redujo y perdió perspectiva: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos, se convirtieron en su ámbito "natural" (Burin, 1999).

Lo que se toca aquí, es lo que tiene que ver con el aspecto cultural e ideológico, con estos antecedentes podemos encontrar muy probablemente el origen de la necesidad de la maternidad, desde luego es de tipo cultural, ya que la ideología y la cultura se muestran en cada uno de los individuos como representaciones psicológicas, en donde no se sabe si el origen de sus deseos, por ejemplo, el de la maternidad, le pertenece a una persona o es la simple expresión de la cultura introyectada a lo largo de generaciones en el proceso de educación, adquisición de normas y valores, de cómo ser y comportarse. Estas ideas al ir pasando de una generación a otra, se establecieron como un consenso y, desde luego, en ideología directiva de una sociedad. No fue sino hasta principios del siglo XVIII en los países europeos en que se inicia a hablar acerca de las dulzuras de la maternidad y los padres se consideraban cada vez más importantes para la felicidad o desdicha de los hijos, tendencia que llegó a su apogeo en el siglo XX con el desarrollo del psicoanálisis (Meler, 1999).

A lo largo del desarrollo de la sociedad conceptos como familia, reproducción, pareja y matrimonio, en particular el de la mujer, se han definido en función de lo que ésta podría proporcionar al hombre o a los hijos, no partía de las necesidades de su propia vida así como de sus deseos. El placer de ser madre y ser hijo, se convierte en un vínculo impuesto, en una exigencia no modificable, a cuyo mantenimiento la sociedad contribuye en todas sus expresiones (Videla, 1990). Desde un enfoque social, el valor que se da a la maternidad y el papel que debe asumir la mujer, desde el anclaje de la

cultura, juega un papel determinante para que se le valore en función del rol materno, perdiendo la perspectiva de su entorno alejado de la maternidad. Con frecuencia, la maternidad se considera como un ideal por alcanzar, respaldándolo en el "instinto maternal" y, por tanto, se propone que toda mujer que tiene una vida sexual activa tiene que buscar a cualquier precio el embarazo, sin tomar en cuenta sus posibilidades reales o naturales o las de su entorno familiar. En la medida en que la función materna quedó cada vez más disociada de otras actividades que antes desempeñaban, como el autocuidado, la administración de bienes, la recreación y la sexualidad, así como la crianza, la cual era ejercida con frecuencia por nodrizas (sin importar la clase social a la que se perteneciera); se volvió más exclusiva y excluyente, por lo que las mujeres interiorizan el ideal maternal en su subjetividad y pasa a ser constitutivo de su definición como sujeto (Burin, 1999).

Como la procreación es natural, nos imaginamos que el fenómeno biológico y fisiológico del embarazo debe corresponder a una actitud maternal determinada como pueden ser: los lazos de amor inmediatos, el sentir placer únicamente por el embarazo, descarta la ambivalencia de emociones que se encuentran presentes también el embarazo (Badinter, 1994). Se ha discutido en torno al hecho de que algunos autores reconocen que a determinada edad aparece en las mujeres el "instinto maternal", los argumentos no indican qué elementos se tomarían en cuenta para entender cómo se genera esta condición, reconocemos que ésta obedece a situaciones psicológicas que se van generando a partir del constructo social de la maternidad, las condiciones de la ideología, como puede ser la transmitida por los medios de comunicación; un ejemplo de ello es la difusión de imágenes idealizadas de la mujer como madre, durante el embarazo, en donde se presentan símbolos de mujeres o niños, ajenos a la realidad de la cultura mexicana. Estas imágenes distorsionadas de la maternidad y el embarazo se interpretarían como una imposición social, ya que refuerza en la mujer (como en toda persona) modelos de identidad basados en la maternidad sobrevalorada. El inicio de la maternidad, en el contexto actual en el que se idealiza esta condición, constituye por lo general una circunstancia enaltecida de la autoestima para las mujeres, más allá de la relación conyugal y de la disposición o la habilidad que ésta para la función de crianza (Meler, 1999).

El entender algunos aspectos emocionales que intervienen en la generación de la necesidad de ser madre no resuelve el problema de las discrepancias en torno al tema.

Sin embargo, los factores emocionales y psicológicos por ser una representación social de la cultura internalizada, permitirá avanzar en conceptualizar el ¿Por qué las mujeres mantienen el deseo de ser madres? De esto se desprende que es especialmente importante analizar qué significa de manera subjetiva para la mujer el ser madre. Entre los modelos explicativos que han dado respuesta a este cuestionamiento encontramos el psicoanálisis y la psicología en donde desde sus diversas perspectivas teóricas han establecido hipótesis acerca de las necesidades psicológicas como elemento fundamental del deseo de la reproducción y la maternidad.

Langer (1985), con base en los estudios de Margaret Mead, acepta que casi todos los rasgos de personalidad se hayan débilmente unidos al sexo, como lo es la vestimenta, las maneras y la forma de peinarse, etc. Sin embargo, comenta que la maleabilidad de la naturaleza humana tiene sus límites, siendo el deseo de la maternidad un punto que no tiene que ver con la socialización, sino más bien con la vigencia de los impulsos instintivos. Para Langer cuando una mujer se desarrolla en una sociedad anti-instintiva y anti-maternal sufrirá de alguna manera conflictos debido al desacuerdo que le marca la sociedad contra su propio sexo. Finalmente, comenta que la mujer sin hijos logrará ser feliz siempre que encuentre una forma de vida que le permita sublimar su instinto maternal. Retomando a Langer, concluye que no sólo por amor se desea a un hijo, ni por instinto que aparece a determinada edad, más bien porque al tenerlo eleva su valoración narcisista.

Por otra parte, Bardwick (1983), Chodorow (1984), proponen la existencia de un sustrato biológico exclusivo en las mujeres, ligado a la fisiología, pero que también implica una conducta que está sobredeterminada. Esto significa que en una sola persona la maternidad supone la gratificación de muchas y diversas motivaciones, y también quiere decir que los motivos de las diversas personas para tener un hijo pueden variar.

La importancia de las funciones reproductivas para la identidad de la mujer con frecuencia convierte a este fenómeno en terreno de satisfacciones, pero también en la expresión de diversas formas de ansiedad cuando no se logra el objetivo. El deseo de la maternidad-paternidad se convierte en un evento central, siendo en ocasiones el único motivo de convivencia entre la pareja o el objetivo por el cual están unidos, este deseo va investir la libido y el narcisismo en los cónyuges, siendo un vehículo para ejercitar a través de ella actitudes de distinta índole, como buscar la reproducción como reaseguramiento de la feminidad o masculinidad, como forma de mantener una pareja que está en crisis y evitar una separación; el hecho limita otros aspectos medulares en la pareja, al no permitir la expresión de otras formas de convivencia, este deseo y las metas quedan reducidos a un solo aspecto de la vida en pareja, lo que impide una adaptación adecuada a su medio.

Lamas (1994) comenta que el sentirse femenina constituye un factor psicológico en la motivación hacia la maternidad, ya que es parte de la feminidad, entendida como el resultado de un proceso psíquico que conduce a las mujeres a asumirse, sentirse y vivirse como tales, en los procesos de identificación femeninos enfatiza la relación, la intimidad, la cercanía, el vínculo afectivo y los elementos específicos de rol maternal (Burin, 1999); estos elementos siempre están presentes en las niñas por la presencia y cercanía con la madre durante el proceso de crianza.

Por su parte, Ferró (1991) establece que si durante la niñez, la relación con la madre y el sentimiento de ésta con respecto a su feminidad son adecuados, la niña tendrá mayor seguridad en su esquema corporal y logrará una mayor identificación con ella, lo que consolidará su identidad y, si en algún momento, llega a realizar algún papel relacionado con su género, no modificará en nada su identidad. Por ejemplo, si una mujer decide no tener hijos, mantendrá su mismo núcleo de identidad siempre y cuando el ideal del yo introyectado no quede circunscrito a las tareas del papel reproductivo.

Fromm (1990), desde una postura psicodinámica y sociocultural expresa, que si bien con frecuencia aparecen las motivaciones anteriormente descritas no son tan importantes y universales como la que denomina *necesidad de trascendencia*, a la cual

describe como una de las necesidades básicas del hombre, arraigada en el hecho de su autoconciencia, en el hecho de no estar complacido con su papel de ser creado. Necesita sentirse creador, y ser alguien que trasciende. Para este autor las personas cubren con un hijo el impulso de trascender. Reforzando este argumento se encontró que en una investigación realizada por Lalos y Lalos (1985) sobre el deseo de tener hijos, las mujeres manifiestan sus deseos de inmortalidad a través de sus hijos.

Por otra parte, se ha referido como motivos subjetivos hacia la reproducción, la confirmación de la propia identidad sexual, la posibilidad de volver a experimentar a través de los hijos la propia infancia, la posibilidad de entender e identificarse con los propios padres, la maternidad vista como símbolo de independencia y el ver al hijo como un intento de reemplazar a otra persona importante. Identificar esta dinámica permite entender por qué las necesidades insatisfechas desempeñan a menudo un papel central en el deseo de tener hijos. Por lo general, la mujer no tiene conciencia de querer satisfacer sus necesidades a través de un niño.

Ahora bien, Aisenson (1989) comenta la importancia de valorar al cuerpo y sus funciones en proporción adecuada, ya que tomar una postura extrema de otorgar al cuerpo una valoración suprema sólo conduciría a una limitada apertura y concepción del propio ser.

La mujer u hombre que logra la identidad a través de un hijo para sentirse como tal tiene un fallo en la adquisición de su identidad de género, y ha tomado uno de los roles como totalidad. Suponer la necesidad del hecho reproductivo (embarazo-parto-crianza) para ser mujeres, muestra una confusión del propio concepto de la mujer, de identidad y de su papel de género. Ferró (1991) al respecto menciona que la identidad de género puede desarrollarse en un sentido mucho más amplio, en el que el ideal del yo tenga que ver con muchas cosas diferentes de la maternidad y con respecto a una gran diversidad de roles. Si una mujer determina su identidad con base en ser madre, manifestará conflictos importantes no sólo a nivel intrapsíquico, sino también en sus relaciones interpersonales, sobre todo cuando la base de su identidad no se ve consumada, o bien cuando los hijos engendrados se alejen, ya que su plenitud

femenina se verá anulada cuando se percate de que ya no tiene cerca aquello que la definía como mujer.

Con frecuencia estas vivencias se observan en mujeres que cursan la etapa del climaterio, quienes al hacer una nueva valoración de su vida se percatan de que por muchos años se sintieron mujeres sólo por tener y vivir para los hijos, sin tomar en consideración las expectativas personales que quedaron anuladas o disminuidas por varios años; al enfrentarse a la realidad de que los hijos se alejan, se cuestionan si ellas tiene algún otro objetivo de vida, que no sea la crianza o la atención de la pareja.

Para Hunt (1993) las mujeres han sido y son definidas fundamentalmente por sus relaciones dentro de la familia: durante siglos se les ha identificado como hijas, esposas, madres y abuelas. Esto conduce a sentir, en un nivel intrapsíquico, que al ser mujer también se debe ser madre. Si bien la definición de la mujer adulta como madre está muy arraigada en el psiquismo femenino, la cuestión de la identidad se fundamenta en autoperibirse con muchas posibilidades diferentes de ser y de valorarse.

En nuestra cultura, la identidad de género se ha centrado en la maternidad, en la capacidad para embarazarse y, a partir de esto, es como logra relacionarse con las personas que le rodean, establece vínculos de afecto y valía a partir de ella, lo que tiene consecuencias decisivas para su autoestima, su autoconcepto y por lo que relega hacia la periferia otras capacidades que tiene como mujer. Al inicio de la maternidad en el contexto actual en el que se idealiza esta condición, constituye por lo general una enaltecedora de la autoestima de las mujeres, más allá de la relación conyugal y la disposición y las habilidades que esa mujer tenga para las funciones de crianza (Meler, 1999).

La esterilidad, uno de los motivos de consulta cuando una mujer visita al ginecólogo, más que una enfermedad es síntoma de una condición general subyacente, que afecta el funcionamiento psicológico y emocional adecuado de la pareja que la padece. Existen limitaciones para conocer su prevalencia, no obstante se estima que entre 10 y 15% de las parejas en edad reproductiva sufren esterilidad (INPer, 1999), donde la

causa puede tener su origen en la mujer, en el hombre o en ambos; se ha comprobado que actualmente la tasa de este trastorno en el mundo va en ascenso. También es importante señalar que existe una diferencia mínima entre los porcentajes de esterilidad por género, 50% pertenecen al factor femenino y 40% al factor masculino, aproximadamente 10% puede tomarse como factor inexplicado. Con el avance de la medicina, cada día la esterilidad se explica menos como causa de factor psicológico. El funcionamiento del sistema neuroendocrino puede explicar la infertilidad, una falla en este sistema, puede dar como resultado la esterilidad. Actualmente el 90 % se explica por factores orgánicos (O'Hara, 1995). Estas cifras permiten, por una parte, aclarar en qué medida cada género tiene limitaciones en la capacidad reproductiva y, por otra, esta realidad indica que no es tan cierto que la mayoría de las mujeres de esta población son las que condicionan la esterilidad, tanto hombres como mujeres manejan proporciones similares del padecimiento. En nuestro país, el porcentaje global de esterilidad va en aumento, al presentarse la tendencia a posponer la reproducción para edades más avanzadas (después de los 30 años), cuando la fertilidad fisiológica en ambos sexos empieza a declinar. Existen otros factores causantes también de la esterilidad, como el uso inadecuado de ciertos métodos de control natal, el aumento de enfermedades de transmisión sexual, la automedicación, el sobrepeso o las dietas severas, así como la exposición a condiciones medio-ambientales adversas.

No es extraño que sea en la mujer en quien se deposita la responsabilidad de la procreación, inclusive socialmente es más aceptado que la mujer manifieste sentimientos culposos, independientemente de que sea ella el origen del problema. (Videla 1984, citado en Morales 1992). Mientras que para el hombre la esterilidad está asociada con conceptos como potencia sexual y virilidad, en la mujer es todo lo contrario, cultural y socialmente hablando, en ella aunque también es un valor importante, es más aceptado cuando su imagen se vive devaluada.

Es por ello que la infertilidad en la pareja no debe considerarse como un trastorno meramente fisiológico, sino que afecta también de forma relevante los ámbitos psicológico y social de las parejas que la presentan. Ante los diagnósticos que con relativa frecuencia son vagos y prolongados, el tratamiento doloroso e intrusivo requiere

de gran inversión de tiempo y dinero, ante esto un buen porcentaje de parejas no están preparadas para enfrentarlo, por lo que se presentan respuestas emocionales que en ocasiones no son adaptativas para el problema que enfrentan.

Las respuestas emocionales más comunes a esta condición son depresión, ansiedad, múltiples sentimientos de pérdida y un prolongado estrés; cuando estas respuestas emocionales se extienden, incapacitan a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo en la habilidad para comunicarse con su pareja y con su entorno, si se acentúa de manera rígida la importancia de un hijo como parte de la identidad, y pone en riesgo el bienestar físico y psicológico.

En la actualidad, la condición de esterilidad en muchas mujeres constituye un estigma social, esto ha sido así en todos los tiempos y para todas las mujeres que por algún motivo no han sido capaces de concebir. Existen testimonios sobre este fenómeno en la Edad Media, por ejemplo, un matrimonio era considerado bueno si concebía muchos hijos, y una buena esposa sólo era tal si los tenía. Sin embargo, teólogos canonistas consideraban al matrimonio no consumado o al matrimonio infértil como un sacramento bendecido por Dios, siempre y cuando los esposos se mostraran unidos por un amor mutuo y temeroso de Dios. Durante la Edad Media se llegó incluso a elevar a los altares a los matrimonios exentos de descendencia y a santificar a las esposas estériles. Así también cuando se desconocía la causa de la esterilidad, la responsabilidad de ésta se remitía al hombre, ya que se consideraba que éste llevaba a la mujer al estado ideal en el que debía concebir, lo importante era tener hijos aunque no se ejerciera el maternaje.

Esto niega los constantes esfuerzos por tratar de remediar esta condición. Se realizaban peregrinaciones, promesas, oraciones y ofrendas dedicadas a las vírgenes y santos relacionados con la fertilidad. Se practicaban rituales y ceremonias consistentes en reunir a las mujeres en una fuente y presentar ofrendas a las hadas que habitaban las mismas para que les enviaran un hijo, o bien, tocaban al pasar y en secreto una piedra erecta símbolo del falo y la esperanza de la unión de las semillas del hombre y la mujer.

El temor a la esterilidad se puede observar a lo largo de la historia, en el pasado, las narraciones sobre artificios para lograr el embarazo, que hoy serían reprobables como la práctica del incesto o ritos milagrosos, todo era válido y tanto hombres como mujeres apreciaban sin trabas el embarazo y nacimiento. La mujer estéril se condenaba a ella misma por su incapacidad reproductiva, se percibía con horror, como la vergüenza y la deshonra para su familia. De hecho, la sociedad de la Edad Media compartía las ideas de Santo Tomás de Aquino que atribuye la aparición de la mujer en la creación al hecho de que Dios la creó exclusivamente para traer hijos al mundo.

Se suponía que cuando mucha gente en una sociedad no tenía hijos, la misma existencia de esta comunidad podía estar amenazada, aun la infertilidad individual podía tener efectos sobre una comunidad y una sociedad.

De la existencia de los hijos dependía no solamente la herencia de los bienes de la familia, sino también de fuerzas en el ámbito político y la estabilidad de los grupos en el poder. Por tanto, no resulta sorprendente que las mujeres de finales de la Edad Media, en especial a las pertenecientes a las clases superiores, únicamente se preocupaban por el tipo, número y ocasión de embarazos, cuando su unión no fructificaba con la presencia de descendencia (Hammer, 1993).

En determinadas sociedades, cuando la mujer pierde la capacidad reproductiva o es estéril, la ideología sociocultural le permite que posea un estatus socioeconómico igual al del hombre. Este es el caso de las mujeres Nure en África, que pueden llegar a poseer el estatus social del padre, ya que son consideradas como hombres y realizan todas las actividades correspondientes, pueden casarse con una o más mujeres, las cuales son fecundadas por parientes o amigos. De esta manera, estas mujeres para efectos legales son esposos, padres y conductores de la familia (Buxo, 1991).

Algunas veces factores étnicos, culturales y religiosos pueden añadir demandas a la población estéril. Por ejemplo, en algunas culturas la esterilidad se ve como exclusiva de las mujeres. En otra instancia, algunas prácticas religiosas o valoraciones pueden evitar las opciones de los tratamientos médicos.

Para algunos individuos la esterilidad es una crisis o fallo que los aliena a sus creencias, a su comunidad religiosa y aun a Dios; sienten traicionada su confianza en un sistema de creencias que no los protege o los resguarda adecuadamente del dolor. Pueden buscar en su pasado, pecados que puedan explicar el sufrimiento o vivir con su destino injusto. La esterilidad puede interpretarse como un mensaje de Dios para reflexionar en la propia vida o como una forma de sufrimiento que es un acto divino más allá del entendimiento humano (Hammer, 1993). La economía sexual se dirige hacia un punto: la procreación, de ahí que la relación con una mujer estéril o en la menopausia sea considerada también un derroche (Dávalos, 1994).

En un mundo convulsionado por cambios profundos en su estructura social, con el trasfondo ominoso de la superpoblación, la contaminación ambiental y la explosión demográfica, parecería un acto paradójico e insano dedicar urgentes esfuerzos al logro de un embarazo. Sin embargo, la importancia de alcanzar este objetivo ha sido reforzada a través de los tiempos, ya que la paternidad-maternidad han influido en el desempeño personal, aceptación social, madurez, identidad sexual, ajuste emocional, etc.

Al menos en nuestro país la procreación sigue representado una de las metas vitales tanto en hombres como en mujeres; autores como Bustos (1994) mencionan que la esterilidad es un problema frecuente entre las parejas mexicanas, ya que de 10% a 15% de ellas tienen dificultad para reproducirse, datos que coinciden con las cifras internacionales.

En estos estudios se ha observado que: a) la esterilidad se sigue percibiendo 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 acentúa características que desequilibran el estado emocional y físico del ser humano. Las reacciones emocionales básicas que se producen son consecuencia del estrés producido por el diagnóstico y

los constantes tratamientos a que se someten las mujeres estériles. *A priori* se esperaría que los síntomas de depresión, por ejemplo, fueran estables en el transcurso del padecimiento; sin embargo, como se ha observado, los hallazgos parecen indicar que a través de la evolución del cuadro de esterilidad la paciente requiere de un despliegue más amplio de recursos adaptativos.

Como lo han reportado estos estudios no es que los fenómenos emocionales estén ausentes, sino que estas respuestas primarias se anulan mediante otros recursos protectores como la fantasía, las conductas compulsivas, los síntomas físicos, entre otros (Morales, 1992, 1995).

La paternidad y la fertilidad se consideran frecuentemente eventos que 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 tríada 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.

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 definirse como una disrupción de un estado permanente o como un período de desequilibrio, en donde se presentan los siguientes elementos: Sorpresa y negación. La primera respuesta que se observa en la pareja cuando se hace consciente la imposibilidad de lograr un embarazo es de sorpresa e impacto 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 etapa corta que pronto se superará. No acepta que se le llame "estéril" y no puede adaptarse ante tal evidencia.

La negación se implementa con el propósito de realizar ajustes en lo físico y lo emocional ante una situación abrumadora que le permita experimentar en menor grado la angustia.

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

En los casos en los 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 que deseen tener hijos, y por otro, el "deseo innato" de los humanos de reproducirse.

Es por esto, que una gran parte de la vida en pareja está centrada en la procreación, la maternidad-paternidad y la edificación de una familia. Conforme pasa el tiempo, las posibilidades de tener un hijo propio se van reduciendo, en la medida en que se ha intentado un buen número de tratamientos, casi todos fallidos, el reloj biológico está llegando a su límite, es entonces cuando se dan cambios que modifican el estilo de vida, en donde siente que el entorno se vuelve agresivo, por lo que se experimentan cambios similares a reacciones de duelo, que inician con: agresión, los múltiples intentos fallidos y el estrés por los tratamientos de esterilidad, los cuales dejan a la pareja no sólo deprimida sino enojada. (García, 1991; Hammer, 1993; Malhsted, 1991). En particular, la pérdida de control sobre cuándo se convertirán en padres, la vivencia del dolor tan particular que muchas parejas fértiles no han sentido y mucho menos enfrentado, enfurece a las parejas infértiles. ¿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 a mí? Se repite constantemente 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 se alimenta por la "insensibilidad" de la

gente, las críticas de los familiares, las opciones de tratamiento limitadas, los 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.

Aun en esta fase de la esterilidad, la pareja todavía es vulnerable a cualquier tipo de comentarios que giren en torno a su padecimiento, se van generando sentimientos de dependencia 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 hacia su padecimiento somático hacia su experiencia de vivirse como infértiles (Holmes, 1987; Morales, 1995).

La agresión, ya sea expresada o reprimida, tiene efectos significativos en el individuo y en su relación con los otros. La ira interna puede reprimirse porque no hay alguien a quién culpar, puede manifestarse como dificultades en las relaciones y éstas pueden irse acumulando hasta que se manifiestan de forma abierta con la pareja, la familia, los amigos o las personas significativas de su entorno.

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. Con frecuencia se van generando sentimientos de inadaptación, crece una sensación que les hace sentir que no pertenecen a la sociedad o que tuvieran cierta calidad diferente. Intentan poner distancia en sus relaciones sociales, en ocasiones no toleran conocer a los hijos de otras parejas, por lo que sienten más sano, no acudir a reuniones sociales, donde los temas principales son los adelantos de los hijos con respecto a su desarrollo.

Se ha observado en la experiencia clínica que cuando uno o ambos miembros de la pareja estéril revisan su propia historia o la de ambos, con frecuencia ubican un acto culpable por el cual están siendo castigados. Entre los hechos que con más frecuencia refieren está el aborto y las relaciones sexuales prematrimoniales, masturbación o el no deseo del hijo. La manera en que la pareja trata de resolver su culpa es, por ejemplo, a través de actos religiosos o de la aceptación de algunos tratamientos aun 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 (Morales, 1995).

Resolución, el proceso de aceptación de forma natural que requiere de que cada uno de los sentimientos mencionados anteriormente se reconozcan, se expresen y desde luego sean vencidos. Esto no significa que tales sentimientos hayan desaparecido, sino que pueden surgir ante eventos especiales, como cumpleaños de hijos de familiares y amigos, aniversarios de boda o por crisis nuevas y diferentes. Sin embargo, estos sentimientos pueden no ser tan difíciles o abrumadores como lo fueron, pero al no existir un objeto amoroso donde depositar todos esos afectos generados por la falta del hijo, no puede concluirse el duelo; por lo que para varias parejas se instalarán en los síntomas en forma crónica, conforme se limiten sus opciones reales de lograr un hijo propio. En esta fase se corre el riesgo de que las emociones tomen forma mediante la separación de la pareja, cuando no se tienen opciones viables para ellos. Con frecuencia es en esta última etapa cuando la pareja que ha perdido la esperanza de tener un hijo vivo, es capaz de buscar otras alternativas como la inseminación artificial.

La infertilidad 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. Es común observar esto 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, medicación frecuente,

reacciones secundarias al medicamento, control estricto del tiempo y estrategias de afrontamiento deficientes.

La manera en la que estas pacientes se enfrentan a su esterilidad está invadida de una cadena de fracasos y frustraciones y utilizan otros recursos como la fantasía, las conductas compulsivas, los síntomas físicos, el aislamiento y la conducta agresiva (Morales, 1995).

El impacto de saberse estéril en la mujer provoca grandes conflictos, ya que culturalmente desde la niñez se le va introyectando el papel de madre a través de juegos y modelos, y a lo largo de su vida éste se ve reforzado como parte inherente de las funciones de una mujer con un desarrollo normal y pleno.

La maternidad aún se ejerce dentro de la familia y el rol maternal de las mujeres ha ganado en significación psicológica e ideológica y se ha convertido en el principal definidor de su vida (Chodorow, 1984). Ante la sociedad la identidad femenina mantiene separadas dos cualidades o características que son la maternidad, la procreación y la sexualidad (Berg, Wilson, Weingartner, 1991).

Reforzando este argumento se encontró que en una investigación realizada por Lalos y Lalos (1985) sobre el deseo de tener hijos, todas las respuestas obtenidas se conformaron en cuatro grandes grupos, siendo uno de ellos el de los motivos denominados "filosóficos", en el cual las mujeres manifiestan sus deseos de inmortalidad a través de sus hijos y el cumplimiento de la capacidad que Dios otorga para autorreproducirse.

Por otra parte, en esta misma investigación se reportó como motivos intrapsíquicos hacia la maternidad la confirmación de la propia identidad sexual, la posibilidad de reexperimentar a través de los hijos la propia infancia, la posibilidad de entender e identificarse con los propios padres, la maternidad vista como símbolo de independencia y el ver al hijo como un intento de reemplazar a otra persona importante.

Identificar esta dinámica permite entender por qué las necesidades insatisfechas a menudo desempeñan un papel de discusión en el deseo de tener hijos. El hecho de considerar a los hijos como una prolongación del propio ser, implica que, en cierta medida, lo que le suceda al hijo, también le sucederá a la madre (Hunt, 1993).

Las mujeres que no tuvieron madres afectuosas y protectoras durante la infancia, esperan con la llegada de un hijo convertirse en madres afectuosas y protectoras, es decir, ser mejores que sus madres. Como si este hecho les permitiera la experiencia de "la buena madre" que les faltó en la niñez.

La función reproductiva puede analizarse desde la psicología gestáltica, como parte de la noción de cuerpo vivido (Aisenson 1989). Dicha noción se refiere al hecho de conceder al cuerpo un rango competente esencial de la personalidad y las manifestaciones humanas; es decir, que a partir de las vivencias del propio cuerpo, se establece una correlación entre hombre y mundo. De tal forma que una persona es una "presencia en el mundo", gracias a su cuerpo y, dependiendo de la percepción que ésta tenga de sí misma, fincará las relaciones de su medio circundante.

Así, el propio cuerpo puede sentirse como débil o potente, como atractivo o carente de gracia, como sexualmente más o menos diferenciado, puede exaltarnos y disminuirnos, y de tal forma inspirar vanidad o vergüenza, seguridad o indefensión, respeto o repugnancia, e influye, por tanto, en las actividades generales de cada uno. A su vez, éstas lo afectan y contribuyen por todo ello a determinar importantes decisiones individuales, aunque pocas veces se toma conciencia de esta influencia.

Ahora bien, Aisenson (1989) comenta la importancia de valorizar al cuerpo y sus funciones en proporción adecuada, ya que tomar una postura extrema de otorgar al cuerpo una valoración suprema sólo conduciría a una apertura y concepción del propio ser limitadas.

Si bien la definición de la mujer adulta como madre está muy arraigada en el psiquismo femenino, la cuestión de la identidad se fundamenta en autoperibirse con muchas posibilidades diferentes de ser y valorarse.

Una vez establecido lo anterior, se hace evidente que en nuestra cultura "la construcción de la identidad femenina, centrada en la maternidad, en la capacidad para relacionarse con otros, en el ser y vivir para otros, tiene consecuencias decisivas para la autoestima, la valoración y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actúa en su propio beneficio, en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar" (Szassz, 1993, 1994).

2. GÉNERO

Desde que se inicia el trabajo con el concepto de género se van manifestando diferentes enfoques; sin embargo, existen elementos que comparten los teóricos del género,. Entre ellos: el concepto sexo remite a una realidad biológica, nacen mujeres u hombres, mientras que género se describe como un componente psicológico integrado por rasgos cognoscitivos, motivacionales o comportamentales que configuran una idea (Díaz, Rivera y Sánchez,. 1994).

Para entender cómo se forma el género y sus procesos, es necesario primero definirlo como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social (Benería, 1984).

El concepto de género tiene tres vertientes que son: el papel, los estereotipos y el comportamiento, según Lara (1993). El papel de género se refiere a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para varones y mujeres. Los estereotipos se refieren a la creencia, expectativas y atribuciones sobre cómo es y cómo se comporta cada sexo. El comportamiento asociado al género establece las manifestaciones conjuntas de papales y estereotipos con otros rasgos de la personalidad, habilidades, percepciones y creencias sobre uno mismo como varón o mujer.

Al momento del nacimiento se asigna el género a partir de la diferencia biológica y, posteriormente, mediante la educación y la socialización que enseñan todas las conductas propias de cada sexo. De toda esta transmisión se encarga la familia, la educación escolarizada y no escolarizada, la religión y los medios masivos de comunicación (Bustos, 1994).

Con base en estos conceptos, se ha realizado investigación que evidencia que las mujeres construyen su identidad de una forma derivada, es decir, con excesiva dependencia hacia los otros roles de significación y de sus principales roles (esposa y madre); es común observar que muchas de ellas adquieren significación a partir de

otros (marido e hijos), presentar esta condición hace que la autoestima sea más vulnerable con respecto a las personas del sexo masculino. Puede ocurrir que las mujeres, al conceder prioridad al cumplimiento de estas obligaciones asociadas a los diferentes roles desempeñados, se despreocupen en cierta medida de "sí mismas", lo cual puede ir en detrimento de su bienestar psicológico (Ochotorena y Gómez, 1990).

No sólo se han reportado depresión y ansiedad en las etapas de vida de la mujer, sino que una variedad de trastornos psicosomáticos se ha asociado a diversos procesos del ciclo reproductivo. Desde tensión, irritabilidad y malestar leve hasta depresión profunda y psicosis, mismos que se han asociado con la menstruación, embarazo, posparto y climaterio (Lara, 1995). Con frecuencia se ve relacionada la patología femenina al rol reproductivo, se atribuye inestabilidad emocional por los cambios que se dan a lo largo de la vida de la mujer y de sus diferentes etapas. Es un campo que requiere grandes contribuciones, en primer lugar, por ser un área fértil para la sobreinterpretación biológica (Lara, 1995).

Tanto los síntomas depresivos como la depresión se encuentran con mayor frecuencia en mujeres que en varones, los resultados sobre las relaciones entre papeles de género y depresión indican que las mujeres que muestran altas calificaciones en femineidad y bajas en masculinidad se asocian con depresión; por el contrario, se han comunicado correlaciones negativas entre femineidad y masculinidad y depresión; en el caso de los varones se han encontrado relaciones similares altas calificaciones en femineidad y bajas en masculinidad asociadas con depresión, pero también altas calificaciones en masculinidad asociadas con depresión (Lara, Medina y Gutiérrez, 1988).

Asumiendo el hecho de que las tasas de sintomatología y trastornos depresivos son superiores entre las mujeres, la cuestión fundamental a resolver es la identificación de aquellos factores psicológicos y sociales que se asocian al rol sexual femenino para facilitar este dato epidemiológico (Ochotorena y Gómez, 1990). Es bien conocido que las características masculinas y femeninas no sólo están relacionadas con variables sociodemográficas, sino también con variables culturales (Lara, Medina y Gutiérrez, 1988). Es necesario explorar el efecto conjunto no sólo de las variables

sociodemográficas, sino de las clínicas en la sintomatología depresiva, lo importante será reconocer qué variables poseen mayor importancia cuando se explica la sintomatología tanto depresiva como ansiosa.

Se puede decir que la adopción de aspectos socialmente deseables propios del género, son importantes productores de salud mental, sin excluir los del sexo opuesto, sino más bien en conjunción con ellos. Los aspectos no deseables socialmente se relacionan con conductas menos adaptativas en ambos sexos (Lara, 1993).

Masculinidad-Femineidad

¿Qué es lo femenino y lo masculino? probablemente las respuestas al respecto continuarán en el debate, sin embargo, no se puede dejar de lado el partir de lo biológico o lo social para generar una serie de investigaciones en torno a estos enfoques y originar conocimiento; las últimas disciplinas en abordar ambas perspectivas son la psicología y la sociología, con sus aportes han generado valiosas conclusiones para su entendimiento.

En psicología, el género y el rol de género son uno de los conceptos más estudiados en fechas recientes, desde luego más controvertidos, como lo muestra Burin (1999), Díaz (1994), Lara (1993, 1988, 1995), Lamas (1994) y Meler, (1999), entre otros. Por lo anterior es necesario definirlos. La masculinidad y la femineidad se entienden como aquellos rasgos de la personalidad que diferencian a los hombres de las mujeres. Desde la antigüedad ya estaban definidas las características de lo masculino y lo femenino. Los chinos, por ejemplo, los definían como el principio Yang y el principio Yin: el primero por ser el principio energético dinámico y asertivo, fácilmente creativo, activo y que fructifica, agresivamente combativo y destructivo, extrovertido e impulsivo, pero también disciplinado; el segundo por ser pasivo y contenedor, involucrado esencialmente con la gestación, sacando luz de la oscuridad e introvertido.

En forma reciente se han dado descripciones acerca de los distintos roles. Las características masculinas son las denominadas instrumentales, las que van dirigidas a

una acción, así como aquellas orientadas hacia metas, maduras, reflexivas, capaces de planear, funcionan como líderes, entre otras muchas. En la mujer vemos que las características deseables son: alegre, tierna, dulce, cooperadora, y que le gusten los niños. (Lara, 1991).

Sin embargo, la asunción del rol masculino en forma rígida lleva a los hombres a restringir sus expresiones emocionales, con dificultades en el manejo de sus sentimientos, llegando incluso a impedir que los demás los expresen, basan sus relaciones interpersonales en el control, el poder y la competencia, tratando de mantener a los demás bajo su control; por otro lado, los rasgos femeninos se describen como las características denominadas de relación, así como la necesidad de involucrarse con los demás, más con las ideas y encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción; pasivas, dóciles, expresivas, protectoras, orientadas a la crianza. Además, cuando la mujer tiene un apego excesivo a su rol, puede haber poca conciencia sobre ella misma, teniendo con frecuencia las metas del matrimonio y la maternidad, pues lo consideran su destino, sin posibilidad de elegir, ya que se considera limitada en su independencia, en su poder de decisión y en su autosuficiencia. Sin embargo, los varones pueden tener características femeninas o viceversa, ya que estos aspectos son predominantes en uno y otro sexo. En el concepto tradicional los hombres y las mujeres deberían tener bien delimitadas estas características, pensando que esto los haría más ajustados y mentalmente más sanos (Lara, 1993).

El machismo en el hombre y la sumisión en la mujer o síndrome de mujer sufrida, son características en el rol de género socialmente aceptadas y apoyadas aunque poco deseables (Lara, 1991), forman parte de la masculinidad y femineidad, pero influyen de forma negativa en distintas áreas de las personas, entre ellas el desarrollo de la sexualidad. El machismo puede describirse como el culto a la virilidad, lo cual se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual hacia la mujer. El macho muestra inflexibilidad, tozudez e intransigencia, desde luego es relevante mostrar su potencia sexual, su masculinidad y su capacidad para tener hijos, provocándole mucha ansiedad cuando falla en alguno de estos aspectos. Respecto a la

sumisión de la mujer, se observa una necesidad exagerada por demostrar su gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad de soportar el sufrimiento, el cual no evita sino que lo exhibe; asimismo, muestra dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón. La cultura marca a los seres humanos con el género y éste marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso y lo cotidiano. (Lamas, 1994).

En estudios realizados en México acerca de los aspectos relacionados con la masculinidad y la femineidad, el machismo y la sumisión se ha encontrado que en distintos subgrupos sociales de bajos ingresos hay una mayor acentuación del machismo y de la sumisión, con las características de ser familias numerosas y de bajo nivel educativo: en estos subgrupos el varón trabaja fuera de la casa fungiendo como proveedor y la mujeres básicamente se dedican al hogar, aunque es común que se dediquen a un trabajo "adicional" para ayudar a sostener el hogar. En el subgrupo de ingresos medios y altos se han encontrado mayores cambios en cuanto a los papeles tradicionales: en el grupo de mayores ingresos se ha reportado que la mujer, paulatinamente, se ha involucrado cada vez más en actividades diferentes a las del hogar, pues tiene un mayor nivel educativo y las posibilidades de contar con ayuda doméstica, lo que le ha permitido una participación dentro del ámbito social y la oportunidad de realización profesional (Torres, 1989, citado en Lara, 1991). Respecto a las familias con menor ingreso que las anteriores los cambios han sido más condicionados, la participación masculina en las tareas domésticas es pobre, lo que complica a la mujer la posibilidad de ascender profesionalmente, sobretodo si no cuenta con los recursos para pagar ayuda doméstica (Blanco, 1989, citado en Lara, 1991).

En cuanto a los rasgos de personalidad de las mujeres asociados al género, se concluyó que aspectos negativos como el comportamiento pasivo, el sumiso y el dependiente, se relacionan con mayor frecuencia con síntomas depresivos y neuroticismo. (Lara 1991).

3. AUTOESTIMA

En muchos casos la autoestima en las mujeres se ve afectada por la sensación de no estar completas o de ser menos femeninas, y con frecuencia existen en ellas sentimientos de injusticia. El incremento de la autoestima en la mujer se ve enmarcado por logros personales, profesionales, familiares, intelectuales, estos referentes empiezan a perder sentido cuando al percatarse de que no puede tener hijos: para las pacientes la vida pierde sentido y el entusiasmo por actividades que anteriormente le eran satisfactorias (Carreño, 1994). El concepto de valía propia tiene su fundamento en pensamientos, sentimientos y sensaciones sumadas a lo largo del desarrollo de la historia personal, el concepto de autoestima se desarrolla al inicio de la infancia, pasando por diversas etapas hasta lograr su integración, el resultado total es una sensación generalizada de valía o incapacidad.

Diferentes autores han estudiado la autoestima, se teoriza acerca de cómo se construye y qué eventos de la vida pueden afectarla o si existe diferencia entre los géneros. Hunt (1993) define a la autoestima como: "El nivel global de consideraciones que uno tiene de sí mismo como persona". Por otro lado, Brodbar (1980) plantea que la autoestima global se concibe como: "Un juicio evaluativo contando lo negativo con lo positivo, que es aplicado al mas alto nivel de autoconocimiento". Hacia finales de la década de 1970, Rosenberg (1979) menciona que la autoestima de forma global puede distinguirse en un campo específico de la evaluación de uno mismo, cada campo particular de evaluación está típicamente incluido en medidas de autoconcepto, al cual define como: "La totalidad de pensamientos sentimientos individuales, teniéndose a sí mismo como referencia, como un objeto". Definiciones más recientes de Aguilar y Berganza (1996) definen a la autoestima como "el sentido de autoevaluación multidimensional que una persona experimenta en las diferentes áreas de su vida". A pesar de las nuevas aportaciones al campo de la autoestima, ésta mantiene elementos de la definición que hace Coopersmith (1967, citado en Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993), la cual define como "El juicio de valía que es expresado en las actitudes

que el individuo toma hacia sí mismo: Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conductas manifiestas”.

En forma reciente, cuando se habla de autoestima la correlacionan con la variable género. Kling y Shibley (1999) apoyan la postura de que existen diferencias de autoestima de acuerdo con el género. En concordancia con esta postura, autores como Dayley, (1991, citado en Aguilar y Verganza, 1996) refieren que las niñas pierden su autoestima en el camino a la adolescencia. Ésta se encuentra relacionada con las investigaciones de Feingold (1994), quien pone énfasis en lo cultural como modelo explicativo, partiendo de la importancia que tiene la apariencia física tanto en las niñas como en las mujeres, en donde se destaca este aspecto para la construcción de la autoestima, sin dejar de tomar en cuenta la percepción del propio atractivo que está relacionado con la misma, tanto en mujeres como en hombres.

Aunque las jóvenes y mujeres consistentemente reportan una mayor insatisfacción con la apariencia de su cuerpo que los hombres, esta importancia hacia el peso y la apariencia pueden ser más impactante en la autoestima de las niñas que la de los niños, por la importancia que se da al atractivo físico (Allgood-Merten, 1990, citado en Cardenal, 1999) Este fenómeno se ha incrementado en los últimos 50 años (Feingold, 1994). La adolescencia, como se ha comentado con anterioridad, es determinante para la formación de la autoestima, tal y como lo han sugerido las investigaciones que proponen que en este período disminuye en las mujeres. (Feingold, 1994, Aguilar y Verganza, 1996, Cardenal 1999)

4. ASERTIVIDAD

Asertividad es un concepto que se ha estado trabajando desde hace 45 años aproximadamente; uno de los pioneros fue Wolpe (Citado en Flores, 1994), quien plantea que: "La conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad". La definición se ha ampliado con autores como Lazarus (1973), quien lo define como: "La habilidad de decir no, la habilidad para pedir favores y hacer, habilidad para expresar sentimientos positivos y negativos, para iniciar, continuar y terminar una conversación".

Otros autores como Alberti y Emmons (1980) consideran que es "la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse a sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros, la cual puede expresar directa y adecuadamente sus opiniones y sentimientos en situaciones sociales e interpersonales".

Jakubowski y Lange (1978) plantean cuatro tipos de conducta asertiva: básica, empática, escalar y confrontativa.

Básica

La expresión de asentar los derechos, las creencias y los sentimientos personales. La asertividad básica implica la expresión de afectos o aprecio hacia otra persona.

Empática

Se da cuando la persona quiere más que la simple expresión de sentimientos o necesidades y transmite sensibilidad a otra persona. Este tipo de asertividad implica la transmisión de reconocimiento de la situación o de los sentimientos de la persona.

Escalar

Implica comenzar con un mínimo de respuesta asertiva que puede que puede ir acompañada de emoción negativa y una posibilidad de consecuencias negativas.

Confrontativa

Cuando un mensaje asertivo es ignorado por una persona que se encuentra amenazando algunos de nuestros derechos, la respuesta asertiva debe incrementarse y ser firmes sin llegar a la agresión.

Componentes

Como concepto global se puede decir que independientemente del enfoque que se pueda dar el constructo global, éste implica: 1) defensa de los derechos; 2) la habilidad para iniciar, terminar o continuar conversando en las relaciones interpersonales; 3) la iniciativa para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades; 4) la habilidad para resistir presión grupal o individual y 5) liderazgo, dirección e influencia en otros (Flores, 1994).

La asertividad en forma explicativa se ha dividido en cuatro formas para que la gente exprese la conducta y son:

Indirecta

La habilidad del individuo de poder tener enfrentamientos directos, es decir cara a cara, con otras personas ya sean familiares o amigos, llevándolo por tanto a expresar sus opiniones, necesidades y sentimientos por medio de cartas, teléfono, etc.

Situaciones cotidianas

La habilidad que tiene el individuo para hacer valer sus derechos en situaciones de la vida cotidiana o de consumo, principalmente con personas desconocidas y en algunas ocasiones con familiares y amigos.

No Asertividad

La incapacidad del individuo para expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos de decir no, de negarse a realizar una actividad.

Por medios indirectos

Es decir, que existen personas que son asertivas pero sólo si no tienen que enfrentarse cara a cara con las personas o situaciones de conflicto (Flores, 1994).

Otro aspecto importante y analizado fue la asociación existente entre estos factores y el locus de control, en donde se observó que los sujetos no asertivos son personas que piensan que el foco de control de su vida está en el exterior y lo explican de diversas maneras, como el que está regido por el fatalismo o la mala suerte o por un castigo cósmico, o por la efectividad en sus relaciones interpersonales: este mismo patrón se observó en las personas con asertividad indirecta. En cambio, en las personas con asertividad en situaciones cotidianas, que son capaces de hacer valer sus derechos, el locus de control de sus vidas es interno.

También se puede señalar que la asertividad no es una característica o rasgo aislado de la personalidad, sino que interactúa dentro de un contexto sociocultural determinado, de ahí que la conducta asertiva pueda tener efectos distintos dependiendo de la cultura, pudiendo ser deseable o no, por lo que en un adecuado entrenamiento siempre hay que tomar en cuenta el contexto cultural. Tal como lo refieren Rees y Graham (1991), el concepto de asertividad no es universal; para definirla y aplicar un entrenamiento asertivo siempre hay que tomar en cuenta: 1) la cultura y la subcultura, sus formas de concebir la asertividad y de socializarla; 2) la asertividad es un concepto multidimensional que tiene un número diferente de dimensiones y factores, y 3) la asertividad está determinada por aspectos situacionales e interactúa con variables sociodemográficas de los sujetos.

El entrenamiento asertivo menciona varias habilidades que pueden adquirirse y su aplicación puede ser de ayuda para determinadas situaciones o pacientes como técnica complementaria y de apoyo en tratamientos de psicoterapia, para resolver problemas concretos como el manejo de la ansiedad, tal como lo muestra una investigación realizada en 1997 en el Centro Médico de la Universidad de Indiana, Estados Unidos. Aschen introdujo ese tipo de entrenamiento en pacientes psiquiátricos utilizando un

diseño de cuatro grupos de Solomon, los resultados mostraron que los pacientes que recibieron ese tipo de entrenamiento tuvieron una reducción en los niveles de ansiedad. Para desarrollar la asertividad son importantes las técnicas verbales, ya que el entrenamiento asertivo ayuda a mantener una autoestima alta, además de que permite conocer que tanto la conducta agresiva como la pasiva no sirven para conocer los objetivos deseados.

En resumen se puede decir que la asertividad es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias y necesidades, opiniones positivas y negativas, así como también del establecimiento de límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social. Esta última se entiende como: a) las relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos; b) las relaciones afectuosas donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, pareja y amigos y c) la relación educativo-laboral en donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado (Flores, 1994).

Desde principios de los años 1980 se habla de que la asertividad y la autoestima tienen correlación, en este sentido varios autores hacen referencia a dicha asociación. Para Fernsterheim y Baer (1993) la asertividad es igual a la autoestima. Ellos parten de que lo que hace una persona sirve como base para el concepto de sí misma, por lo que mientras más defiende sus derechos y actúe de modo que se respete a sí misma mayor será la autoestima.

Las personas no asertivas tienen baja autoestima, lo cual genera ansiedad en situaciones sociales que las llevan a no expresar sus sentimientos y a dejar que otros tomen ventaja de ellos (Alberti y Emmons, 1980)

Petrie y Rotheram (1982) mencionan que la asertividad y la autoestima están relacionadas con el estrés. Es decir, personas con alta autoestima y muy asertivas están poco estresadas.

La literatura existente sobre la asertividad señala que ésta se da como un componente multifactorial y de una interacción entre variables internas y externas, tomando como elementos fundamentales variables como la edad, escolaridad, género, estado civil, entre otras, para explicarla.

5. MÉTODO

Planteamiento del problema

Estudios que se han realizado en el Instituto Nacional de Perinatología indican que existe un riesgo asociado con depresión y ansiedad cuando una persona presenta esterilidad (Carreño, Morales, Aldana y Flores, 2000; Castelazo, Morales y Carreño, 1999; Carreño, Bustos y Morales, 1997). La esterilidad provoca respuestas de depresión y ansiedad en 10 a 20 % de las mujeres que la padecen (Carreño, 1994), pero éstas están matizadas a partir de la identidad de género, la asertividad y la autoestima que la mujer ha manifestado a lo largo de su desarrollo, independientemente de su problemática médica. De esto se presenta una interrogante que nos permite plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Que componentes del rol de género, dimensión de la asertividad y nivel de autoestima pueden predecir la manifestación de síntomas de depresión y/o ansiedad en mujeres estériles?

Objetivo general

El objetivo de este trabajo es indagar qué componentes del rol de género, de la asertividad y la autoestima pueden predecir las manifestaciones de depresión y ansiedad en mujeres con padecimientos de esterilidad.

Objetivos específicos

1. Establecer factores de riesgo para depresión y/o ansiedad en mujeres con problemática de esterilidad.
2. Identificar qué papel juega la autoestima asociada con el rol de género y la asertividad cuando las mujeres presentan sintomatología depresiva y /o ansiosa.

3. Establecer si alguna orientación del rol de género (masculino, femenino, machismo y sumisión) favorece la manifestación de síntomas de depresión y ansiedad.
4. Establecer que dimensión de la asertividad están asociadas a la presencia de depresión o ansiedad.
5. Generar estrategias de atención en mujeres con padecimiento de esterilidad que presentan sintomatología depresiva, manifestaciones de ansiedad, múltiples sentimientos de culpa, baja autoestima, entre otros, que permitan una detección oportuna así como su tratamiento.

Justificación

Ante el incremento de casos de esterilidad, tanto por su frecuencia como por su porcentaje (el cual va del 10 al 15%); (Bustos,1994. Rosenthal, 1993), se presenta la necesidad de dar respuesta a este porcentaje de la población; si se toma en cuenta que dicha tendencia va en aumento, el número de personas que presentará esta problemática será considerable.

Esto ha tratado de explicarse por una aparente disminución del deseo de tener un hijo, o bien existen parejas en edad reproductiva que con relativa frecuencia posponen los embarazos para edades más tardías, cuando la fertilidad empieza a declinar (después de los 30 años), existen otros factores como son las infecciones de transmisión sexual, trastornos de la alimentación, uso inadecuado de métodos anticonceptivos (Castelezo, Morales y Carreño, 1999), entre otros, que condicionan la fertilidad; lo que propicia que la demanda de atención por problemas emocionales en relación con la dificultad en la vida reproductiva se vea incrementado. Por lo anterior se hace necesario encontrar alternativas que permitan cubrir esta demanda de forma oportuna. Ante esto es importante el poder predecir qué paciente puede presentar sintomatología de depresión o ansiedad cuando no se logra la meta del embarazo.

HIPÓTESIS

Hipótesis conceptual

El rol de género, la dimensión de asertividad y el nivel de autoestima son predictores importantes para la manifestación de sintomatología tanto depresiva como ansiosa en mujeres que presentan el padecimiento de esterilidad.

Hipótesis de trabajo

Existen factores de riesgo para tener manifestaciones de depresión y ansiedad, dependiendo del rol de género (machismo y sumisión) o la dimensión de asertividad (no asertividad o asertividad en situaciones cotidianas e indirecta) y el nivel bajo de autoestima, independientemente de la situación de esterilidad en mujeres.

Hipótesis estadísticas

Alternativa

H1 Existen riesgo significativo en la manifestación de depresión y ansiedad cuando las mujeres asumen preferentemente el rol de género de sumisión o machismo independiente de la esterilidad.

H2 La dimensión de asertividad es una adecuada forma de predecir riesgo cuando se presentan síntomas de depresión o ansiedad con respecto a las que no tienen esta sintomatología, independientemente del padecimiento de la esterilidad.

H3 La autoestima puede pronosticar por sí misma un alto porcentaje de riesgo en sintomatología depresiva o ansiosa, independientemente de la esterilidad primaria o secundaria.

H4 Las mujeres estériles que manifiesten el rol de género de femenino o masculino, autoconcepto alto y asertividad en situaciones cotidianas no manifiestan depresión y ansiedad.

Nula

H1 No existe riesgo significativo en la manifestación de depresión y ansiedad cuando las mujeres asumen preferentemente el rol de género de sumisión o machismo, independiente de la esterilidad.

H2 La dimensión de asertividad no es una forma adecuada de predecir riesgo cuando se presentan síntomas de depresión o ansiedad, con respecto a las mujeres que no tienen esta sintomatología, independientemente del padecimiento de la esterilidad.

H3 La autoestima no puede pronosticar por sí misma un alto porcentaje de riesgo en sintomatología depresiva o ansiosa independientemente de la esterilidad primaria o secundaria.

H4 Las mujeres estériles que manifiesten el rol de género de femenino o masculino, autoconcepto alto y asertividad en situaciones cotidianas tienen síntomas de depresión y ansiedad como consecuencia de la esterilidad.

DISEÑO

Para la presente investigación se realizará un estudio ex–post–facto, confirmatorio, comparativo, correlacional, transversal, de una sola muestra dividida en dos grupos de observaciones independientes.

Variable atributiva

Esterilidad.

Definición conceptual

Se considera esterilidad a la incapacidad en las mujeres para concebir con pareja, relaciones sexuales frecuentes, sin control contraceptivo, en exposición por un lapso mínimo de un año (INPer, 1990).

Esterilidad o infertilidad primaria:

Mujer que en ninguna ocasión ha logrado el embarazo.

Esterilidad o infertilidad secundaria:

Paciente que ha logrado el embarazo en una ocasión y puede o no tener al menos un hijo vivo.

Definición operacional

Mujeres que estén dentro de las clínicas de esterilidad o de reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología bajo tratamiento para lograr un embarazo y diagnosticadas como estériles por ginecólogos de las clínicas.

Variable independiente

Rol de género.

Definición conceptual

Rol de género son aquellos factores que son exclusivos del varón o la mujer, lo que lo diferencia y los hace sujetos de estudios independientes y que va más allá del aspecto biológico (Lara, 1993).

Definición operacional

Respuestas del sujeto que se van a medir a través del Inventario de Masculinidad y Femenidad (Lara, 1993).

Asertividad

Definición conceptual

Es la habilidad verbal de expresar deseos, creencias, necesidades, opiniones tanto positivas como negativas, así como el establecimiento de los límites de manera honesta y oportuna, respetándose a sí mismo como individuo y a los demás durante la interacción social (Flores, 1994).

Definición operacional

Son las respuestas del individuo medidas a través de la Escala Multidimensional de Asertividad (Flores, 1994).

Autoestima

Definición conceptual

Es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta (Coopersmith, 1967, citado en Lara, Verduzco, Acevedo, y Cortés, 1993)

Definición operacional

Para determinar el nivel de autoestima se aplicará el instrumento de Coopersmith (1967) y se tomarán en cuenta las respuestas dadas por el sujeto para ubicarlo en su nivel de autoestima según los parámetros de la prueba.

Variables dependientes

Definición conceptual

Depresión

Trastorno emocional con una distorsión cognitiva que se manifiesta principalmente por pesimismo, tristeza profunda, abatimiento, insatisfacción, falta de concentración, alteración del peso y del sueño, alteración o enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte recurrente o ideas o intentos de suicidio (APA;1994). Manifestado al momento de la aplicación del instrumento de medición.

Definición operacional

Respuestas que el sujeto da al instrumento para medir depresión (Zung, 1991)

Ansiedad

Definición Conceptual

Trastorno emocional que se manifiesta principalmente por falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo, mareo, sensación de inestabilidad, de pérdida de conciencia, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), temblor o sacudidas, sudoración, molestias abdominales, parestesias, escalofríos, miedo a morir o perder el control (APA, 1994); *manifestado al momento de la aplicación del instrumento de medición.*

Definición operacional

Respuestas que el sujeto da al instrumento de Ansiedad–Rasgo y Ansiedad–estado (IDARE); (Spielberg, Martínez, González, y. Díaz, G. 1980).

Unidades de observación

Las unidades de observación son mujeres estériles con distintos periodos de evolución del padecimiento (1 a 20 años) tanto de esterilidad primaria como secundaria.

Población

La población estuvo conformada por pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, la cual es una institución de salud de tercer nivel de atención, mujeres que acuden al instituto para su atención por un problema relacionado con vida reproductiva. En el INPer se atienden problemas de infertilidad y esterilidad con un promedio de 1026 nuevas pacientes al año.

Muestra

Mediante el programa para calcular muestra SAMPLE se procedió a establecer el número representativo para la investigación a partir de 1026 ingresos al instituto que se tienen al año para tratamiento por esterilidad (INPer, 1999), con un parámetro de estimación del 20 %, que representa el nivel máximo en el que se presenta la problemática depresiva y ansiosa en población estéril, con un nivel de confianza de .05; el procedimiento arrojó n requerida de 240 mujeres que cumplan los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, estar dentro de la clínicas de esterilidad o reproducción asistida, con diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria, de acuerdo con los criterios médicos del INPer, distintos periodos de evolución de la esterilidad (1 a 20 años), escolaridad mínima primaria, edad de 19 a 42 años, sin padecimientos psiquiátricos observados clínicamente.

INSTRUMENTOS

Inventario de masculinidad feminidad (IMAFE)

Esté instrumento realizado por Lara (1993) es una escala de 60 reactivos con 7 opciones de respuesta tipo Likert. El objetivo para el diseño de un instrumento con estas características fue que pudiera medir de forma confiable y valida en población mexicana, características femeninas y masculinas de la personalidad basada en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana, incluyendo los de machismo y sumisión. Se centran en características de la personalidad que de manera más sobresaliente se atribuyen al varón o a la mujer, es decir mide los rasgos de personalidad asociados al género. Para su construcción los reactivos fueron tomados de dos fuentes del inventario de papeles sexuales de Bem (1974, citado en Flores, 1988) (BSRI) el cual consta de tres escalas: Masculina, femenina y deseabilidad social, midiendo rasgos de la personalidad considerados como deseables para el varón y la mujer estadounidense. La segunda de reactivos diseñados específicamente con base en rasgos y estereotipos comunes en México comunicados en la literatura y en los estudios de papel de género (Lara, 1993).

De estos estereotipos se seleccionaron 58 reactivos que eran los que no se traslapaban con los reactivos BSRI, se dividieron en cuatro escalas: masculino positiva, femenino positiva. En términos generales, el instrumento probado en población de distintas características, con una muestra de 1301 sujetos fue sometido a dos procedimientos estadísticos de correlación y análisis factorial, en donde ambas pruebas mostraron tener una alta consistencia interna, así como validez y confiabilidad, para poder evaluar a las personas con las cuatro escalas resultantes del análisis factorial, masculino, femenino, machismo y sumisión.

Inventario de autoestima de Coopersmith. En 1993 se realiza la traducción y estandarización para la población mexicana, se aplicó a una muestra de 411 personas,

211 mujeres y 200 hombres, de una amplia gama de ambientes laborales con edades de 17 a 51 años, de la ciudad de México. La validez de constructo se estudió evaluando el poder de discriminación de los reactivos entre sujetos con puntuaciones altas y aquellos con puntuaciones bajas, usando la prueba T. Los resultados les mostraron diferencias significativas en todos los reactivos ($p = .05$), con lo que respecta a la validez concurrente se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostró según lo esperado, correlaciones negativas entre la autoestima y algunas de las escalas del inventario multifásico de Personalidad (MMPI).

El coeficiente de confiabilidad encontrada mediante el Alfa de Cronbach fue de 0.81. Con lo que respecta al sexo no se encontraron diferencias significativas, al analizar los resultados con la variable edad se encontraron diferencias significativas, siendo el grupo de 51 años o más los que obtuvieron la media más baja con respecto a los grupos estudiados; cuando se analizó la variable estado civil sólo en los hombres se encontraron diferencias significativas, el menor puntaje correspondió a los divorciados y los viudos. Cuando se analiza escolaridad se encontraron diferencias tanto en hombres como en mujeres se encontró una relación directamente proporcional entre la escolaridad y los puntajes de autoestima, la variable ocupación mostró puntajes altos para profesionistas y bajos para obreros y campesinos. La investigación mostró que el instrumento tiene validez y confiabilidad adecuada para la población mexicana estudiada (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés 1993).

Asertividad. Flores (1994) con el objetivo de elaborar un instrumento con el que se pudiera medir la asertividad en población mexicana, tradujo del inglés la prueba de Asertividad de Rathus (RAS). Este instrumento se toma como punto de partida por ser el más utilizado en distintos países; esta primera versión fue aplicada a una muestra de 350 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante la utilización del análisis factorial tipo PA2 Varimax, con el que se encontraron tres factores que explicaban 67 % de la varianza total acumulada después de la rotación. Los factores encontrados fueron: no asertividad, asertividad por medios indirectos y asertividad en situaciones cotidianas; las dimensiones de la prueba original

no se mantuvieron en la cultura mexicana con lo que aparecieron nuevas formas de conceptualizar la asertividad, con las escalas originales la asertividad fue baja por lo que se realizó un segundo estudio en el cual se incorporaron nuevos reactivos en cada una de las escalas y se aplicaron a una muestra de 398 sujetos de diversas instituciones publicas y privadas. Los datos encontrados en el análisis factorial PA2 Varimax señala que las dimensiones se agruparán de la misma manera que se dieron en el estudio piloto, los coeficientes de consistencia interna fueron altos. Se observaron diferencias significativas en el factor de asertividad en situaciones cotidianas entre mujeres y hombres, siendo más asertivos los hombres, existió una correlación significativa entre la escolaridad y no asertividad por medios indirectos (Flores, Díaz y Rivera, 1988).

Se realizó un segundo estudio que tuvo como objetivo evaluar el significado semántico de la asertividad, elaborar una escala multidimensional, determinar la validez concurrente y discriminante de la escala y relacionarla con el autoconcepto, el locus de control y la orientación al logro. Participaron en total 1883 sujetos, de los cuales 926 fueron hombres y 957 mujeres, divididos por edad y nivel de escolaridad.

En la primera fase del estudio encontraron que el significado semántico de la asertividad es denotativo y negativo dentro de la cultura mexicana. La segunda fase se desarrolló con base en estos resultados, así como también en estudios previos. Flores, Díaz y Rivera, (1988) elaboraron una escala multidimensional de asertividad para estudiantes y otra para empleados debido a que el constructo depende del contexto situacional. Realizaron el análisis factorial para obtener la validez de constructo y la consistencia interna de los factores para cada una de las escalas. Los resultados obtenidos para estudiantes revelan cinco dimensiones y para la escala de empleados resultaron tres dimensiones, que son las utilizadas a lo largo de este trabajo: Asertividad indirecta (.88) en situaciones cotidianas (.80) y no asertividad (.75). Por último se realizó la correlación entre factores, los resultados evidenciaron la validez concurrente y discriminante de la misma. Observaron que las personas asertivas son personas con autoconcepto positivo, locus de control interno, orientadas hacia el trabajo y la competencia.

Idare. La ansiedad estado (A-Estado) se conceptualiza como una condición o un estado emocional transitorio del organismo del ser humano, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. La ansiedad (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, a la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la A-Rasgo (Spielberg). Con estos supuestos teóricos se construye la prueba en 1964, con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad estado como rasgo, de autoaplicación para grupos y de forma individual. El Instrumento (IDARE) se probó con 197 estudiantes universitarios 88 varones y 109 mujeres, en donde se intento conocer la confiabilidad y mediante el método test-retest se encontraron las correlaciones existentes entre una medición y otra. La escala de rasgo tuvo una correlación alta a la hora, a los 20 días, a los 104 días que iba de .88 en la primera hora, a los 20 días de .86, y los 104 de .73. Con lo que respecta a la escala estado tomando los mismos intervalos de tiempo la correlación no fue mayor de .54, el resto correlacionó alrededor de .33, se tenían previstas las correlaciones bajas en la escala, ya que esto responde a la influencia de factores situacionales.

La validez se buscó a través de la correlación de otras escalas de ansiedad como: IPAT (Cattell and Sélter, 1963), TMAS (Taylor, 1963), Adjetivos afectivos (Zuckerman, 1960), CAL (citados en Spielberger, Martínez, González, Natalicio y Díaz, 1980) con la última escala correlacionó de forma moderada con .52 con las otras escalas. 75 y .80 respectivamente. Para la presente investigación se utilizarán las normas del instrumento normatizado para mujeres embarazadas (Morales y González, 1990). Se seleccionaron 109 mujeres embarazadas sin antecedentes de pérdida perinatal, violación, producto de incesto, solteras, psicosis, productos malformados, cardiopatías o diabetes, es decir que cursaban embarazo normal, todas ellas del Instituto Nacional de Perinatología. En esta normatización se incrementó en cinco puntos el estado, y en seis el rasgo, lo que resulta relevante para la detección más precisa de los rasgos estudiados en mujeres del Instituto.

Instrumento para medir depresión (EAMD). Con el objetivo de contar con un instrumento de fácil aplicación y calificación se creó la escala para medir depresión Zung (1991). La escala para la automedición de la depresión destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, posteriormente se realizaron revisiones en 1974, 1989 y 1991, sin variar en lo esencial las normas. El instrumento en su versión actual consta de 20 reactivos con cuatro opciones cada una, que van de nada o pocas veces, algunas veces, muchas veces y la mayoría de las veces o siempre; para su calificación el reactivo 1 se califica del 1 al 4 según la opción elegida, para el segundo se hace a la inversa, este modo de calificación se va alternando a lo largo de todos los reactivos, se suma la puntuación bruta y se hace la conversión y se compara con la puntuación estandarizada para ubicar a la persona dentro de las Impresiones Clínicas Equivalentes Globales (Índice SDS) y así poder hacer el diagnóstico clínico de depresión. La formulación de los reactivos se basaron en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y otros con desórdenes emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que manifiesta síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas "depresiones ocultas", economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de sondeo. Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de este modo pueden correlacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso actualmente.

Para efectos del presente trabajo se utilizarán las normas establecidas para mujeres embarazadas que acuden al Instituto Nacional de Perinatología. Para la normatización se realizó un muestreo no probabilístico de 109 mujeres que cumplieran los criterios de inclusión y que no hubieran presentado: pérdidas perinatales, violación, producto de incesto, cardiopatías o diabetes, solteras, psicosis, productos mal formados. Por otro lado, los criterios de inclusión tenían que ver con la escolaridad, primaria como mínimo, mayores de 20 y menores de 35 años, sin complicaciones en el embarazo actual. La

aplicación se realizó dentro de las primeras 20 semanas de gestación y el retest se llevó a cabo de la semana 31 a la 40, con un tiempo mínimo de tres meses entre las aplicaciones; se utilizó el test-retest para medir si existía alguna variación emocional entre estos dos períodos de gestación, sin encontrar diferencias significativas. Considerando la primera aplicación e independientemente de las semanas de gestación, se obtuvo una nueva media de 36.46 (+-) 7.91; lo que indican los autores es que al utilizar las normas originales las pacientes estaban sobrediagnosticadas, debido a una variación de cuatro puntos en bruto para alcanzar el punto de corte del instrumento (González y Morales, 1993).

PROCEDIMIENTO

A lo largo de tres años, a las pacientes que pasaban por cualquiera de las clínicas de esterilidad o reproducción asistida para su consulta se les invitaba a participar en dicha investigación; Una vez que aceptaban, firmaban el consentimiento informado, en donde se les explicaba que podían retirarse del estudio cuando lo consideraran conveniente, que el estudio no tendría costo alguno para ellas, y en caso de que la paciente requiriera de atención, ésta le sería proporcionada por el Departamento de Psicología sin cargo alguno. Una vez obtenido el consentimiento informado se procedió a la aplicación de los instrumentos, iniciando con los datos generales, el instrumento de género en segundo lugar y en tercero la prueba de asertividad, en cuarto la ansiedad estado-rasgo y en quinto depresión, y concluyendo con el cuestionario de autoestima. Todos los instrumentos fueron aplicados en el Departamento de Psicología por psicólogos entrenados para esta investigación. Cuando algunos datos de la ficha de identificación estuvieran incompletos se eliminaría de la muestra, cuando los instrumentos tuvieran más de cuatro reactivos sin contestar quedarían invalidados, si faltaba algún cuestionario se procedería a eliminar el caso.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

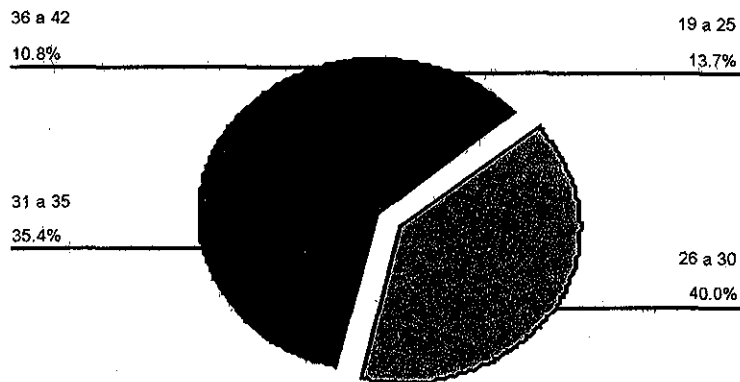
Con lo que respecta a los análisis estadísticos inicialmente los datos se someterían a medidas de resumen para la descripción de la muestra, tanto de variables sociodemográficas como clínicas, en un segundo momento se dio tratamiento a los datos mediante el análisis discriminante; en una tercera fase se utilizarían los datos de aquellas variables clínicas que permitieran trabajar la prueba de regresión lineal, con la intención de poder predecir cuáles y cuántas variables pueden explicar el origen de la depresión y la ansiedad cuando se está ante un problema de esterilidad.

6. RESULTADOS

Los procedimientos estadísticos a los que fueron sometidos los datos inicialmente fueron el análisis de frecuencia, el cual nos permite describir la muestra con respecto a los datos sociodemográficos, en donde se incluyen tablas o gráficas según lo requería cada una de las variables para su mayor comprensión y así poder observar la distribución de la muestra.

Con lo que respecta a la edad se pudo observar que la muestra tuvo una media de 30.16 (± 4.31), con un mínimo de 19 años y un máximo de 42, (ver figura No. 1).

Figura No. 1
Intervalo de edad



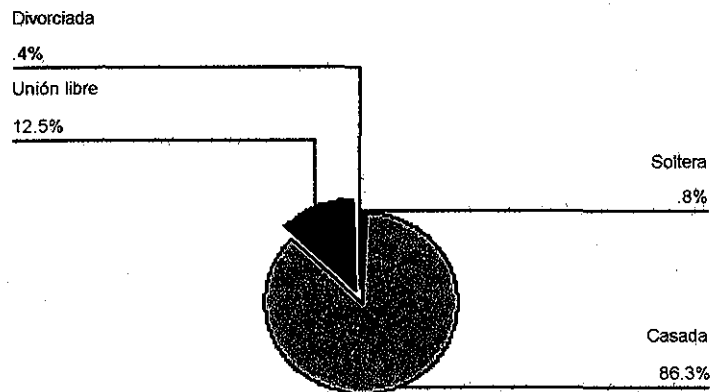
La evolución del padecimiento de esterilidad fue de 5.4 años (± 3.12), con un mínimo de un año y un máximo de 19, para el primer año de evolución tan sólo lo representó el 4.6 %. El ingreso económico fue variable si observamos la media que fue de 2248.21 (± 1870.70) con un mínimo de 300 pesos y un máximo de 12000 pesos al mes, el 81.7 % de las entrevistadas tenía un ingreso inferior a 3000, 6.88 % tenía un ingreso que iba de 3500 a 5000, el 11.5 % restante tenía

ingresos que iban de 5800 a 12000 pesos mensuales. La mayoría de la población se ajusta al criterio de población socioeconómica baja a media.

Con lo que respecta a la variable sociodemográfica de estado civil encontramos que 86.3% de la muestra eran mujeres casadas, el 12.5 % lo representaban las mujeres que vivían en unión libre, se tuvieron dos casos de mujeres solteras y uno de mujer divorciada; esto contradice a los requisitos de los programas de esterilidad y reproducción asistida, ya que las pacientes sometidas a este tipo de tratamientos deben tener pareja (ver figura No. 2).

Figura No.2

Estado civil

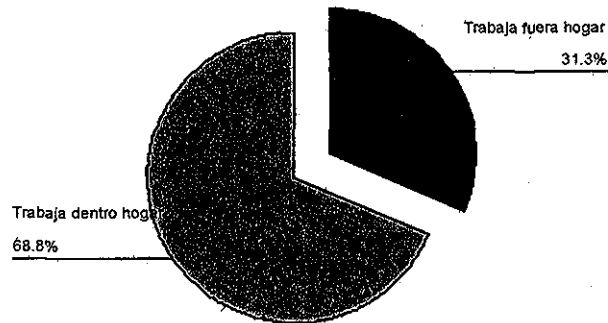


De las 240 mujeres evaluadas, 68.8 % eran personas que la mayor parte de su tiempo lo dedicaban a las labores del hogar, el 31.2 % restante trabajaba fuera del hogar, los trabajos a los que se dedicaban iban de profesionistas a empleadas domesticas, lo que muestra la diversidad de personas que conforman la muestra (ver figura No. 3).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura No. 3

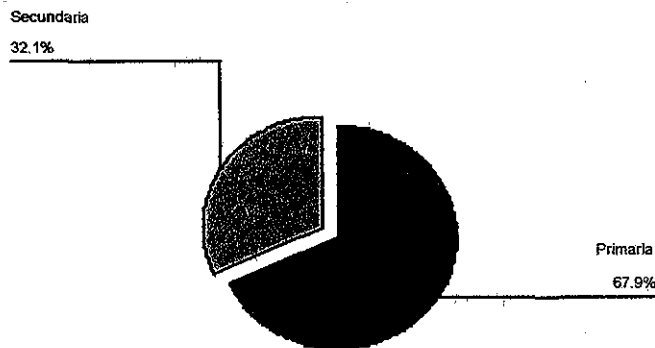
Ocupación



La esterilidad primaria fue la que tuvo mayor frecuencia, ya que 67.9% de las mujeres nunca se había embarazado y por tanto no tenían hijos, sin embargo, el 32.1 % restante se había embarazado en al menos una ocasión, no obstante, sólo cerca del 8 % (19) tenía al menos un hijo vivo, estas últimas se sometían a procedimientos para buscar un nuevo embarazo (ver figura No. 4).

Figura No. 4

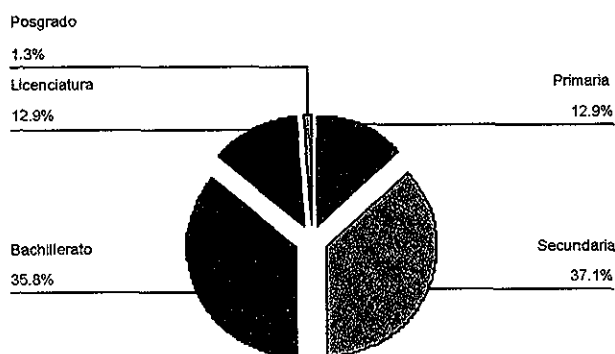
Tipo de esterilidad



En cuanto a la escolaridad se pudo observar que se obtuvo una media de 10.53 (\pm 2.91), es decir, este valor se ubica dentro del nivel de bachillerato; el nivel mínimo

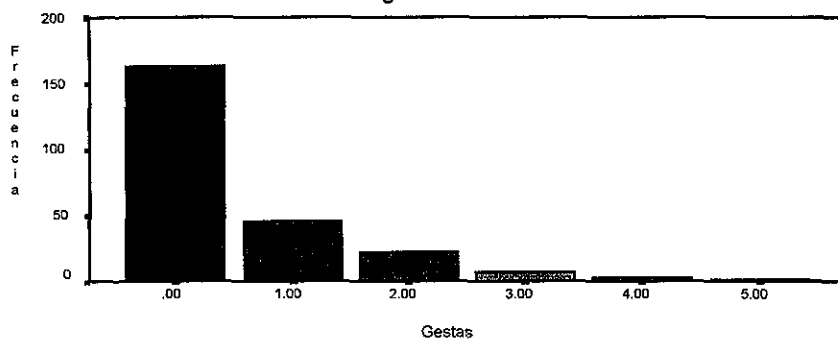
requerido fue el de primaria, de las cuales el 12.5 % (30) obtuvieron el grado de educación básica, el 37.5 % (90) educación media, el 35.8 % (81) bachillerato, 12.9 % (31) tenía estudios de licenciatura y, por ultimo, 1.3 % (3) tenía estudios de posgrado (ver figura No. 5).

Figura No. 5
Escolaridad



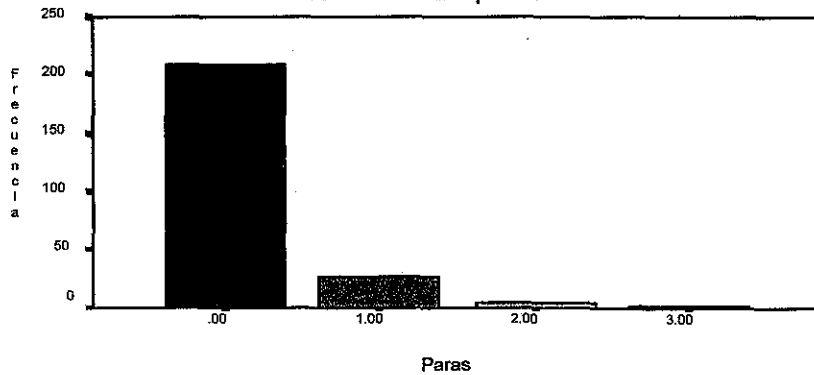
En lo que corresponde a los antecedentes ginecológicos y obstétricos se pudo observar que el 67.9 % (163) no habían tenido ninguna gesta, el 18.8 % (45) tuvieron dos gestas, el 9.2 % (22) tuvieron tres, el restante 4.1 % (10) gestó en cuatro y cinco ocasiones (ver figura No. 6).

Figura No. 6
Número de gestaciones



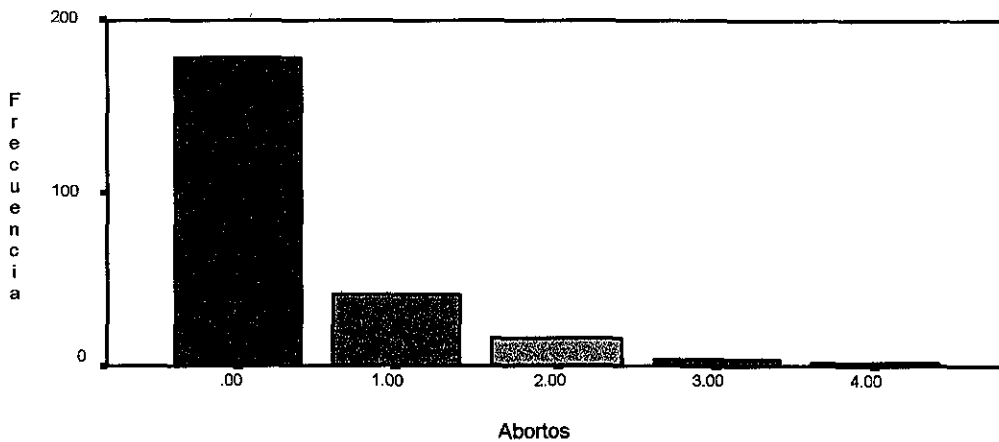
El número de paras registradas por las participantes de la muestra fue: para el 87.1 % (209) ninguna, el 10.8 % (26) tuvo una, 1.7 % (4) dos, y el .4 % (1) tres. (ver figura No. 7). Paras entendido, como las ocasiones en que las mujeres se han embarazado y se presenta el parto. Aunque no necesariamente tenían hijos vivos.

Figura No. 7
Número de paras



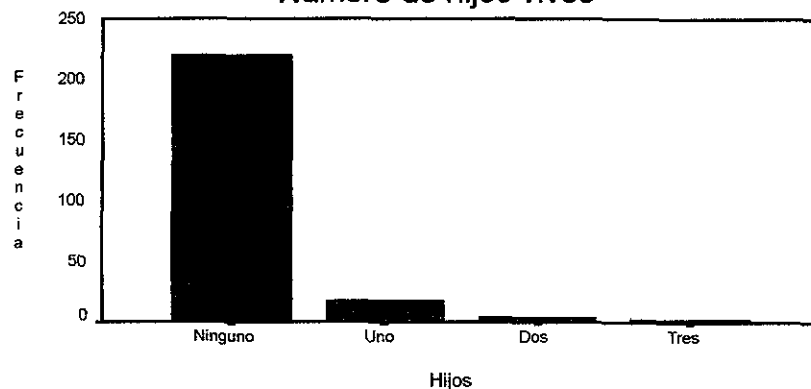
Los abortos registrados fueron para el 74.2 % (178) ninguno, para el 17.1 % (41) uno, para el 6.7 % (16) dos, para el 1.7 % (4) tres, el restante .4 % (1) tuvieron cuatro abortos, tal como se muestra en la figura No. 8.

Figura No. 8
Número de abortos



Con lo que respecta a la variable del número de cesáreas que se les practicaron a las pacientes de la muestra, se vio que a la mayoría, 99.6%, no se les practicaron, sólo al .4% (1) se le sometió al procedimiento, sin embargo, ésta no es una práctica común para esta población. El número de hijos vivos registrados fue: para el 91.7 % (220) ningún hijo, para el 6.7% (16) tenían un hijo vivo, dos hijos para el 1.3 % (3), tres hijos fueron registrados por el .4 % (1); sin embargo, estas últimas seguían en busca de un nuevo embarazo (ver figura No. 9).

Figura No. 9
Número de hijos vivos



Las variables clínicas que se analizaron tienen que ver con la descripción de la muestra en lo que respecta al rol de género en sus diferentes orientaciones: masculino, femenino, machismo y sumisión; así como asertividad, autoestima, depresión y ansiedad tanto rasgo como estado; es decir, tanto variables dependientes como independientes. Los puntos de corte se establecieron basándose en los criterios de los diferentes instrumentos; para la primera variable de rol de género con sus diferentes orientaciones se tomaron en cuenta los criterios de la prueba que marca el instrumento, se comparó la media del cuadro por sexo, así como sus desviaciones estándar (ver tabla No.1). Se analizó cada una de las escalas y no de forma global, de tal modo que cada una de las orientaciones suma 100 %.

una de las escalas y no de forma global, de tal modo que cada una de las orientaciones suma 100 %.

Las categorías de orientación fueron tomadas de Lara (1993) y Stevens (1975), en donde se menciona que tanto hombres como mujeres pueden tener determinada orientación y mostrar los siguientes rasgos:

- **Masculino:** son las conductas denominadas instrumentales, es decir, las que están dirigidas a una acción u oficio, como aquellas que tienen que ver con la autoprotección, orientadas básicamente a metas, con agresividad, búsqueda de dominio, autoafirmación, reflexión, razón, respeto por el orden, abstracción y objetividad.
- **Femenino:** son las características denominadas de relación, así como la necesidad de involucrarse con los demás, más que con las ideas, están encaminadas hacia los sentimientos y la abstracción; son pasivas, dóciles, expresivas protectoras, orientadas a la crianza.
- **Machismo:** se describe como el culto a la virilidad, lo cual se traduce en una exagerada agresividad, arrogancia y agresión sexual hacia la mujer, además de la necesidad de tener siempre la razón, e incluso llegar al extremo de considerar las opiniones divergentes como una declaración de enemistad.
- **Sumisión:** en ésta se aprecia una necesidad exagerada de mostrar una gran fuerza espiritual con actitudes de abnegación y capacidad para soportar el sufrimiento, el cual no evita sino que lo exhibe, muestra dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez frente al varón.

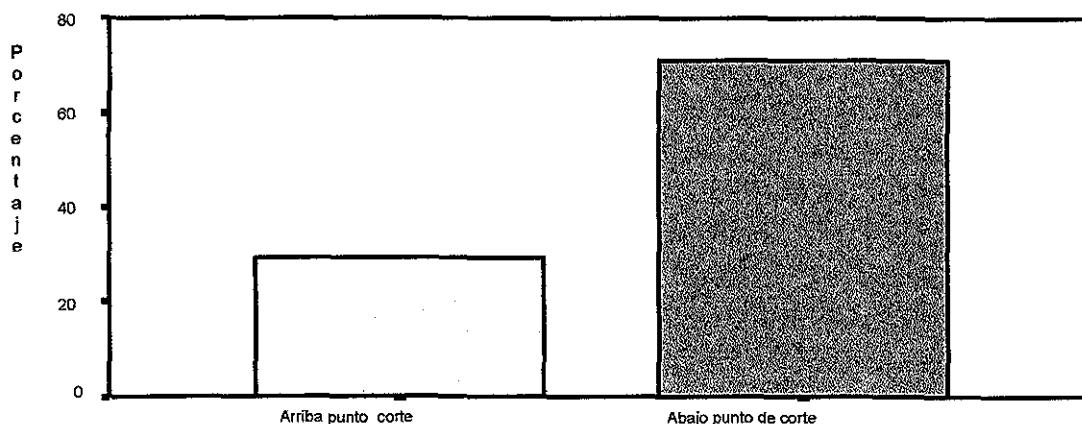
Tabla No. 1 Orientación de género

<i>Orientación</i>	<i>Población original</i>		<i>Población estudiada</i>	
		<i>DS</i>		<i>DS</i>
Masculino	4.69	.97	4.00	1.06
Femenino	5.23	1.02	5.07	.93
Machismo	3.05	.86	2.8	.89
Sumisión	2.96	.73	2.79	.83

Con lo que respecta a la orientación de masculino se pudo observar que el 78.8 % (170) no presentaba esta orientación y el 29.2 % (70) sí la presentaba, lo que indica que cerca del 30% de las mujeres tiene como característica de rol de género, la tendencia a mostrar la orientación de masculino. Como se muestra en la figura No.10.

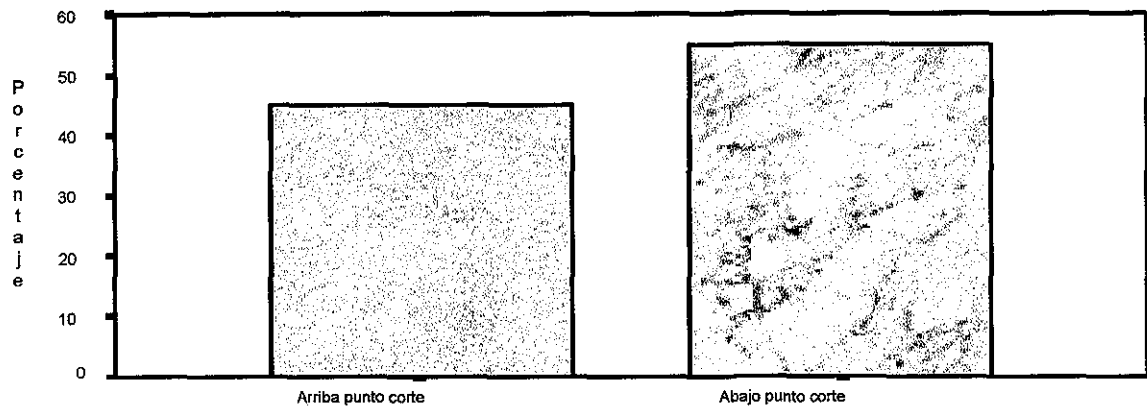
Figura No. 10

Orientación masculino



Cuando se analiza la escala de femenino se puede observar que el 55% (132) no presentaba esta orientación y el 45 % (108) sí la presentaba, teniendo como mínimo un puntaje de 2.40 y un máximo de 6.93 (ver figura No. 11).

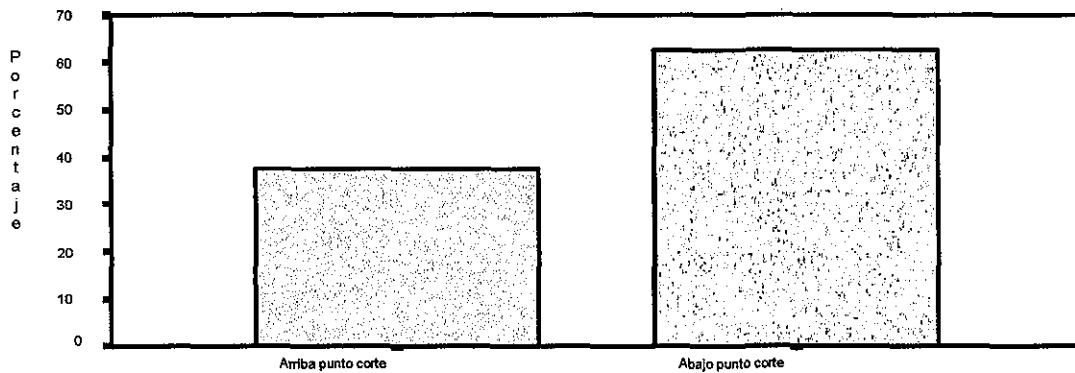
Figura No. 11
Orientación de femenino



En la subescala de machismo se puede observar que el 65.5 % se encontraba por abajo del punto de corte y el 37.5 % (90) estaba por arriba del punto de corte; es decir, un buen número de personas a las que se les aplicó el instrumento, elegía preferentemente esta escala (ver figura No. 12).

Figura No. 12

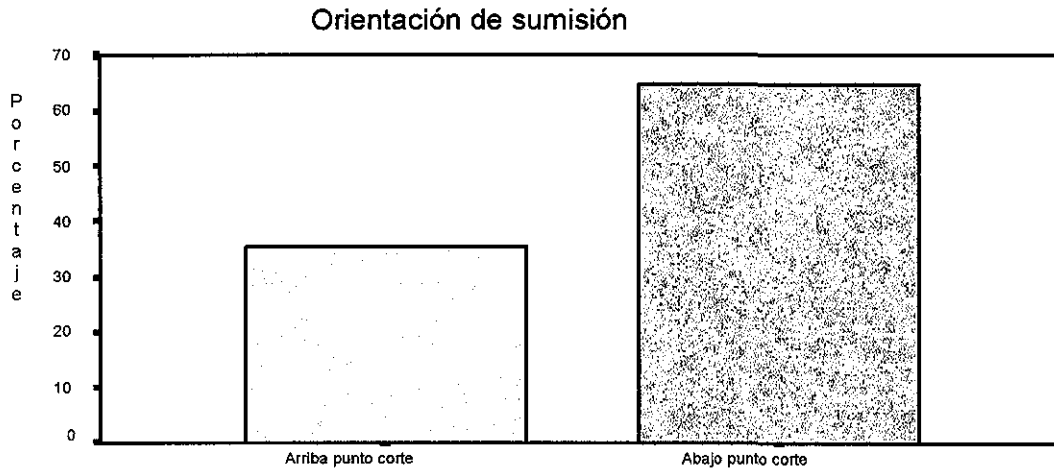
Orientación de machismo



En la escala de sumisión se pudo registrar que el 64.6 % (127) no tenía esta orientación, el 35.4 % (85) representa un buen porcentaje de la muestra con esta

orientación, más adelante este porcentaje será importante cuando se relacione con la depresión y la ansiedad, ya que tienen una relación (ver, figura 13).

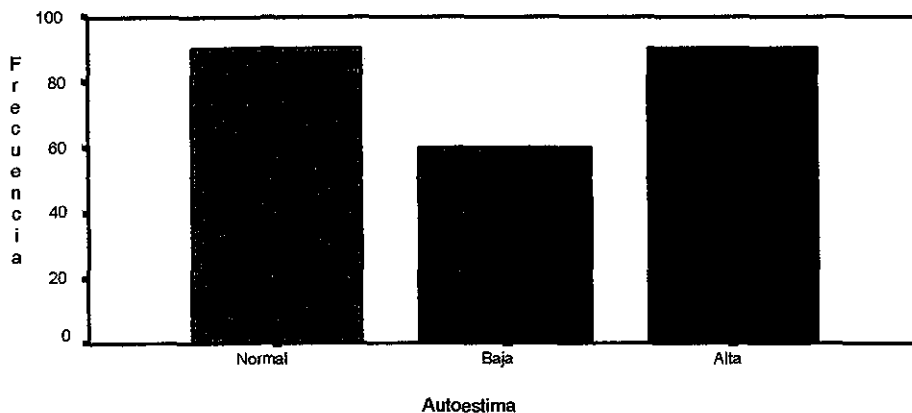
Figura No. 13



En cuanto a la variable autoestima se tomó en cuenta el punto de corte que marca el instrumento: 17 puntos. Posteriormente se hicieron tres intervalos partiendo de la media y 5 puntos de la desviación estándar, por lo que se estableció un nivel de autoestima bajo de 12 puntos o menos, nivel medio o normal de 13 a 18 puntos y, finalmente, la autoestima alta se establece entre los 19 y 25 puntos. Teóricamente existe una diferencia cualitativa de un puntaje alto que siendo normal tiene un mejor nivel, si se le compara con puntajes que sólo lleguen al punto de corte. Para la presente muestra se pudo observar que el 37.5 % (90) tenían un nivel de autoestima normal, el 37.5 % (90) obtuvieron una puntuación que las coloca dentro de la categoría de nivel alto, finalmente para el 25.0 % (60) obtuvieron una clasificación que las coloca en un nivel de autoestima baja; como se muestra en la figura 14 este dato también tiene relación con los porcentajes tanto de ansiedad rasgo y estado como con los síntomas de depresión, que se desglosan más adelante.

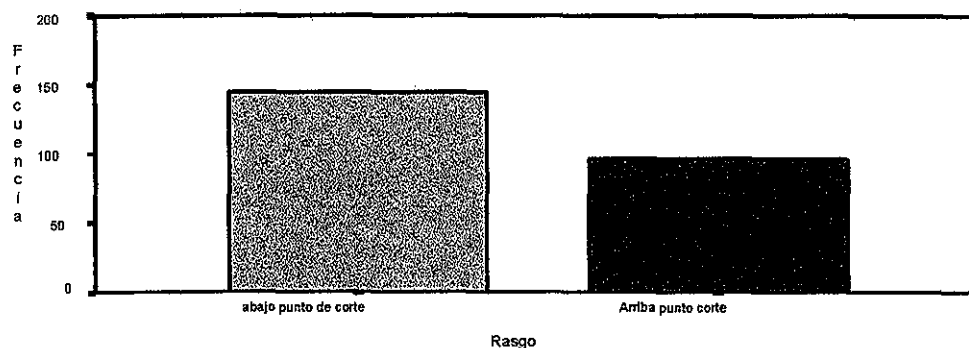
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura No. 14
Nivel de autoestima



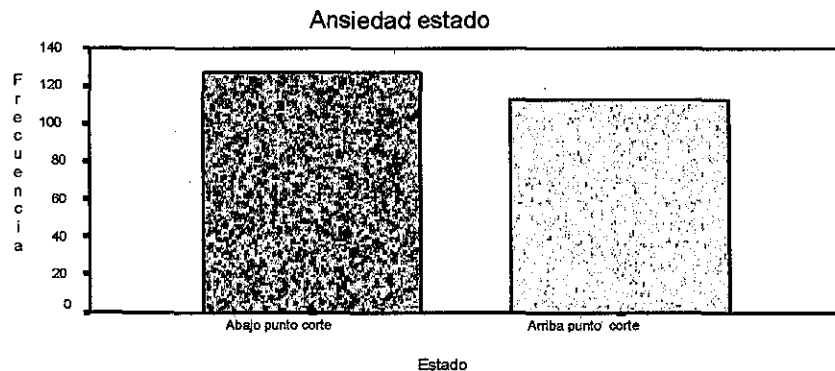
La variable dependiente que se somete en este caso a análisis es la ansiedad rasgo, en donde se tomó como punto de corte la normatización realizada por Morales y González (1990) con un punto de corte de 47, en contraste con el puntaje original del IDARE que propone el 53. Se toman en cuenta estos parámetros ya que son más representativos de la población estudiada que los puntajes originales de la prueba, ya que la normatización fue realizada para la población del INPer. En la muestra se encontró una media de 43.95 (± 10.71), con un mínimo de 23 puntos y un máximo de 70. El 60 % (144) se encontraba por debajo del punto de corte y el 40 % (96) por arriba del mismo, es decir, que este porcentaje de mujeres de la muestra se mantenían con ansiedad rasgo como una característica de respuesta ante la conflictiva de esterilidad que afrontaban (ver figura No. 15).

Figura No. 15
Ansiedad rasgo



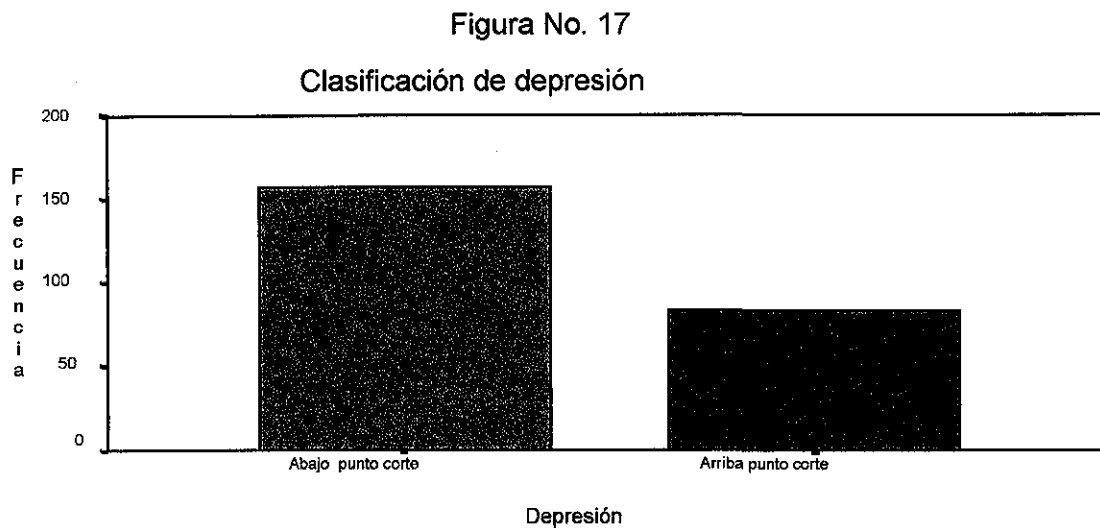
La ansiedad estado se analiza tomando al igual que en la situación anterior, los criterios de normatización de los autores mencionados, sólo que para ansiedad estado el punto de corte es de 43, cinco puntos por debajo del puntaje del instrumento original. Para este caso se obtuvo una media de 42.43 (± 10.71) y un mínimo de 13 y máximo de 69 puntos. El 52.9 % (127) estaba por debajo del punto de corte y el 47.1 % (113) por arriba del mismo; lo que indica que casi la mitad de la población estudiada se mantenía en ansiedad la mayor parte de tiempo, como una forma de afrontar las situaciones cotidianas y que vivían como ansiogenisantes. Con frecuencia en las pacientes que asisten a tratamientos o entrevistas por problemática de esterilidad, se observan niveles de ansiedad estado que iban de moderada hasta severa, en forma reactiva ante la situación de prueba, como lo muestra la figura No. 16.

Figura No. 16



La última variable dependiente analizada fue la depresión, para establecer su punto de corte se tomó la propuesta realizada en el trabajo de normatización de los autores González y Morales (1993), quienes establecen un punto de 44 puntos en bruto, a diferencia de las normas propuesta por el AMD en su revisión del 1994, la cual es de 40 puntos en bruto. Si tomáramos en cuenta los originales del instrumento, el número de mujeres diagnosticadas con un trastorno depresivo se incrementaría notablemente, para la población estudiada se pudo observar que 67.9 % (163) no tenían la sintomatología y el 32.1 % (77) estaban diagnosticadas como mujeres deprimidas.

Como lo muestra la figura No. 17, la depresión que se presentaba iba de leve a severa. El puntaje mínimo obtenido fue de 20 y el máximo de 63 puntos en bruto.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Los datos se sometieron a estadística inferencial. Las pruebas que se aplicaron fueron el análisis discriminante y la regresión lineal, en donde se eligieron como variables dependientes la ansiedad y la depresión; para los procesos se trataron como variables independientes: asertividad, rol de género y autoestima, y en algunos procesos la ansiedad rasgo y la estado.

En la tabla No. 2 se pueden observar las correlaciones obtenidas de las variables sometidas a análisis, las que se muestran son únicamente aquellas que tienen un valor de más de .40 de correlación, las inferiores se omitieron. En la primera tabla se pueden observar las correlaciones de las variables clínicas tanto de ansiedad rasgo como estado, así como la depresión, la cual mantiene una correlación alta e inversa con la variable de autoestima.

Tabla No. 2

Correlación de las variables clínicas y depresión

<i>Variable</i>	<i>Variable correlacionada</i>	<i>Correlación Pearson</i>	<i>Significancia unilateral</i>
Depresión	Ansiedad rasgo	.777	.000
Depresión	Ansiedad estado	.557	.000
Depresión	Autoestima	-.740	.000

La tabla 3 muestra las correlaciones de la variable autoestima que tuvieron correlación mayores a .40, como se puede observar, las variables que más alta correlación tienen en primera instancia son las clínicas, como la ansiedad tanto rasgo como estado; es importante destacar estas variables ya que más adelante se observará como tienen un buen nivel de predicción en cuanto a sintomatología se refiere, ya que todas las variables obtuvieron un valor inverso, lo cual es congruente teóricamente cuando hablamos de autoestima.

Tabla No. 3**Correlación de autoestima con otras variables clínicas**

<i>Variable</i>	<i>Variable asociada</i>	<i>Correlación Pearson</i>	<i>Significancia unilateral</i>
Autoestima	Ansiedad rasgo	-.748	.000
Autoestima	Ansiedad estado	-.523	.000
Autoestima	Asertividad indirecta	-.430	.000

La otra variable que se sometió a análisis fue la del el rol de género con la orientación de sumisión, ya que en la correlación (por arriba de .50) proporcionó un valor que permite analizarla y en la que se encontraron los valores descritos en la tabla No. 4. Se puede observar que la relación directamente proporcional en las variables clínicas, es decir, que la sumisión se relaciona con más del 50 % con la depresión y la ansiedad rasgo y estado y la asertividad indirecta. Esto tiene sentido con lo que proponen Lara (1993) y Flores (1994), quienes han asociado las variables de depresión-sumisión y asertividad indirecta-ansiedad. Se puede ver la referencia en trabajos para la prueba de sus instrumentos tanto de rol de género como de asertividad.

Tabla No. 4**Correlación rol de género, sumisión y variables clínicas**

<i>Variable</i>	<i>Variable asociada</i>	<i>Correlación Pearson</i>	<i>Significancia unilateral</i>
Sumisión	Depresión	.530	.000
Sumisión	Ansiedad rasgo	.585	.000
Sumisión	Asertividad indirecta	.548	.000

ANÁLISIS DICRIMINANTE

El análisis discriminante consiste en obtener unas funciones lineales de las variables independientes, denominadas funciones discriminantes, las cuales permiten clasificar a los individuos en una subpoblación o grupos establecidos por los valores dependientes (Ferran, 2000).

Una vez aplicada la prueba de correlación con el objetivo de ir aislando variables, la segunda prueba a la que se sometieron los datos con el mismo objetivo fue el análisis discriminante, en donde el objetivo fundamental fue ver cuáles variables se discriminaban en torno a la depresión y la ansiedad, cuando la utilizamos como variable dependiente.

Los puntajes de depresión se dividieron en dos; por abajo del punto de corte, lo que indica que no existe manifestación de sintomatología depresiva, y por arriba del punto de corte, lo que indica que las pacientes que quedan dentro del grupo, son mujeres que tienen sintomatología depresiva, cuyas manifestaciones van de leves hasta casos catalogados por el APA, (1995) como depresión mayor.

Se obtuvo una función canónica discriminante que explica el 100 % de la varianza, con una significancia de $P=.000$.

La correlación canónica mide las desviaciones de las puntuaciones discriminantes entre grupos respecto a las desviaciones totales sin distinguir grupos. Así mismo, podemos ver el autovalor, el cual mide las desviaciones de las puntuaciones discriminantes entre los grupos respecto a las desviaciones entre los grupos. En ambos casos los valores obtenidos (autovalor 1.242 y correlación canónica discriminante .744) son cercanos a 1 (Ferran, 2000), por lo que la dispersión será debida a las diferencias entre los grupos entre deprimidas y no deprimidas; lo que indica que es una discriminación adecuada (ver Tabla 5) lo que se está interpretando.

Tabla No. 5 funciones canónicas discriminantes

<i>Función</i>	<i>Autovalor</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acumulado</i>	<i>Correlación canónica</i>
1	1.242	100	100	.744

Se toma en cuenta la matriz de estructura para cada una de las variables que intervienen en la explicación del fenómeno depresivo, tal como se aprecia en la tabla No. 6.

Tabla No.6 Matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas

	<i>Función 1</i>
Autoestima	-.821
Idare rasgo	.757
Idare estado	.542
Sumisión	.416
Asertividad indirecta	.285
Machismo	.272
Masculino	-.254
No asertividad	.238
Asertividad cotidiana	-.09
Femenino	-.007

Las funciones en los centroides de los grupos (ver tabla No.7)

Tabla No.7 Funciones en los centroides de los grupos

<i>Clasificación de depresión</i>	<i>Función 1</i>
Abajo del punto de corte	-.692
Arriba del punto de corte	1.310

Se obtuvo una sola función que da un factor de 10 variables, las cuales en su mayoría tienen que ver con la conformación interna de la personalidad. En primer lugar, tenemos que la contribución de la autoestima es importante y congruente con la teoría de quienes trabajan con el concepto, la explicación de la depresión en un porcentaje alto por esta variable partiendo del análisis, indica que las personas deprimidas tienen baja autoestima y alta las no deprimidas, esto pudiera parecer redundante y poco importante; sin embargo, cuando vemos la variable de ansiedad rasgo, al igual que la pasada, son dos variables de origen caracterológico, del mismo modo que el resto de las variables que mencionaremos. Esto nos llevaría a un punto medular del trabajo al proponer que cuando menos las mujeres estériles de la muestra tienen manifestaciones de ansiedad rasgo como una forma de afrontar la problemática que se les va presentando a lo largo de la vida cotidiana. Enfrentarse a la esterilidad sólo evidencia la situación que mantenían desde antes de saberse estériles, la variable de ansiedad estado es la que por lo general presentan las pacientes estériles al enfrentarse a una situación de prueba, ya que cerca del 50 % la presentaron, sin embargo, el análisis discriminante indica que la función está presente en la mujeres que tienen depresión.

Por otro lado, todas las variables de la prueba de rol de género fueron discriminadas por la función, la más alta fue la de sumisión, en donde Lara (1993) ya propone que ésta está altamente correlacionada con estados depresivos en las mujeres, cabe

recordar que el rol tiene que ver con rasgos de personalidad y no con comportamiento social.

En la prueba de asertividad pudieron discriminarse los tres tipos de asertividad (asertividad indirecta, no asertividad y asertividad cotidiana), obteniendo el valor más alto la asertividad indirecta, en donde la interpretación señala que las personas que no están deprimidas no son asertivas con esta modalidad (indirecta) y las deprimidas sí, lo que indica que les es difícil manifestarse abiertamente acerca sus necesidades y deseos con respecto a la situación que esta pasando sin poner limites reales a su problemática.

Por último podemos señalar que las mujeres son correctamente clasificadas en 85% de los casos, lo que indica que es un porcentaje adecuado de explicar y la depresión por ser un fenómeno multifactorial. Una aproximación explicativa son las variables que se discriminan como puede observarse en las tablas 7y 8.

Tabla No. 8 Grupo de clasificación correcta

<i>Clasificación de depresión</i>	<i>Grupo de pertenencia Pronosticado</i>		<i>Total</i>
	<i>Abajo punto de corte</i>	<i>Arriba punto de corte</i>	
Original Recuento Abajo punto de corte	134	23	157
Arriba punto de corte	13	70	83
% Abajo punto de corte	85.4	14.6	100
Arriba punto de corte	15.7	84.3	100

Clasificados correctamente el 85.0 % de los casos

Ansiedad-rasgo

Cuando se interpretaron los datos mediante la prueba de análisis discriminante, se pudo observar que fueron ocho las variables que pudieron clasificar al igual que la variable anterior se dividió por arriba del punto de corte y por debajo de éste, es decir, las personas que clasificaban por arriba del punto de corte tenían manifestaciones de ansiedad rasgo leves, moderadas o severas, tal como lo indica la prueba de ansiedad rasgo-estado de Spielberg.

Tomando el valor Lambda Wilkis de .446 y una significancia de .000, por la que se interpreta el análisis, y partiendo de la matriz de estructura de las funciones discriminantes canónicas, en la tabla No. 9 se pueden observar las variables que intervienen en la explicación.

Tabla No. 9 Matriz de estructura de ansiedad rasgo

<i>Rasgo</i>	<i>Función 1</i>
Autoestima	-.825
Sumisión	.454
Asertividad Indirecta	.376
Machismo	.327
No asertividad	.301
Asertividad cotidiana	.001

Las funciones de los centroides en los dos grupos (Tabla 10) tienen por objetivo comparar los resultados con los de la matriz de estructura. Los valores negativos y positivos son la explicación para ver si los grupos por abajo o por arriba del punto de corte y las variables discriminadas tienen poder explicativo o no, siguiendo la ley de los signos, es presencia o ausencia de la variable dentro de la función.

Tabla No. 10 Función de los centroides de los grupos

<i>Rasgo</i>	<i>Función 1</i>
Abajo del punto de corte	-.837
Arriba del punto de corte	1.255

La primera variable que pudo discriminarse fue la autoestima, las personas que manifiestan ansiedad rasgo por arriba del punto de corte no tienen la función, así como las mujeres que no tienen ansiedad sí tienen la función de autoestima. La segunda variable fue la sumisión, las mujeres que se ubican por arriba del punto de corte sí tienen la función, es decir, aquellas con ansiedad rasgo son sumisas; de igual modo aquellas que clasifican por arriba del punto de corte no tienen la función.

La tercera variable discriminada fue la de no asertividad, es decir, que las mujeres por arriba del punto de corte no manifiestan la asertividad en sus relaciones. La cuarta discriminada fue la variable de asertividad indirecta, esto es, las mujeres por arriba del punto de corte cuando muestran asertividad por lo general lo hacen en forma indirecta con el entorno.

Machismo, la cual pertenece a la prueba de rol de género, también fue discriminada en quinto lugar. Para esta variable las mujeres por arriba del punto de corte sí tienen la función, es decir, que la paciente con ansiedad rasgo con frecuencia tiene un rol de género de machismo, así como sumisión, que fue otra de las variables discriminadas. Otra variable de rol de género agrupada en torno a la variable dependiente fue femenino, la cual en las pacientes del grupo alto esta función no se está presente.

La asertividad cotidiana es la última variable discriminada; una mujer estéril con ansiedad rasgo no tiene esta función dentro de su repertorio de respuesta. Estas son las variables con mayor valor de la correlación de la matriz de estructura; algo

importante de señalar es que el 85.8 % de los casos están agrupados correctamente, por lo que la clasificación es altamente aceptable (ver tabla No.11).

Tabla No. 11 grupo de pertenencia de ansiedad rasgo

Clasificación de Ansiedad rasgo	<i>Grupo de pertenencia Pronosticado</i>		<i>Total</i>
	<i>Abajo punto de corte</i>	<i>Arriba punto de corte</i>	
Original Recuento			
Abajo punto de corte	125	19	144
Arriba punto de corte	15	81	96
%			
Abajo punto de corte	86.8	13.2	100
Arriba punto de corte	15.6	84.4	100

Clasificado correctamente el 85.8 % de los casos.

Ansiedad estado

Al someter la ansiedad estado a procedimiento discriminante pudo verse un factor de ocho variables (ver tablas No. 12 y 13 acerca de la función de los centroides) que se discriminaron en torno a la ansiedad estado; en las principales variables, de las cuales tenemos en primer lugar a la autoestima, las pacientes por arriba del punto de corte no tienen la función, es decir, que las personas con ansiedad estado presentan una autoestima baja. La segunda variable discriminada fue sumisión, la cual las mujeres por arriba del punto de corte la tienen como manifestación principal como rol de género; la tercera es la no asertividad y la tienen como función, es decir, que las pacientes del grupo por arriba del punto de corte por lo general no son asertivas, o bien utilizan con frecuencia la asertividad indirecta como medio de comunicación. Con lo que respecta al rol de género, el machismo como forma cotidiana de orientación, cuando se analiza la orientación de masculino y femenino éstas son funciones que no tiene el grupo por arriba del punto de corte. La última variable discriminada fue asertividad cotidiana una

función que no tienen las mujeres del grupo con ansiedad estado. Para ésta estado la clasificación se da correctamente en el 85 % de los casos agrupados originales.

Tabla No. 12 Matriz de estructura de las funciones canónicas discriminante

<i>Estado</i>	<i>Función 1</i>
Autoestima	.939
Sumisión	-.596
No asertividad	-.438
Asertividad indirecta	-.415
Machismo	-.400
Masculino	.294
Femenino	.255
Asertividad cotidiana	.112

Tabla No. 13 Función de los centroides de los grupos

<i>Estado</i>	<i>Función 1</i>
Abajo del punto de corte	.582
Arriba del punto de corte	-.654

El 85 % de los casos son correctamente clasificados para las funciones canónicas discriminantes, lo que indica que es una buena clasificación para la explicación de la ansiedad estado.

REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Una vez valoradas las variables que nos proporciona el análisis discriminante, y aquellas con capacidad para proponer funciones en torno al fenómeno de depresión y ansiedad, se toman en cuenta todas las variables que intervienen en el proceso, a fin de dar respuesta a nuestras hipótesis. Para las variables sometidas al análisis de regresión lineal se utiliza el método de paso a paso con el objetivo de ir eliminando las variables que no contribuyeron a la explicación de los modelos. Las variables que se sometieron a la prueba de regresión lineal como variables independientes fueron las de rol de género, con cada una de sus orientaciones (masculino, femenino, machismo y sumisión), así como también las del instrumento de asertividad con cada una de sus tres dimensiones: asertividad indirecta, asertividad en situaciones cotidianas y no asertividad, la autoestima y la ansiedad rasgo y estado en este primer momento.

El objetivo de someter a procedimiento estas variables fue con la intención de buscar cuáles de ellas nos pudieran explicar la mayor varianza posible de la variable dependiente depresión; los resultados de la operación se muestran en la tabla No. 14, la cual nos indica que existe un nivel de explicación de la varianza para el primer modelo de .598, tomándolo como un nivel de explicación adecuado o moderado sólo con la variable de ansiedad rasgo. El segundo modelo proporcionado tiene dos variables: ansiedad rasgo y autoestima que, en forma conjunta, tienen la capacidad de explicar el 65% de la varianza, un nivel explicativo considerado como moderado alto. Esto indica que con estas dos variables estamos en la posibilidad de predecir la depresión cuando una mujer presente autoestima baja o ansiedad rasgo alta. Para este caso las variables de rol de género y asertividad no ofrecen un modelo explicativo en cuanto a la depresión de las mujeres de la muestra. Por tanto, puede predecirse la depresión según este modelo, con una certidumbre de 65 %; el resto de la varianza no explicada corresponde a otros factores que no quedaron incluidos dentro del modelo.

Tabla No. 14 Resumen del modelo de regresión

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>R cuadrado corregida</i>	<i>Error típico de la estimación</i>	<i>Durbin-Watson</i>
1	.774	.599	.598	6.023	
2	.811	.658	.656	5.573	1.527

Variable predictora: Ansiedad Rasgo

Variables predictoras: Ansiedad-Rasgo, Autoestima

Variable dependiente: Depresión

Como todos lo procedimientos que se realizan con regresión lineal, el análisis de varianza indica que la prueba de regresión es valida, que puede interpretarse, por lo que se muestran los resultados obtenidos en la tabla No. 15.

Tabla No. 15 Análisis de Varianza de los modelos de depresión

<i>Modelo</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig</i>
1	12922.42	1	12922.42	356.217	.000
Regresión	8633.87	238	36.27		
Residual	21556.29	239			
Total					
2	14193.56	2	7096.78	228.43	.000
Regresión	7362.73	237	31.06		
Residual	21556.29	239			
Total					

Variable predictora: Ansiedad-rasgo

Variable predictora: Ansiedad-rasgo, Autoestima

Variable dependiente: Depresión

Cuando se analiza el modelo que nos proporciona la regresión lineal y las variables que tienen relación con la ansiedad rasgo, por segunda ocasión, la variable que se muestra es el autoconcepto en primer lugar, con una explicación de la varianza de .558, es decir, que tenemos una explicación del 55 % de ésta. Cuando el modelo acepta la segunda variable que tiene que ver con la orientación de género de sumisión, en donde

le nivel de explicación da un valor de .604, a través de este modelo se puede explicar el 60 % de la varianza. Tomando el tercer modelo ingresa la variable orientación de machismo, que proporciona un valor de .614, lo que indica que la varianza explicada es del 61 %. Finalmente, la última variable que ingresa al modelo es la de asertividad cotidiana, variable del instrumento de asertividad, con un valor total de .620, lo que quiere decir que la varianza explicada es de un total de 62 % con el cuarto modelo. Esto indica que el nivel de varianza explicada es cualitativamente moderada, sin embargo, es un nivel de explicación aceptable que nos puede dar indicios consistentes de que la ansiedad estado tiene componentes de origen caracterológico; el resto de la varianza no explicada tiene que ver con otras variables que en su momento se pueden ir aislando, cabe recordar que la ansiedad rasgo es un fenómeno multifactorial, por lo que es aceptable el nivel explicativo que se propone (Ver tabla No. 16).

Tabla No.16 resumen del modelo de ansiedad rasgo

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R cuadrado</i>	<i>R cuadrado corregida</i>	<i>Error típico de la estimación</i>	<i>Durbin-Watson</i>
1	.748	.560	.558	7.12	
2	.779	.607	.604	6.74	
3	.787	.619	.614	6.65	
4	.791	.626	.620	6.60	1.822

Variables predictoras: Autoestima

Variables predictoras: Autoestima, sumisión

Variables predictoras: Autoestima, sumisión, machismo

Variables predictoras: Autoestima, sumisión, machismo, asertividad cotidiana

Variable dependiente: Ansiedad rasgo

Al interpretar la regresión se tiene que observar el análisis de varianza que nos proporcionan los resultados así como su significancia, lo que indica que factible y valido es el modelo explicativo proporcionado por los resultados, A continuación se muestra el análisis de varianza de la ansiedad rasgo (ver tabla No.17)

Tabla No. 17 Análisis de varianza de modelo ansiedad rasgo

<i>Modelo</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1					
Regresión	15344.09	1	15344.09	302.52	.000
Residual	12071.30	238	50.72		
Total	27415.40	239			
2					
Regresión	16639.63	2	8319.81	182.98	.000
Residual	10775.76	237	45.46		
Total	27415.40	239			
3					
Regresión	16975.48	3	5658.49	127.91	.000
Residual	10439.91	236	44.23		
Total	27415.40	239			
4					
Regresión	17169.34	4	4292.33	98.44	.000
Residual	10246.05	235	43.60		
Total	27415.40	239			

En resumen se puede decir que a partir del modelo explicativo generado por el análisis de regresión lineal múltiple:

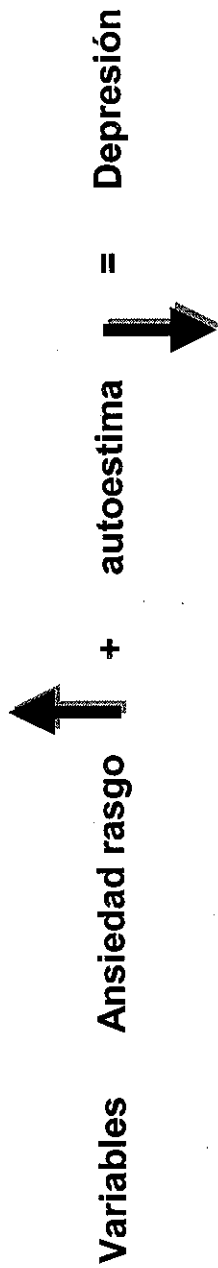
- En primer lugar, se acepta la hipótesis de trabajo, ya que el tener una orientación de género de machismo y sumisión éstos son factores de riesgo para presentar depresión y/o ansiedad, independientemente de la esterilidad, ya que en la mayoría de la muestra (70 %) con padecimiento de esterilidad y otras orientaciones del rol como femenino o masculino no existió correlación en cuanto a la manifestación de síntomas.
- La asertividad indirecta y la no asertividad y el nivel bajo de autoestima son variables explicativas tanto de la depresión como de la ansiedad.
- En cuanto a las hipótesis alternas son aceptadas en su totalidad. La H1 nos plantea que existe riesgo significativo en la manifestación de depresión y /o

ansiedad cuando las mujeres asumen el rol de género de machismo y sumisión. La H2 se acepta parcialmente en donde se menciona que la dimensión de asertividad es adecuada para predecir riesgo de ansiedad. La hipótesis H3 es aceptada ya que menciona que la autoestima puede pronosticar por sí misma un alto porcentaje de riesgo cuando se presenta sintomatología depresiva o ansiosa. La H4 es aceptada ya que menciona que las mujeres estériles que manifiestan rol de género de femenino o masculino autoconcepto alto y asertividad en situaciones cotidianas no manifiestan depresión ni ansiedad. Entonces todas la hipótesis nulas son rechazadas.

En la siguiente página se puede encontrar el resumen de los modelos tanto de depresión como de ansiedad proporcionados por la regresión lineal múltiple (Esquema no. 1).

Esquema No. 1 Modelos explicativos

Modelo explicativo de la depresión



Varianza explicada 59% 65%

Modelo explicativo de la ansiedad estado



Varianza exp. 55% 60% 61% 62%

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muestra seleccionada estuvo compuesta por un total de 240 mujeres en edad reproductiva, pacientes que pertenecían a la clínica de esterilidad y de reproducción asistida del instituto Nacional de Perinatología.

Las evaluaciones con los instrumentos psicológicos tuvieron como objetivo el conocer las variables que eran capaces de pronosticar tanto la ansiedad como la depresión cuando las mujeres cursan el padecimiento de esterilidad.

En primera instancia, los datos se sometieron a procedimientos de estadística descriptiva, después a correlación, análisis discriminante y finalmente a la prueba de regresión lineal.

Al someter las variables sociodemográficas a estadística inferencial no se encontraron variables que nos permitieran explicar el fenómeno de depresión y ansiedad cuando analizamos variables sociodemográficas y clínicas como estado civil, la cual no muestra, como en trabajos anteriores, relación en cuanto a sintomatología depresiva o ansiosa. Al analizar la variable de ocupación se vio que cuando una mujer se dedica a trabajar dentro del hogar los síntomas se presentan con mayor frecuencia, esto mismo sucede cuando las mujeres tienen menor escolaridad; con respecto al tipo de esterilidad: ya sea primaria o secundaria, no existe referencia que pueda marcar que estas mujeres son diferentes en cuanto a la manifestación de síntomas.

Por otro lado, en el análisis de número de gestaciones, número de paras y abortos, así como de hijos vivos, son variables de las cuales no existe referencia que permita ubicar diferencias. Sin embargo, podemos destacar el hecho de que cuando una mujer se encuentra en algún programa de reproducción asistida y logra el embarazo, los niveles de depresión y ansiedad lejos de disminuir se incrementan, aunque en forma moderada; esto indica que la depresión en algunos momentos juega un papel adaptativo (Carreño, Bustos y Morales, 1997). Esto nos da un indicio también de que la mujer estéril toma como referente para manifestar su sintomatología el no tener hijos,

no obstante, estamos ante la posibilidad de plantear en forma tentativa la hipótesis de que la sintomatología no tiene su origen en variables de origen externo.

Si tomamos en conjunto las variables señaladas con anterioridad podemos destacar algunas contradicciones, ya que en trabajos anteriores las variables que indicaban relación fundamentalmente con la depresión eran la ocupación, el estado civil, la escolaridad así como los abortos (Carreño, Morales Aldana, Flores 2000). Cuando se asocia con el rol de género en especial a las orientaciones de machismo y sumisión, esto es indicativo de que existe una relación para provocar sintomatología depresiva. Cuando se analizan las variables de orientación de género tomando en cuenta los puntos de corte que nos marca el instrumento, las diferencias de los valores originales y los de la población estudiada no son significativas. Para el análisis se tomó en cuenta a cada una de las orientaciones, para ubicar dentro de cada una cuántas pacientes cayeron, para poder hacer las comparaciones posteriormente y no sólo con el puntaje global, ya que de lo contrario, podíamos perder las pequeñas diferencias que se presentaban en cada una de las escalas (Lara, 1988, 1995).

Por último, en lo que respecta a la estadística descriptiva y la variable autoestima, es importante destacar que no existen trabajos relacionados con la esterilidad y la autoestima; durante la revisión de los antecedentes nos encontramos que con frecuencia se manejan como sinónimos autoconcepto y autoestima. Sin embargo, el concepto manejado y trabajado por Lara, et al (1993), es el que más se ajusta a nuestra investigación.

Al realizar el análisis se divide a la variable en tres intervalos para una mejor comprensión del fenómeno, ya que los puntajes originales del instrumento sólo proporcionan autoestima baja y normal; no obstante, a partir de las observaciones clínicas hemos podido establecer que cuando una persona tiene un puntaje por arriba de la media difiere cualitativamente de otra que presenta puntaje de 25, que es el total posible de obtener, esta diferenciación no se realiza dentro del instrumento o en otras aplicaciones como lo refiere Coopersmith, según Lara (1993). Se determinó el punto de corte del instrumento tomando en cuenta las desviaciones estándar, con base en este

criterio se estableció una autoestima baja de 12 puntos o menos, 13 a 18 normal y de 19 a 25 alta, desde luego, las bajas puntuaciones en esta variable se asocian con los síntomas de depresión y ansiedad. Es más, dentro del DSM-IV éstas se manejan como un síntoma importante a evaluar, entonces surge la duda del por qué manejarlo como una variable independiente.

A partir de las observaciones clínicas y de trabajos realizados dentro de la misma institución que indican que las mujeres con sintomatología de depresión y ansiedad tanto rasgo como estado pueden tener una autoestima baja, el 25 % de las participantes en la investigación obtuvo puntajes que las ubican dentro del rango bajo. Cuando se compara con la ansiedad rasgo, el 40% de las mujeres de la muestra tenían niveles de ansiedad por arriba del punto de corte, lo mismo sucedía con la ansiedad estado, el 47 % tenía manifestaciones por arriba del punto de corte; cuando se realiza la comparación de depresión el 32 % sí presentaba síntomas contra un 25 % de la muestra que presentó baja autoestima

Continuando con la prueba de correlación en lo que respecta a la asertividad indirecta y autoestima se correlacionó, aunque en un nivel bajo, en forma negativa (.430). Éstos son indicios de que las pacientes con problemática de infertilidad tienen dificultad para expresar cara a cara las dificultades y presiones que presentan por no poder embarazarse ante la pareja, familiares y amigos, tal y como se ha observado en la experiencia clínica. Por ello las pacientes con dificultad en la vida reproductiva tienden a enviar mensajes poco claros sobre la situación que están pasando, y al no obtener respuesta esperada, la sintomatología se va incrementando, al grado de aislarse de su entorno familiar y social como una respuesta a sentirse incomprendidas y hasta diferentes al resto de las mujeres, lo que compromete el valor que ella se asigna (Carreño, 1994).

El objetivo fundamental del presente trabajo de investigación era el aislar algunas variables que pudieran pronosticar la depresión y la ansiedad en mujeres estériles, para tal objetivo los datos se sometieron inicialmente a correlación, después al análisis discriminante y, por último, a la regresión lineal. Se trabajaron como variables dependientes la depresión y la ansiedad, tanto rasgo como estado, como variable

independiente el rol de género en sus cuatro orientaciones, autoestima y asertividad en sus tres dimensiones.

Es importante señalar que las variables que se correlacionaron por arriba de .45 se metieron al análisis discriminante, no se correlacionó ninguna variable sociodemográfica, para los análisis futuros se siguió el criterio de que fueran variables clínicas y que fueran descriptivas o ligadas a las características de personalidad.

En la prueba discriminante la ansiedad estado discriminó la variable autoestima, en donde se indica que las personas de la muestra que presentan niveles de ansiedad-estado altos no tienen una adecuada autoestima; y las variables de sumisión, no asertividad, asertividad indirecta y machismo están presentes para las mismas pacientes, lo que indica que existe congruencia con los resultados encontrados con anterioridad por Lara (1995), (1993) y Flores (1994), en donde proponen que las mujeres que manifiestan orientaciones de machismo y sumisión presentarán niveles importantes de depresión y ansiedad, cuando las mujeres presentan asertividad indirecta y no asertividad, los niveles de ansiedad se manifiestan en forma importante. Cuando la orientación de género es de machismo y sumisión los esfuerzos por mantener los niveles de aceptación implican el estar en constante estrés poniendo en juego su autoestima, al no saber cómo pedir lo que se quiere o necesita.

Este comportamiento implica ceder a las preferencias de alguien más, devaluando los propios derechos y necesidades. La conducta sumisa también incluye sentimientos de culpa cuando no sabe pedir lo que se quiere. El sujeto sumiso no se siente generalmente satisfecho, sino que se muestra inseguro y poco aceptado por otros. Su objetivo es apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa, aunque es común que el individuo no asertivo acabe por explotar.

Las variables que están presentes y asociadas con la ansiedad son sumisión, asertividad indirecta, no asertividad, machismo. Las variables de masculino y femenino, así como asertividad cotidiana, son discriminadas, es decir, que las mujeres ansiosas no presentan esta características.

La esterilidad y sus consecuencias son uno de los principales objetivos abordados en la psicoterapia de grupo con mujeres infértiles, se busca crear las condiciones para que puedan poner límites, en ocasiones, a los tratamientos, a sus parejas o familias políticas, ya que las presiones que ejercen sobre las pacientes es constante; por lo que refieren vivir con estados frecuentes de ansiedad que han incorporado a su forma de vida y, en general, sus respuestas ante las dificultades por no ser asertivas se hayan con trastornos adaptativos en forma crónica (Carreño, 1994).

Una propuesta interesante es el poder trabajar con este tipo de pacientes en psicoterapia. Es por ello que contemplamos, junto con otros estudiosos del tema, la necesidad de incidir no sólo en la problemática de esterilidad presente (eje sincrónico), sino de manera relevante, en las fallas narcisistas detectadas (eje diacrónico), ya que esto repercute directamente en las manifestaciones observadas ante la imposibilidad de la maternidad deseada (Arraz, Blum y Morales, 2001).

Cuando la variable de depresión se somete a análisis discriminante, en torno a ella se agruparon autoestima como una función inversa, es decir que las personas que presentan depresión tienen autoestima baja, desde luego, esto es congruente con las teorías de la depresión, lo mismo sucede con las variables de rol de género masculino y femenino, así como con la asertividad cotidiana; las variables de ansiedad rasgo y estado, sumisión, asertividad indirecta, machismo y no asertividad son explicativas y se asocian con la sintomatología de depresión como pudo observarse en los trabajos de Lara (1988) y Flores (1994). En estos trabajos se asocia la orientación de género de machismo y sumisión con la sintomatología depresiva en mujeres, en cuanto a la asertividad, la dimensión de no asertividad y asertividad indirecta se asocia con estados depresivos, aunado a lo anterior, cuando una mujer se encuentra con problemática reproductiva, estos niveles de sintomatología se ven incrementados como en la propia muestra, ya que en términos generales se esperaría un menor porcentaje y no el 32 % que se pudo registrar, ya que en poblaciones especiales u hospitalarias la sintomatología es alrededor de un 15 %. Sin embargo, este dato coincide con poblaciones adolescentes de mujeres en donde un 48 % presenta sintomatología independientemente de la clase social a la que se pertenezca (Aguilar, 1996).

Usando un análisis de regresión lineal se pudo obtener un modelo explicativo de la ansiedad rasgo y la depresión para las pacientes estériles de la muestra, cabe señalar que cuando sometimos al mismo análisis a la ansiedad estado el procedimiento no proporcionó ningún modelo.

En cuanto al modelo de ansiedad rasgo es pertinente aclarar el sentido que le dan sus autores a dicho concepto para tener un contexto explicativo. La ansiedad rasgo se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a la diferencia entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. Campbell lo describe como disposiciones conductuales adquiridas, éstas involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial, como a manifestar sus tendencias de respuesta ansiosa (Sielberger, Martínez, González, et al, 1980).

Cuando analizamos los resultados de la regresión en ansiedad rasgo se observa que la primera variable predictora es la autoestima explicándonos el 55 % de la varianza la que indica que existe una tendencia que ya se había mostrado en los estudios de validación del instrumento, en donde la escala rasgo del IDARE correlacionó significativamente con los tres factores que involucraron tensión psicológica o amenaza a la autoestima (amenazas al yo), pero no mostraron relación con el factor que implica dolor y peligro físico.

Una segunda variable es la de la escala de rol de género, la escala de sumisión, con una explicación de la varianza de un 60%. La sumisión o síndrome de mujer sufrida, también descrito como marianismo, maternalismo o hembrismo, que consiste en el culto a lo femenino, que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres, se les caracteriza por su gran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez en la relación con el varón. Este comportamiento lleva a las mujeres a no evitar el sufrimiento, sino a luchar por hacer que se conozca, mostrando actitudes correspondientes de abnegación (Lara, 1994). Dentro de las observaciones clínicas con frecuencia se pueden corroborar las descripciones con algunas pacientes.

La tercera variable proporcionada por el modelo es la orientación de género de machismo que al igual que la variable anterior son orientaciones que llevan al grado extremo de la ansiedad (Stevens, 1973 en Lara, 1994). El machismo también se manifiesta como la necesidad "de salirse siempre con la suya", de presionar para que los otros acepten los puntos de vista de uno y de ganar cada discusión en la que participa, considerando las opiniones diferentes como declaraciones de enemistad. Se considera una formación reactiva del estilo de sumisión.

Por otra parte, debido a la importancia que se da a la "dignidad" dentro del machismo, ésta se muestra como una hipersensibilidad que lleva al individuo a interpretar casi cualquier comentario como un insulto, lo importante es la demostración de masculinidad, potencia sexual y capacidad de engendrar tanto en hombres como en mujeres (Lara, 1994).

La cuarta y última variable es la dimensión de asertividad en situaciones cotidianas, cuando esta variable se encuentra baja y este tipo de pacientes no recurre a este medio para expresar, tiene que utilizar preferentemente otro tipo de dimensión para hacerlo como pudiera ser la asertividad indirecta o bien la no asertividad, lo que implicaría que la paciente no haga valer sus derechos en diferentes situaciones de la vida cotidiana ante sus familiares o con personas desconocidas. Esto genera un grado importante de ansiedad por no utilizar los recursos adecuados para manifestar sentimientos, deseos y emociones ante su situación de esterilidad, al permitir manipulaciones de la pareja y familiares, al no poder poner límites en torno a su tratamiento, lo que genera con frecuencia cantidades importantes de malestar y dolor que se traducen en ansiedad, por no cumplir con la expectativa que se tiene de ella (Carreño, 1994).

Cuando buscamos un modelo que explique la depresión en mujeres con problemas de fertilidad, se pudo encontrar, mediante el método de regresión lineal múltiple, que la primera variable que explica la depresión con un 59 % es la ansiedad rasgo; es decir, si una mujer como la de la muestra presenta con anterioridad ansiedad-rasgo, tiene un alto porcentaje de que por un evento reproductivo como la esterilidad presente depresión, cuando se da esta relación y también se encuentra presente como

antecedente una baja autoestima entonces el riesgo se presenta en un 65%. Lo que llama la atención es que dentro del modelo explicativo no se presenten variables de tipo sociodemográficas, o bien, como en el modelo anterior pudieran ser el rol de género en sus cuatro áreas o la asertividad en sus tres dimensiones; como lo han sugerido una buena proporción de estudios que se han realizado en torno a la depresión, factores como tipo de esterilidad, años de evolución y el contar con un hijo vivo son variables que no intervienen en el momento de generar el modelo explicativo de depresión y esterilidad. Esto pudiera tener implicaciones acerca de que la esterilidad por sí misma no va a generar un fenómeno depresivo, la sintomatología de este fenómeno bien puede ser en un inicio, como se ha planteado con anterioridad, un proceso adaptativo siempre y cuando su manifestación no sea de síntomas intensos. Se ha comprobado que la autoestima está positivamente asociada, en general, con aquellos índices o fenómenos que reflejan una vida mentalmente sana y con una adaptación eficaz; se considera que la autoestima es un buen predictor de adaptación y salud mental (Gonara, 1975; Taylor y Brown, 1988, en Cardenal, 1999). Sin embargo, cuando la esterilidad se convierte en un padecimiento que rebasa los ocho años de evolución, la depresión amenaza con ser de forma permanente, interfiriendo con la vida cotidiana de las pacientes y sus familias (Carreño, Morales, Aldana y Flores, 2000).

En el caso de la infertilidad las influencias culturales no sólo moldean la expresión de sintomatología de la enfermedad, sino también la reacción del individuo y de su medio social a los síntomas manifiestos (Calderón, 1990). No se puede pasar por alto el hecho de que cuando encontramos una adaptación aparente mediante la expresión de síntomas como depresión y ansiedad, y nos pudiera parecer adecuada, es sabido que esta aparente adaptación es sólo la máscara con la que se están cubriendo viejos problemas. Son ideas y pensamientos comunicados fundamentalmente por los padres en los primeros años acerca del mundo exterior y del propio niño que se constituyen en auténticas directrices del psiquismo del sujeto, debido, sobre todo, al contexto en el que fueron transmitidas, plagado de emociones, de gestos afectivos y sentimientos emergentes de las figuras parentales que estructuran muchos de los contenidos de la autoestima en una etapa temprana del desarrollo infantil (Bleichmar, 1997).

Los niveles de ansiedad y depresión que se han reportado a lo largo del trabajo se ubican dentro de la literatura como de carácter neurótico. Como en casi todas las depresiones de carácter neurótico los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida y determinando los rasgos de personalidad. Estos rasgos no son heredados sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia (Calderón, 1990).

No basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir los sentimientos de culpa de conflictos creados por necesidades inconscientes de incidentes que en la vida del paciente han tenido algunos significados, así como las tensiones familiares incluyendo las matrimoniales y las sexuales. Son muchas las mujeres que desde la más temprana infancia se les negó el estímulo para emprender una carrera; en cambio se les alentó de manera encubierta a manifestarse hacia la maternidad y tareas domésticas, metas que parecen deseables porque se les asocia con la realización de los sueños de amor romántico. La autoestima se presenta como un conjunto de valoraciones que se traducirían en conductas autorrepetidas, como son las respuestas cognitivas motoras y fisiológicas o afectivas, con respecto a la valoración que un sujeto hace sobre sí mismo (Cardenal, 1999).

Es obvio 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, esto no es lo más frecuente, pues lleva a considerar que se ha puesto una gran cantidad de esfuerzo para formar una familia dentro de los patrones tradicionales y, por consiguiente, esta lucha no se ve coronada por el producto esperado, es decir, un hijo, circunstancia que se enfrenta con un fin sin sentido que obliga a reorientar la energía, no sin una vivencia de pérdida y frustración.

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 tal es el conflicto intrapsíquico que se manifiesta en la mujer infértil, como puede observarse su importancia radica en que toca aspectos nodales de la identidad y el concepto de sí mismo.

Cuando se habla de cambios emocionales, el no lograr el embarazo tiene que ver que el deseo de la reproducción ocupa un lugar central en los objetivos de la pareja y desplazan a la periferia otros objetivos por los cuales están unidos. Por ser un objetivo central este no puede ser desplazado o compensado por otro, se vive como importante por no ser un evento que impacta sólo el presente sino también es un predicamento hacia el futuro, que tiene que ver con la sensación de indefensión y desesperanza; en consecuencia la motivación hacia el objetivo, inicia a decrecer en manifestaciones que van desde el abandono del tratamiento hasta la separación de la pareja por no poder enfrentar esta crisis vital en forma conjunta. Previo a este abandono, la ansiedad es una forma de afrontar los acontecimientos desagradables, las parejas viven con la sensación de estar en peligro, no sólo por los tratamientos sino también por los diagnósticos, la fantasía juega un papel determinante, manejando los dos extremos: por un lado, que en la próxima consulta se les informará que pueden lograr el embarazo o bien que su problema no tiene solución; dependiendo de las expectativas que el médico maneje se incrementa o se disminuye esta fantasía, se genera impotencia para enfrentar la realidad, acompañada de una representación psicológica en donde la vivencia de la mujer infértil es sentirse como un ser incapaz, inferior, débil físicamente, lo que incrementa los sentimientos de culpa (Carreño, Bustos y Morales, 1997).

Si la vivencia de sufrimiento se prolonga durante los tratamientos, no se logra compensar el deseo de la maternidad y las estrategias de afrontamiento puestas en juego no logran funcionar, después de cierto tiempo, se vive un decremento en la calidad de vida, que irá minando los objetivos, la convivencia y la salud psicológica de las personas que bajo ningún tratamiento lograron el embarazo.

Los sentimientos de impotencia y desesperanza, mezclados con sentimientos de culpa que han revestido la vida emocional de las personas infértiles, de los cuales algunos

tienen su origen en situaciones de carácter sexual, como por ejemplo que la masturbación o tener parejas múltiples previas al casamiento, son condicionantes para estar en la situación actual; la certeza de que estas prácticas dañaron en forma importante su cuerpo, se instala dentro de su sistema de creencias como una forma de darle sentido a un evento que no pueden explicar por los hallazgos médicos, con el objetivo de manejar en forma tangible la situación; en cuyo caso el evento culposo se dirige en contra de la representación de valía que tiene la persona, lo que provoca la pérdida de la autoestima.

El hijo se busca como soporte de la autoestima, por lo que cobra gran valía si el embarazo se da, en este proceso el sentimiento de posesión repercutiría en el incremento de la autoestima; en algunos casos, el deseo del embarazo escapa a las posibilidades reales de la pareja, por lo que la rabia y la frustración se han de convertir en una forma de relacionarse, mediante respuestas y conductas hostiles, las cuales se emplearán como una forma de protegerse contra los cuestionamientos de la familia y amistades evitando las preguntas sobre los hijos. Desde luego también como una forma de experimentar en menor grado los cambios emocionales que ha sufrido durante los procesos del tratamiento, ya que el mantener el sentimiento de culpa en el mundo interno provocaría un difícil manejo, al no poder materializar la vivencia interna. Cuando la problemática se va prolongando, al paso del tiempo se impactan otras áreas sustantivas de las personas como el autoconcepto, la autoestima, las relaciones de pareja, la familia, el entorno social y la respuesta sexual. En esta situación no se trataría, por tanto, de ofrecer autoestima a la persona, sino de "demostrar" los criterios y los valores tan erróneos sobre los que se asienta su autovaloración, y propiciar alternativas en otras áreas de su vida donde encuentre posibilidades realistas de obtener autoaceptación (Cardenal, 1999).

Cuando se ha realizado el diagnóstico de infertilidad, la primera reacción de la pareja es de ansiedad, la función de la ansiedad defensiva instantánea ante el peligro ejerce una función protectora en las diferentes especies y ha salvaguardado a la humanidad durante miles de años. Desde una perspectiva ontogénica, los miedos comunes son una adquisición biológica temprana destinada a preservar a la infancia de posibles daños (Echeburria, 1992).

Evaluada desde un contexto etiológico y evolutivo, la ansiedad es una reacción adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, que permite aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de lucha y huida (Vallejo; 1990). En sentido genérico, la ansiedad constituye una emoción o afecto, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza a la identidad del Yo (Vallejo, 1990). De igual forma que muchos otros trastornos cuya etiología es diversa, ya que entraña componentes biológicos, existenciales, afectivos como en la ansiedad, se ha intentado a través de la historia y como producto de interés científicos explicarla de forma acertada y objetiva, y se le ha abordado desde diferentes perspectivas que han permitido su comprensión en la actualidad. Desde la posición de Freud, la ansiedad se concibe no como un proceso fisiológico, sino más bien, psicológico, como una señal que aparece ante el peligro y amenaza, y es central en el conflicto psíquico y en el origen de la defensa psicológica. La reacción de ansiedad será proporcional a la intensidad de temor que crea en el sujeto, la duración de la reacción dependerá de la persistencia del sujeto en interpretar tal situación como amenazante; independientemente de la etiología del trastorno se manifiestan síntomas tanto psicológicos como fisiológicos. Esto se traduce como una ansiedad provocada por una valoración poco adecuada de dichas señales, ya que cualquier pequeña desarmonía se interpreta como un estímulo, como una carga de peligro potencial; la ansiedad se observa como un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, ya sea física, psicológica o ambas, dando lugar a conflictos psicológicos, trastornos fisiológicos o desadaptación social, como sucede con las mujeres que están en tratamiento por problemas de infertilidad.

En el contexto clínico se ha observado que la autodevaluación, incompreensión y envidia hacia otras parejas son síntomas de depresión comúnmente referidos por las mujeres con problemática de infertilidad. Una habilidad disminuida para cumplir con recomendaciones médicas, pérdida de interés, desesperanza, pérdida de energía, disminución de la autoestima y sentimientos de culpa, son síntomas de depresión que comúnmente que alteran la vida de las pacientes. Hay otros síntomas que pueden interferir no sólo con la disponibilidad de la pareja para colaborar en su tratamiento, sino

también en su efecto negativo en otras áreas de la vida como: la dependencia de los demás para tomar decisiones, exigir apoyo comprensión y amor constante, la actividad que se circunscribe a tratamientos médicos se encuentra disminuida, abandono de trabajo, formación escolar, actividades sociales y familiares y la vida sexual. Pueden presentarse cambios bruscos en el peso corporal debido a la ingesta excesiva de alimentos o una disminución de ellos, cuando la ansiedad se acompaña de depresión, el estado de ánimo en general se expresa a través de sentimientos de tristeza, inseguridad, soledad, desesperanza, abatimiento y desánimo, labilidad emocional, irritabilidad y cólera; en ocasiones, la pareja se muestra incapaz para reaccionar a las cosas que normalmente les producían alegría, es decir, muestran desinterés o incapacidad para sentir placer por actividades habituales. El pensamiento se encuentra invadido por ideas redundantes en torno a la maternidad, que al no lograrla se manifiestan por medio de ideas de pesimismo, culpabilidad y autocastigo; con frecuencia las ideas de incompetencia no sólo se limitan a la vida reproductiva, sino que abarcan otras áreas de su vida que en ocasiones pueden generalizarse logrando distorsionar la realidad, lo que hace que se nieguen los éxitos y habilidades que se mantenían antes de enfrentar la infertilidad.

Se requiere ampliar el abanico de opciones para las mujeres, de manera que la maternidad sea un elemento más que compita con éstas y no la única fuente de satisfacción personal (Palma, 1994). En algunas ocasiones se pueden ir generando cambios radicales, en donde se de una nueva valoración de las necesidades y de las fuentes de satisfacción. Asimismo, la maternidad no debe realizarse para garantizar el rol de género, la reproducción, la identidad, la autoestima y el soporte emocional en la mujer.

CONCLUSIONES

El manejar como variable independiente la autoestima es adecuado ya que permite reconocer que la esterilidad por sí misma no provoca la sintomatología, sino que es la baja autoestima la que provoca los síntomas ante cualquier evento vital que tenga que enfrentar la mujer con o sin problemática de esterilidad.

La esterilidad durante los seis primeros meses de diagnóstico se puede presentar como trastorno adaptativo agudo, puede variar con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, así como no especificado, tal como lo refiere el manual de diagnóstico del DSM IV. Sería lo esperado ante cualquier situación que se valore como riesgo de cambiar las expectativas de vida que tienen las personas.

Cuando la mujer estéril tiene síntomas depresivos o ansiosos por más de seis meses como el caso del 30 % de las mujeres valoradas, se puede estar hablando de trastorno adaptativo crónico, que puede ser del tipo con estado de ánimo depresivo, ansiosos o mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, las personas con esterilidad tienden a cronificar la sintomatología cuando tienen antecedentes de autoestima baja y ansiedad rasgo como característica.

La ansiedad-rasgo es una característica que viene anclada a los rasgos de personalidad, es una forma de respuesta ante cualquier evento evaluado subjetivamente como amenazante y, por tanto, no es adaptativa, ya que tiende a ser una manifestación crónica.

La esterilidad por sí misma no genera cambios emocionales que lleven a manifestar sintomatología depresiva y ansiosa de leve a severa, sino que la mayoría de las mujeres de la muestra por ser estériles estarían deprimidas o ansiosas y no es así.

Cuando se habla de depresión, la literatura nos refiere el fenómeno como de origen multicausal y para esta población de mujeres se puede predecir sólo con dos variables con un 65% de certidumbre.

El que una paciente pueda manifestar un autoestima baja permite reconocerse como argumento importante para que se le someta a tratamiento de psicoterapia.

Cuando una paciente obtenga un puntaje por arriba del punto de corte en la ansiedad rasgo en el instrumento del IDARE tendrán que ofrecerse alternativas de tratamiento psicológico.

Los cambios emocionales que se presentan en las mujeres estériles con síntomas depresivos tienen que ver con constructos como la autoestima y la ansiedad rasgo que pertenecen a adquisiciones tempranas de las características de la personalidad.

Los síntomas de ansiedad estado funcionan como elemento adaptativo al enfrentarse a situaciones de evaluación ya que 47 % de pacientes de la muestra lo presentaron al momento de la entrevista.

Si bien la ansiedad tiene su explicación como un fenómeno multifactorial, los síntomas de ansiedad rasgo pueden predecirse en la muestra con variables como autoestima, sumisión, machismo y no tener asertividad cotidiana, con una certidumbre del 62 %.

La depresión y la ansiedad como síntomas frecuentes en el 30 % de la población de mujeres estériles del INPer pudieran ser adaptativos, siempre y cuando no sean síntomas que se vivan subjetivamente como muy intensos o se establezcan como crónicos

Los resultados son de importancia clínica ya que permitirán establecer programas de atención focalizados para las mujeres estériles que asisten al Instituto Nacional de Perinatología.

Los síntomas depresivos no tienen relación con variables sociodemográficas para la muestra valorada.

Los síntomas de ansiedad no tienen correlación con variables sociodemográficas de la muestra valorada, ya que su nivel de explicación tiene que ver con la historia de vida de

la paciente. La autoestima es un constructo multidimensional y se puede considerar como rasgo, como estado, como estructura y también como proceso.

Los instrumentos de tamizaje como IDARE, Zung y autoestima son adecuados para la medición de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa.

SUGERENCIAS

- Replicar el trabajo en población que no sea de mujeres estériles para ver si las variables que explican los fenómenos depresivos y ansiosos tienen el mismo comportamiento que los encontrados en este tipo de población.
- Continuar con la línea de investigación en torno a los cambios emocionales en la esterilidad, buscando variables del tipo de rasgos de personalidad como elementos que permitan dar cuenta del fenómeno independientemente la esterilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adams, C. y Sherer, M. (1985). Sex-role orientation and psychological adjustment: Implication for the masculinity model. *Sex Roles* 12, 1211-1217.
2. Aguilar G. M, Berganza C. E. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de psicología*, 28 (2) 65-72.
3. Aisenson K., A. (1989). *Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo*. Fondo de Cultura Económica: México, D.F.
4. Alberti, R.E. Emmons, M.L. (1980). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. Impact: San Luis Obispo, California.
5. American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª. ed.). Masson: Barcelona, España.
6. *Anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología* (1999). México D.F.
7. Arraz, L-L, Blum, G-B y Morales C. F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum*, 15:133-138.
8. Aschen, R. (1997). Assertion training therapy in psychiatric milieus. *Archives of Psychiatry Nurs*, 11 (1), 46-51.
9. Badinter P. (1994). *Familia, sexualidad y matrimonio durante la colonia en el siglo XIX*. En *Antología de la sexualidad humana*. Tomo I. Porrúa-Conapo: México D. F. pp 203-218.
10. Bardwick, D. J. (1983). *Psicología de la Mujer*. Alianza editorial: México, D. F.
11. Berg, B. Wilson, J. (1991) Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 166 (5) , 307-316.
12. Benería, L. (1984). *Reproducción, producción y división sexual del trabajo*. CIPAF: Santo Domingo.
13. Bleichmar, M. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós.
14. Burin, M. (1999). *Ámbito familiar y construcción del género*. En Burin, M. y Meler, I. (Eds.) *Género y familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós: Buenos Aires. pp. 71-87.

15. Burns, R. M. (1987). Infertility as boundary ambiguity: One theoretical perspective. *Family Process*, 26 (4), 359-372.14.
16. Bustos L. H. (1994). *Esterilidad e infertilidad*. En: Antología de la sexualidad humana, Tomo III. Ed. Conapo- Porrúa: México, D.F. pp 9-48.
17. Bustos, O. (1994). *La formación del género: El impacto de la socialización a través de la educación*. En CONAPO (Ed.). Antología de la sexualidad humana. Tomo I. Miguel Porrúa.: México, D. F. pp. 267-298
18. Buxo, J. (1991). *Antropología de la mujer*. Antrhopos: Barcelona.
19. Calderón, N. (1990). *Depresión: causas manifiestas y tratamiento*. Trillas: México D. F. pp 57-86.
20. Cardenal, H. V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Aljibe: Málaga. pp. 40-107.
21. Carreño, M. J. (1994). Programa de atención a la paciente estéril. *Psicología Iberoamericana*, 2,2. 63-70.
22. Carreño, M. J., Bustos, L. H. y Morales, C. F. (1997). Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida. *Perinatol Reprod Hum* 11: 89-94.
23. Carreño M. J., Morales, C. F., Aldana, C. E. y Flores, M. A.(2000). *Depresión y Ansiedad en Distintos Periodos de Evolución de la Esterilidad*. *Perinatol Reprod Hum*, 14: 14-21.
24. Castelezo, E. M., Morales, C. F. y Carreño, M. J. (1999). *Estudios y terapéutica en infertilidad y su relación con el estado emocional* En: Vázquez B. E. (Ed.). *Medicina reproductiva en México*, Ed. JGH: México. D. F. pp 231-234.
25. Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona, España.
26. Dávalos, M. (1994). *Familia y sexualidad y matrimonio durante la colonia y el México del siglo XIX*. En antología de la sexualidad humana, Tomo I. Ed. Porrúa-Conapo: México D. F. pp. 153-178.
27. Coopersmith, S. (1993). A Meted for Determining types of self-esteem. *Journal of abnormal and social psychology*, 59 (1) 87-94.
28. Díaz, L., Rivera, A. y Sánchez, R. (1994). Género y Pareja. *Psicología contemporánea*, 1(2) 4-15. Manual Moderno: México, D. F.

29. Echeburria, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Pirámide: Madrid, España. pp. 75-92.
30. Elpern, S, Karp, S. A. (1984). Sex-role orientation and depressive symptomatology. *Sex Roles, 10*, 987-992.
31. Feingold, A (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological bulletin, 116* (3) 87-94.
32. Fernsterheim, H. y Baer, J. (1993). *No diga sí cuando quiera decir no*. Grijalbo: México, D. F.
33. Ferran, A (2000). *SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico*. México: McGraw Hill, pp. 287-308.
34. Ferró, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. Siglo XXI: Barcelona, España.
35. Flores, F. y Parada, P. (1994). *La Sexualidad y las ideologías en: Antología de la Sexualidad Humana, Tomo I*. Porrúa- Conapo: México D. F. pp. 203-218.
36. Flores, M. (1994). *Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables*. Tesis doctoral, UNAM, Facultad de Psicología: México, D.F.
37. Flores, M., Díaz, R. y Rivera S. (1988). Asertividad-Agresividad y Conflicto en una muestra mexicana. *La psicología social en México, 2*, 16-20.
38. Fromm, E. (1990). *El miedo a la libertad*. Paidós: México, D. F.
39. García, S. A. (1991). *El autoconcepto de la pareja estéril*. México, D.F. Tesis de Maestría, UNAM. Facultad de Psicología, México, D. F.
40. Gonzalbo, P. (1985). *La educación de la mujer en la Nueva España*. Ed. Caballito-Sep.: México, D. F. pp 45-49.
41. González, C. G. y Morales, C. F. (1993). Normatización de un instrumento para medir depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum, 7* (3); 110-113.
42. Hammer B. (1993). An overview of the psychology of infertility, psychological issues in fertility. *Infertility and reproductive medicine clinics of North America*. Vol.4, N.3, pp. 433-450.
43. Hernández. T. (1992, 4 de Mayo). De la esterilidad a la condena social. *La Jornada*. Pp. 5-7.

44. Holahan, C. K., Spence, J. T. (1980). Desirable and undesirable masculine and feminine traits in counseling clients and unselected students. *Journal counseling and Clinical Psychology*, 46, 298-313.
45. Holmes, H. B. y Tymistra, T. (1987). In vitro fertilization in the Netherlands: Experiences and Opinions of dutch women. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4(2), 116-123.
46. Hunt, L. (1993). *La decisión de ser madre para la mujer de hoy*. Gedisa: Barcelona, España.
47. Instituto Nacional de Perinatología (1990). *Manual de normas y procedimientos en ginecología*. INPer: México D.F.
48. Jakubowski, P. E. y Lange , S. B. (1978). *The assertive option; Your rights and responsibilities*. Research Press Company: E.U.A.
49. Kling K., Shibley H. J., et. al. (1999). Gender differences in self-esteem: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125 (4) 126-135.
50. Lalos, O. y Lalos, L., et al. (1985). The wish to have a child. *Acta, Psychiatric Scan.*, 72: 476-481.
51. Lamas, M. (1994). *El Problema de la Igualdad entre los Sexos*. En: Antología de la Sexualidad Humana, Tomo III. Porrúa-Conapo: México D. F., pp.173-202.
52. Langer, M. (1985). *Maternidad y sexo*. Paidós: México, D. F.
53. Lara, C. A. (1991). Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14 (1) 12-18.
54. Lara, C. A. (1993). *Inventario Masculinidad y femineidad*. Manual Moderno: México, D. F.
55. Lara C. A. (1995) *La salud mental de las mujeres: qué sabemos y hacia dónde dirigirnos*. Reseña de la X reunión de investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, pp. 146-154.
56. Lara, C. A., Medina, M. E. y Gutiérrez, C. E. (1988). Estudio sobre las características de personalidad: Masculinas y Femeninas. *Investigación y desarrollo aplicados*, 2 (2), 9-17.

57. Lara, C. A., Verduzco, M. A., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2). pp 247-255.
58. Lazarus, A. A. (1973). On Assertive Behavior: A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697-699
59. Malhsted, P. (1991). The infertility crisis: an opportunity for growth. *Perinatología y Reproducción Humana*, 5 (2), 89-94.
60. Meler, I. (1999), *El pasaje de la pareja en la familia. Aspectos culturales, interpersonales y subjetivos*. En. Burin, M y Meler, I. (Eds.), *Género y familia poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Paidós: Buenos Aires, Argentina. pp.163-191.
61. Morales, C. F. (1992). *Repercusiones emocionales en la reproducción*. En: Karchmer S. K. (Ed.). *Temas selectos de la reproducción humana*. Instituto Nacional de Perinatología. México D. F. pp. 755-762.
62. Morales, C. F. (1995). Autoconcepto y características de la personalidad: un estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y fértiles. *Perinatología y Reproducción*, 9 (2), 93-97.
63. Morales, C. F. y González, C. G. (1990). Normalización de un instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología*, 7 (1-2) 75-79.
64. Ochotorena, B. y Gómez, T. C. (1990). Sintomatología depresiva en la mujer; influencia del rol sexual y el estatus laboral. *Psicología social*, 5 (1) 43-59.
65. O'Hara, et. al. (1995). *Psychological Aspects of Women's Reproductive Health*. Springer Publishing Company: New Cork, USA. pp 151-15.
66. Palma, C. y Rivera, R. (1994). *La Percepción Social de la Maternidad*. En: Antología de la Sexualidad Humana, Tomo II. Porrúa- Conapo: México, D. F. pp. 401-430
67. Petrie, K. y Rotheram, M. J. (1982). Insulators against stress: Self-esteem and assertiveness. *Psychological Reports*, 50, 963-966.
68. Rees, S. y Graham, S. (1991). *Assertion Training. How to be who you really are*. Routledge: New York, USA.

69. Rosenthal, M. B. (1993). Psychiatric aspects of infertility and assisted reproductive technologies. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*, 4 (3) 471-481.
70. Salmurri, F. (1991). Asertividad [En red]. Disponible en : [www. geocities. com/ HotSprings/Villa/4551/ asertividad.htm](http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/4551/asertividad.htm).
71. Seibel, M. y Levin, S. A. (1987). New era in Reproductive Technologies: The emotional stages of in vitro fertilization. *Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 4(3), 135-140.
72. Spielberg, A., Martínez, U., González, R., Natalicio, L. y Díaz, G. (1980). *Inventario Ansiedad Rasgo-Estado*. Manual Moderno: México D. F.
73. Szassz, I. (1994). Salud reproductiva y sociedad. *Boletín informativo del Colegio de México*, El Colegio de México: México, D. F. pp. 15-19.
74. Szassz, I. (1993). Desigualdad de género y salud reproductiva una perspectiva para el programa. *Boletín informativo del Colegio de México*. El Colegio de México: México, D. F. pp. 23-3664.
75. Videla, M. (1990). *Maternidad mito y realidad*. Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina. p. 75.
76. Vallejo, R y Gastó, F. (1990). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Salvat: Barcelona, España.
77. Villafuerte, L. (1991). *El matrimonio como punto de partida para la formación de la familia. ciudad de México, Siglo XVII*. En Familias Novohispanas, Siglos XVI al XIX. El Colegio de México: México D.F. pp. 91-110.
78. Wright, J. y Bissonete, F., et. al. (1991). Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility* 55(1), 100-108.
79. Zung, W. W. y Dhuram, C.A. (1991). Self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat*, 13, 508.

Dirección de Investigación
Subdirección de Investigación Clínica
Departamento de Psicología

ESCALA DE AUTOMEDICION DE DEPRESION

Nombre: _____ Expediente: _____ Fecha: _____

	Muy pocas Veces	Algunas veces	La Mayor parte del Tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

85

Instituto Nacional de Perinatología
 Dirección de Investigación
 Subdirección de Investigación Clínica
 Departamento de Psicología

**CUESTIONARIO DE MASCULINIDAD Y FEMINEIDAD
 IMAFE**

Nombre o número de cuestionario: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

ESCALAS		
M	_____ /15 Σ 1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57	_____
F	_____ /15 Σ 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58	_____
MA	_____ /15 Σ 3 7 11 15 19 23 27 31 35 39 43 47 51 55 59	_____
S	_____ /15 Σ 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60	_____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué también crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca o casi nunca soy así	Muy pocas veces soy así	Algunas veces soy así	La mitad de las veces soy así	A menudo soy así	Muchas veces soy así	Siempre o casi siempre soy así

Ejemplo:

Listo 3 Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.

Malicioso 1 Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.

Responsable 7 Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

Enseguida se encontrarán estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

Por favor no deje ningún inciso sin contestar

1. Seguro de mi mismo(a)	21. Dispuesto(a) a arriesgarme	41. Racional	
2. Afectuoso(a)	22. Deseoso(a) a consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños	
3. Enérgico(a)	23. Agresivo(a)	43. Rudo(a)	
4. Conformista	24. De personalidad débil	44. Dependiente	
5. Me comporto confiado(a) de los demás	25. Autosuficiente	45. Maduro(a)	
6. Compasivo(a)	26. Cariñoso(a)	46. De voz suave	
7. Dominante	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo(a)	
8. Simplista	28. Inseguro(a) de mi mismo(a)	48. Influenciable	
9. Analítico(a)	29. Independiente	49. Valiente	
10. Sensible a las necesidades de los demás	30. Amigable	50. Generoso(a)	
11. Individualista	31. Materialista	51. Frío(a)	
12. Sumiso(a)	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme	
13. Hábil para dirigir	33. Competitivo(a)	53. Reflexivo(a)	
14. Comprensivo(a)	34. Tierno(a)	54. Espiritual	
15. Ambicioso(a)	35. Autoritario(a)	55. De voz fuerte	
16. Incapaz de planear	36. Resignado(a)	56. Retraído(a)	
17. Tomo decisiones con facilidad	37. Atlético(a)	57. De personalidad fuerte	
18. Caritativo(a)	38. Dulce	58. Cooperador(a)	
19. Arrogante	39. Egoísta	59. Malo(a)	
20. Indeciso(a)	40. Cobarde	60. Tímido(a)	

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas referidas a datos generales. Agradecemos de antemano su colaboración y le recordamos que el cuestionario es confidencial. Los datos serán analizados en forma global, no individual. Gracias.

Nombre: _____ Núm. de expediente: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Sexo:

- Femenino
 Masculino

Estado civil:

- Soltera
 Casada
 Unión libre
 Divorciada

A cuanto asciende su ingreso mensual aproximadamente: _____

Trabaja:

- Sí
 No

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de afirmaciones. Usted debe indicar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles. Marque con una X la respuesta que daría en cada caso.

1. Completamente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Completamente de acuerdo

1. Puedo subir en la vida si tengo suerte.	1	2	3	4	5
2. Reclamo cuando una persona que llegó después que yo es atendida antes.	1	2	3	4	5
3. Si he adquirido boletos para viajar y los cancelan injustamente no dudo en reclamar.	1	2	3	4	5
4. Los problemas mundiales dependen de los poderosos y no de mí.	1	2	3	4	5
5. Me cuesta trabajo decir lo que pienso en presencia de mis padres.	1	2	3	4	5
6. Me esfuerzo más cuando compito con otros.	1	2	3	4	5

7. Me da pena pedir libros que he prestado a mis amigos.	1	2	3	4	5
8. Si algún artículo que necesito de la tienda no tiene precio le pregunto a la persona encargada.	1	2	3	4	5
9. Puedo llegar a ser alguien importante si tengo suerte.	1	2	3	4	5
10. Me es difícil elogiar abiertamente a mi pareja.	1	2	3	4	5
11. Cuando viajo en un tren o camión y una persona está ocupando el lugar que me corresponde le pido que lo desocupe.	1	2	3	4	5
12. Es importante para mí hacer las cosas mejor que los demás.	1	2	3	4	5
13. Acudo de inmediato a la oficina telefónica a reclamar por un cobro indebido de llamadas que yo no realicé.	1	2	3	4	5
14. Me va bien en la vida porque soy simpático.	1	2	3	4	5
15. En un grupo de amigos doy mi punto de vista sobre el tema aunque no sea igual al de los demás.	1	2	3	4	5
16. Las guerras dependen de los gobiernos y no hay mucho que yo pueda hacer.	1	2	3	4	5
17. Cuando la comida en un restaurante no ha sido cocinada a mi satisfacción me quejo de ello con el mesero.	1	2	3	4	5
18. Me disgusta cuando alguien me gana.	1	2	3	4	5
19. Si me molesta la actitud de mi hermano no soy capaz de decírselo.	1	2	3	4	5
20. Mi éxito en el trabajo dependerá de qué tan simpático sea yo.	1	2	3	4	5
21. Me cuesta trabajo decirles a mis padres lo que me molesta.	1	2	3	4	5
22. Mis calificaciones dependen de mí.	1	2	3	4	5
23. Me da pena decirle a un (a) amigo (a) que no le presto mi carro.	1	2	3	4	5
24. Tengo éxito si soy simpático.	1	2	3	4	5
25. Denunciaría a las autoridades pertinentes cualquier violación a los precios oficiales de algún artículo.	1	2	3	4	5

26. Me quejo cuando hay mal servicio en le restaurante o en cualquier otro lugar.	1	2	3	4	5
27. Mi país está dirigido por pocas personas y lo que yo hago no cambia nada.	1	2	3	4	5
28. Puedo decirle directamente a mi pareja que algo de su manera de actuar me molesta.	1	2	3	4	5
29. Prefiero denunciar un abuso de autoridad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
30. Si en un comercio tardan más del plazo fijado para la entrega de una mercancía les reclamo.	1	2	3	4	5
31. Mi éxito dependerá de lo agradable que soy.	1	2	3	4	5
32. Cuando mis amigos prefieren ir a algún lugar y yo no, se los digo abiertamente.	1	2	3	4	5
33. Puedo expresar mis sentimientos a mi pareja más fácilmente.	1	2	3	4	5
34. El éxito depende de mí.	1	2	3	4	5
35. Me cuesta trabajo tomar una decisión sin la aprobación de mis padres.	1	2	3	4	5
36. Me es más fácil pedir permiso a mis padres de salir a algún lugar por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
37. Soy trabajador.	1	2	3	4	5
38. Conseguir un buen empleo depende de mí.	1	2	3	4	5
39. Me cuesta trabajo decirle directamente a una persona que no tire basura en la calle.	1	2	3	4	5
40. El problema de la vivienda depende del gobierno.	1	2	3	4	5
41. Me incomoda cuando un amigo (a) me hace comentarios positivos sobre mi persona.	1	2	3	4	5
42. No dudaría en reclamar mercancía defectuosa.	1	2	3	4	5
43. Soy dedicado en las cosas que emprendo.	1	2	3	4	5
44. Puedo expresar mi cariño hacia mis padres con mayor facilidad por medio de tarjetas y/o cartas.	1	2	3	4	5
45. Me molesta que mis padres me digan los errores que he cometido.	1	2	3	4	5
46. El problema del hambre está en manos de los poderosos y nada puedo hacer al respecto.	1	2	3	4	5

47. Prefiero solicitar un ascenso en mi trabajo por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
48. Acepto salir con mis amigos aunque no lo desee.	1	2	3	4	5
49. Consigo lo que quiero si agrado a los demás.	1	2	3	4	5
50. Expreso con mayor facilidad mi enojo por teléfono a mis compañeros de trabajo que personalmente.	1	2	3	4	5
51. Me siento bien cuando logro lo que me propongo.	1	2	3	4	5
52. Puedo decirle a mis padres que actuaron injustamente más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
53. Muchas puertas se me abren porque tengo suerte.	1	2	3	4	5
54. Prefiero someterme a las órdenes de mi jefe que expresarle mi desacuerdo.	1	2	3	4	5
55. Prefiero pedirle un aumento de sueldo a mi jefe por medio de una carta que personalmente.	1	2	3	4	5
56. Soy cumplido en las tareas que se me asignan.	1	2	3	4	5
57. Me es difícil negarme a salir con mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
58. Me es difícil solicitar a mi jefe permiso para faltar al trabajo.	1	2	3	4	5
59. Obtener lo que quiero depende de mí.	1	2	3	4	5
60. Si una cajera de un establecimiento público me cobra más, se lo hago notar y le pido que rectifique.	1	2	3	4	5
61. Me gusta que lo que hago quede bien hecho.	1	2	3	4	5
62. Cuando un compañero de trabajo pide mi opinión sobre el desempeño de su trabajo soy capaz de decirle francamente que cometió un error.	1	2	3	4	5
63. Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos y deseos a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
64. Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte.	1	2	3	4	5
65. Puedo expresar mi punto de vista sobre el trabajo de un compañero con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5

66. El éxito de mi trabajo dependerá de las personas que están arriba de mí.	1	2	3	4	5
67. Me es difícil expresar afecto a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
68. Disfruto cuando puedo vencer a otros.	1	2	3	4	5
69. Soy cuidadoso al extremo de la perfección.	1	2	3	4	5
70. Prefiero disculparme por teléfono que personalmente con un amigo (a) de no haber acudido a una cita.	1	2	3	4	5
71. El éxito en el empleo depende de mí.	1	2	3	4	5
72. Me es fácil negarme a acompañar a un amigo a algún lado por teléfono que personalmente.	1	2	3	4	5
73. Ganarle a otros es bueno tanto en el juego como en el trabajo.	1	2	3	4	5
74. Si mi jefe inmediato me pide que realice una tarea la cual no es muy clara para mí le digo sinceramente que no sé cómo hacerla.	1	2	3	4	5
75. Conservar mi empleo depende de los jefes.	1	2	3	4	5
76. Me cuesta trabajo decirle a mi pareja decirle que "no" ante cualquier situación que me desagrada.	1	2	3	4	5
77. Mejorar mis condiciones de vida dependerá de las personas que tienen poder.	1	2	3	4	5
78. No soy capaz de solicitar un aumento de sueldo a mi jefe aunque lo necesite.	1	2	3	4	5
79. Es importante para mí hacer las cosas cada vez mejor.	1	2	3	4	5
80. Si una persona se tarda hablando en un teléfono público le digo directamente que se apure.	1	2	3	4	5
81. Frecuentemente pido disculpas a un amigo sabiendo que yo tengo la razón.	1	2	3	4	5
82. Mi sueldo dependerá de las personas que tienen el poder económico.	1	2	3	4	5
83. Me es importante hacer las cosas lo mejor posible.	1	2	3	4	5
84. Me es difícil elogiar abiertamente a un compañero de trabajo.	1	2	3	4	5
85. Me da pena pedir favores a mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5

86. Si mi jefe me critica injustamente me retiro de inmediato sin decir nada.	1	2	3	4	5
87. Mi éxito dependerá de los poderosos.	1	2	3	4	5
88. Me gusta resolver problemas difíciles.	1	2	3	4	5
89. Expreso abiertamente amor, cariño y afecto a mi pareja.	1	2	3	4	5
90. Acepto todas las órdenes que mi jefe me impone por temor a perder mi trabajo.	1	2	3	4	5
91. Una vez que empiezo una tarea persisto hasta terminarla.	1	2	3	4	5
92. Mejores puestos en el trabajo dependen de la suerte.	1	2	3	4	5

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE ASERTIVIDAD

Nombre: _____
 Núm. de expediente: _____

		TOTAL
Asertividad indirecta	<u>7 23 29 33 35 36 39 41 44 47 48 50 52 54 55 57</u>	
$\bar{X} = 2.40$	58 63 65 70 72 78 81 85 86 89 90 = /27	
Asertividad en situaciones cotidianas	<u>2 3 8 11 13 17 25 26 28 30 32 42 60 62 80 =</u>	
$\bar{X} = 3.91$	/15	
No Asertividad	<u>5 10 15 19 21 45 67 76 84 =</u>	
$\bar{X} = 2.45$	/9	

**DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
COOPERSMITH-INVENTARIO**

Nombre: _____ Fecha: _____

De las siguientes afirmaciones, señale la opción que se aplique a usted. Solo es SI o NO

- 1.- Generalmente los problemas me afectan muy poco SI NO
- 2.- Me cuesta mucho trabajo hablar en público SI NO
- 3.- Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi SI NO
- 4.- Puedo tomar una decisión fácilmente SI NO
- 5.- Soy una persona simpática SI NO
- 6.- En mi casa me enoja fácilmente SI NO
- 7.- Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo SI NO
- 8.- Soy popular entre las personas de mi edad SI NO
- 9.- Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos SI
NO
- 10.- Me doy por vencido (a) fácilmente..... SI NO
- 11.- Mi familia espera demasiado de mi SI NO
- 12.- Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy. SI NO
- 13.- Mi vida es muy complicada SI NO
- 14.- Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas SI
NO
- 15.- Tengo mala opinión de mi mismo (a) SI NO
- 16.- Muchas veces me gustaría irme de mi casa SI NO
- 17.- Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo SI NO
- 18.- Soy menos bonita que la mayoría de la gente SI NO
- 19.- Si tengo algo que decir generalmente lo digo SI NO
- 20.- Mi familia me comprende SI NO
- 21.- Los demás son mejor aceptados que yo SI NO
- 22.- Siento que mi familia me presiona SI NO
- 23.- Con frecuencia me desanimo en lo que hago SI NO
- 24.- Muchas veces me gustaría ser otra persona SI NO
- 25.- Se puede confiar muy poco en mi SI NO

DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse Aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo **se siente ahora mismo**, o sea, en este momento. No hay contestación buenas o malas. No emplee mucho tiempo En cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa Sus sentimientos ahora.

1.- Me siento calmado.....	1	2	3	4
2.- Me siento seguro.....	1	2	3	4
3.- Estoy tenso	1	2	3	4
4.- Estoy contrariado.....	1	2	3	4
5.- Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6.- Me siento alterado.....	1	2	3	4
7.- Estoy preocupado actualmente por algún contratiempo.....	1	2	3	4
8.- Me siento descansado.....	1	2	3	4
9.- Me siento ansioso.....	1	2	3	4
10.- Me siento cómodo.....	1	2	3	4
11.- Me siento con confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
12.- Me siento nervioso.....	1	2	3	4
13.- Me siento agitado.	1	2	3	4
14.- Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15.- Me siento reposado.....	1	2	3	4
16.- Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
17.- Estoy preocupado.....	1	2	3	4
18.- Me siento muy excitado y aturdido.....	1	2	3	4
19.- Me siento alegre.....	1	2	3	4
20.- Me siento bien.....	1	2	3	4

DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
IDARE

INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse Aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente **generalmente**, o sea, en este momento. No hay contestación buenas o malas. No emplee mucho tiempo En cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa Sus sentimientos ahora.

21.- Me siento bien.....	1	2	3	4
22.- Me canso rápidamente....	1	2	3	4
23.- Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24.- Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25.- Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26.- Me siento descansado.....	1	2	3	4
27.- Soy una persona " tranquila, serena y sosegada.....	1	2	3	4
28.-Siento que las dificultades se me amontonan al punto.....	1	2	3	4
de no poder superarlas... ..	1	2	3	4
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30.- Soy feliz	1	2	3	4
31.- Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32.- Me falta confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
33.- Me siento seguro.....	1	2	3	4
34.- Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35.- Me siento melancólico.....	1	2	3	4
36.-Me siento satisfecho....	1	2	3	4
37.-Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38.- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	
39.- Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40.- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.....	1	2	3	4