

00921
128



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LA CULPA COMO RESPUESTA EN EL SÍNDROME POST ABORTO Y
SU IMPACTO SOBRE EL AUTOCONCEPTO.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
LETICIA OROZCO TAPIA

DIRECTORA DEL PROYECTO:

C. DRA. SOLEDAD GARCÍA FUENTES

ASESORA METODOLÓGICA

C. MTRA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

SECRETARÍA GENERAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

A

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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por haberme dado la oportunidad de vivir para culminar con este paso que tanto anhele.

A JESÚS Y SOCORRO:

Por haberme dado la vida, por haberme apoyado en todo momento desde que empecé a estudiar hasta este momento que termine mi carrera.

A JESÚS JULIO:

Por que hubo momentos muy difíciles en la carrera y el con su júbilo y ánimo me daba la fortaleza para seguir adelante.

A FRANCICO JAVIER:

Por que gracias a el retome la confianza de que lograria todos mis sueños y por no dejarme desfallecer en los momentos más críticos de mi vida y por estar siempre ahí.

A LIC. TERESA SÁNCHEZ Y DRA. SOLEDAD GARCIA:

Por dedicarme el tiempo necesario y la asesoría oportuna.

GRACIAS POR SU AMOR Y PACIENCIA

Entregada a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico
conforme a mi trabajo investigativo

NOMBRE: Leticia Orta Tejada

FECHA: 5 de mayo de 2005

SIGNA: [Firma]

B

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL
Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACIÓN
P R E S E N T E :

Las que suscriben Profas. Soledad García Fuentes, y Teresa Sánchez Estrada; expresamos que hemos asesorado a la pasante de Licenciatura en Enfermería en la planeación y ejecución del proyecto de tesis titulado: " La culpa como Respuesta en el Síndrome Postaborto y su Impacto Sobre el Autoconcepto".

Según la estructura del documento consideramos que reúne los elementos teóricos y metodológicos exigidos para un trabajo de titulación a nivel licenciatura.

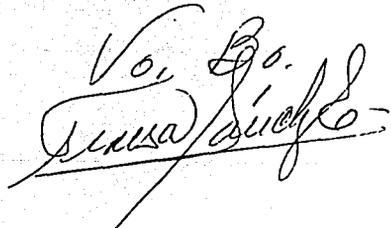
En este contexto ratificamos el compromiso en la formación de colegas a fin de fortalecer el proceso de profesionalización de nuestra Disciplina.

ATENTAMENTE

Por Mi Raza Hablará el Espíritu.

México, D. F. 10 de abril del 2003-04-1


Mtra. Soledad García Fuentes
Directora de Proyecto.


V. B. Soledad Sánchez Estrada

C

INDICE

	Págs.
Índice	I
Introducción	III
Antecedentes	1
Capítulo I	
Sentimiento de Culpa	6
Tipos de Culpa	7
La culpa persecutoria	7
La Culpa depresiva	8
Manifestaciones del sentimiento de culpa.	8
Expresiones del sentimiento de culpa	8
¿Se puede medir el sentimiento de culpa.	12
Capítulo II	
El Perdón	13
Etapas del proceso de Perdonar.	15
Diferencias entre perdonar, perdonarse y ser perdonado.	17
Factores que facilitan el proceso del Perdón.	17
Factores que influyen en la dificultad para el perdón.	17
Porque es importante perdonar y perdonarse a si mismo.	18
Capítulo III	
Aborto	20
Epidemiología	20
Historia	21
Concepto de Aborto	23
Síndrome Postaborto	25
Manifestaciones del síndrome postaborto.	25
Condiciones que llevan a una mujer a abortar.	30
Capítulo IV	
Autoconcepto	32
Componentes del Autoconcepto	34
Auto imagen (o identidad del yo).	34
Autoestima (auto respeto)	34
Si mismo ideal (ideal del yo o auto imagen idealizada.	34
Evolución del Autoconcepto	35
Principales teóricos del Autoconcepto	36
Erickson	36
Williams James	37
Cooley	39

D

Alfred Adler	39
Karen Horney	40
Harry S. Sullivan	42
Gordon Allport	43
Carls Rogers	44
George Herber Mead	44
Rogelio Díaz Guerrero	45
Rolando Díaz Loving.	47
Planteamiento del problema	48
Objetivo General y Específicos	48
Variables identificadas	49
Instrumentalidad	49
Expresividad	49
Afectividad	50
Variables de culpa	51
Material y Métodos	52
Resultados	
Hallazgos de la Investigación	54
Cuadros y Gráficas	
Sobre Sentimiento de culpa	67
Con respecto al autoconcepto	137
Conclusiones	185
Sugerencias	191
Glosario	193
Referencias Bibliográficas y Electrónicas	194
Anexos	200

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

E

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal abarca la temática sobre el sentimiento de culpa, síndrome postaborto y el impacto que tiene sobre el autoconcepto. Como punto de partida se realizó la consulta de materiales bibliográficos y electrónicos para estructurar el marco teórico, como antecedente de dicho estudio. Como resultado de ello se señala el planteamiento del problema de estudio, los objetivos que servirán como las directrices del estudio, así como los aspectos metodológicos.

Una vez obtenido el planteamiento del problema, se determino la muestra la cual se conformo de 100 casos, a quienes se les aplicaron dos instrumentos validados, estos son; La escala para medir sentimiento de culpa (escala SC-35), diseñada por Luis Zabalegui y el instrumento para valorar el autoconcepto (instrumentalidad, expresividad y afectividad) diseñado por el Dr. Díaz Loving.

Posteriormente se determino el Hospital en donde se conformaría la muestra, una vez hecha la recolección de datos, se procesó la información electrónicamente mediante el paquete estadístico SPSS versión 10 para Windows, con el fin de establecer frecuencias y porcentajes simples, para la interpretación de resultados se utilizaron cuadros y gráficas que se presentan en reporte utilizando documento de Word.

Dentro de los resultados podemos encontrar que las mujeres con Síndrome Postaborto cursan con un sentimiento de culpa, que se hace notar por que en los reactivos contestados reflejan inseguridad, miedo a la vida, agresividad, negación, angustia, incertidumbre ante el rechazo, no aceptación de si mismas.. En cuanto al autoconcepto se mostró una tendencia a la instrumentalidad negativa, es decir, se consideraron arrogantes, corruptas, aprovechadas, avorazadas, abusivas, ambiciosas y altaneras, se considera que algunos casos se emplearon como mecanismo de defensa ante un posible ataque social.

Por último se plantean las conclusiones y posteriormente se pretende dar algunas sugerencias a modo de que en el futuro se puedan brindar una atención y ayuda oportuna a este tipo de pacientes y al mismo tiempo sirva como antecedente para más investigaciones sobre esta temática. Al final del estudio se muestran los instrumentos que se emplearon y las referencias bibliográfica y electrónicas consultadas.

ANTECEDENTES

A través del tiempo se han realizado diversos estudios sobre autoconcepto, de todos ellos se han propuesto diversas teorías del comportamiento derivando conceptos como autoestima, autoconocimiento, discapacidades físicas, etc. A continuación se incluyen algunos ejemplos de estudios sobre autoconcepto, detectados mediante la revisión.

Zabalza estudió comparativamente las percepciones de sí mismo y de los ámbitos de vivencias más próximas y significativas, los datos se analizaron con base en la variable internamiento (inadaptación) y clase social, obteniendo como resultados que los muchachos internados tienen frágil y vulnerable su personalidad, modificando así su autoconcepto en relación a los chicos libres los cuales manifiestan una personalidad más firme y un desenvolvimiento como mayor seguridad. (Zabalza, 1978).

El objetivo de Jorge La Rosa fue la construcción, validación de escalas de locus de control y de autoconcepto. Como resultados de dicha investigación podemos citar que en la escala de locus de control se determinaron cinco dimensiones: fatalismo /suerte, poderosos del macrocosmos o control del macro sistema social, afectiva, internalidad instrumental y control del micro sistema social o poderosos del microcosmos. En lo referente al autoconcepto, cuyas escalas fueron construidas en el formato de diferencial semántico, se identificaron cuatro dimensiones fundamentales: social, emocional, ocupacional y ética. Con respecto a la dimensión social se presentan tres factores sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad. Dentro de la dimensión emocional se presento estados de animo, sentimientos interindividuales y salud emocional. Los índices de consistencia interna de las demás escalas fueron: ocupacional y ética. La consistencia interna de la escala total fue $\alpha = .94$. lo que posibilita una medida global de la autoestima. Como resultados se obtuvieron una gran cantidad de adjetivos para describir el individuo en cada una de las dimensiones propuestas, lo que permitió hacer una selección de los mismos de acuerdo a la frecuencia con que fueron sugeridos. Se observo que el número de adjetivos seleccionados para cada dimensión varlo entre 35 y 44, ya que para la dimensión social y emocional el numero de sugerencias fue muy grande. Se observo además, que algunos adjetivos sugeridos por la dimensión física no fueron incluidos por ser

propiamente descriptivos. En la dimensión emocional no fueron incluidos los adjetivos neuróticos, sugeridos por 14 sujetos por ser considerado muy extremo, pasando por varias discriminaciones se concluyó en la serie de instrumentos aplicados en dicho trabajo. (Jorge La Rosa, 1986).

Frías Navarro en su investigación el objetivo principal fue obtener información tanto teórica como empírica de la relación entre depresión y autoestima, dando como resultados que las variables escolares que discriminan estadísticamente a los niños son: número de alumnos por aula existencia o no de coeducación y la localización del colegio en la periferia o en el centro de la ciudad, respecto a las variables familiares se determinó: número de hermanos, ocupación de los padres, clase social y la existencia de discrepancia entre la clase social del padre y madre. Por lo tanto la baja autoestima es un síntoma destacado y de importancia relevante dentro de la sintomatología depresiva estando estos dos constructos íntimamente relacionados. (Frías Navarro, 1989).

Orrade Olaverri comprobó que una intervención didáctica diferenciada, programada en función del potencial de aprendizaje del niño con inteligencia límite puede mejorar sus estrategias cognitivas y su autoconcepto. Y concluyó que los niños y adolescentes cuya dotación, sin ser deficiente, se sitúa en un rango límite, mejorando sus condiciones intelectuales tras una intervención educativa de entrenamiento cognitivo. Por lo tanto aumentan significativamente el coeficiente intelectual verbal, manipulativo y total. No se ha obtenido mejora significativa en el rendimiento académico pero sí en el modo de participar en clase. (Orrade Olaverri, 1991).

En la investigación que realizaron La Rosa y Díaz Loving, el objetivo fue la construcción y validación de escalas para evaluar el autoconcepto en el formato de diferencial semántico. Partiendo de una muestra de 2626 sujetos, se hicieron diversos estudios pilotos hasta llegar a la forma actual del instrumento. Obtuvieron como resultados cuatro dimensiones fundamentales del autoconcepto: social, emocional, ética y ocupacional. La consistencia interna de la escala total ($\alpha=.94$), lo que indica la cohesión del constructo global del autoconcepto. (La Rosa, 1991)

Díaz Loving, Rivera y Sánchez abordaron el proceso de cultura en cada sociedad identificando diferentes manifestaciones denominadas instrumentales y

expresivas típicas e ideales a las que han colocado, según el género, en rasgos femeninos y masculinos, respectivamente lo cual ha demostrado una asociación socio cultural en sus normas. En una de las investigaciones se aplicó una muestra de 856 sujetos mexicanos de los que se perfilaron 326 adjetivos aplicados a la instrumentalidad y expresividad como elementos del autoconcepto en hombres y mujeres. Los resultados muestran listados de características expresivas e instrumentales típicas e ideales que fueron reportadas como socialmente deseables o indeseables. En 1957, Barry, Bacon y Child encontraron que aun en sociedades industrializadas se ejercía presión en los niños para lograr sus objetivos y valerse por si mismos mientras que las niñas se les conducía para ser obedientes y hábiles para la crianza; situación que compagina aun con la conducta de los antiguos nómadas en donde las mujeres se dedicaban a la crianza y recolección, mientras el hombre cazaba por alimento y pieles. En 1955 Parsons y Bales identificaron la tendencia de un rol orientado a metas para los hombres y uno con orientación a relaciones interpersonales para las mujeres. Battan en 1966 dice, que características como la autoprotección y autoafirmación (en el hombre) y la abnegación, preocupación por otros y necesidades de ser uno con los demás (mujeres) son dimensiones separadas pero coexistentes de la personalidad y que eran derivadas del entrenamiento en conductas instrumentales y expresivas. Este instrumento se extrapolo a la población mexicana a través de Díaz Loving y Díaz Guerrero con el apoyo de los iniciadores de estos estudios; para conservar la esencia del instrumento se trato que la traducción fuera a nivel conceptual más que literal; aplicando una prueba piloto a 600 individuos se encontró que estos conceptos eran válidos. Los estudios realizados muestran que las diferencias de género deben reconceptualizarse por completo hacia la biología, rol social y personalidad tomándolos como elementos independientes y mutuamente excluyentes, pero en constante interacción que se encuentran incluidos en el contexto sociocultural e histórico particular. (Díaz Loving, 1993)

Murillo consideró que la socialización familiar, los valores y el autoconcepto son temas clásicos de la psicología social. En el objetivo principal que planteaba el análisis de las relaciones de la socialización familiar, autoconcepto y valores en la adolescencia desde una perspectiva transcultural para lo que se seleccionaron dos muestras (una española y una colombiana) con instrumentos valorados y

factorizados por ambas culturas así como los análisis estadísticos pertinentes para descubrir las relaciones entre las variables y la articulación de las mismas. Obtuvo como resultados que el autoconcepto de cada cultura es diferente interviniendo las costumbres y mitos de cada una de ellas. (Murrillo, 1994).

Jiménez Rodríguez Antonio realizó una investigación que se centró en el esclarecimiento de las relaciones de autoconciencia con algunas dimensiones básicas de la personalidad, con diversos aspectos del autoconcepto. Los resultados indican que la autoconciencia privada se asocia negativamente con bienestar personal y adaptación social, y que estos, bienestar y adaptación se relacionan también de modo negativo con automonitorización. Por lo tanto, la autoconciencia estado y rasgo llevan una menor autoestima global, corporal, y autoconcepto real e ideal. Por tanto quedó vinculada la autoconciencia con dimensiones básicas de personalidad y se establecieron los efectos de estado y rasgo de autoconciencia sobre las distintas dimensiones del autoconcepto y sobre el rendimiento. (Jiménez Rodríguez, 1996)

Zulaica Isasti consideró que la existencia de una relación bidireccional entre el autoconcepto y el rendimiento físico, ha sido objeto de preocupación para numerosas investigaciones. Se ha comprobado con una muestra de 143 sujetos de estudio de la provincia de Guipúzcoa que la participación en deporte escolar, el estatus deportivo (titular/suplente) y el sexo se correlacionan con el autoconcepto. Por otro lado comprobó la eficacia de un programa de educación física integrado en el currículo de cara a la mejora del autoconcepto. (Zulaica Isasti, 1998).

García Gómez enunció un panorama general en el estudio del autoconcepto en España en un rango de tiempo de 1976 a 1998, concluyó que hay tres razones básicas para justificar el gran auge de los estudios sobre los constructos autorreferentes (autoconcepto, autoestima, autovalía) que están ocurriendo en los últimos años. En primer lugar, tanto el autoconcepto, como la autoestima, como otros constructos similares tienen un carácter holístico permiten, de alguna manera, resumir el sentimiento general de bienestar de una persona y esto se hace atractivo para la investigación. En segundo lugar, el auge de estos estudios al caos terminológico existente y en tercer lugar, se puede señalar que la gran eclosión producida de los estudios de autoconcepto refleja la onda expansiva de

lo que ocurre en el contexto internacional, fundamentalmente, en los Estados Unidos con lo que se conoce con el nombre de "Movimiento para la Autoestima". (García Gómez, 1999)

Muñoz Campos realizó una investigación en donde tomo como base la teoría de la discrepancia, así mismo su objetivo principal fue identificar las discrepancias entre las percepciones del autoconcepto actual, autoconcepto ideal y autoconcepto que debe ser

en niños de edad escolar. A partir de un instrumento realizado por el autor partiendo de redes semánticas. Concluyendo que fueron significativas las discrepancias del autoconcepto actual con respecto al ideal o que debe ser solo entre algunos de los diferentes aspectos del si mismo. También hubo diferencias por genero, edad y escolaridad de los sujetos de la muestra. Se señala la importancia de evaluar y estudiar la percepción del si mismo actual y las guías del si mismo en su relación con las emociones, como una valoración de sus efectos con el estado de salud mental de los niños, considerando la relevancia de la escala de autoconcepto actual, ideal y que debe ser para niños como un instrumento importante de valoración. (Muñoz Campos, 1999)

Martínez y Carballo resaltaron el análisis del autoconcepto en alumnos con necesidades educativas asociadas a ceguera o deficiencia visual. Consideraron que deben plantearse una serie de soluciones u orientaciones que permitan una mejora y una integración del alumno con deficiencia visual en el ámbito educativo con fin de conseguir normalización y autonomía del sujeto. (Martínez y Carballo, 2000)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

EL SENTIMIENTO DE CULPA

Según las definiciones mas usadas sobre culpa se trata de una actitud emocional por la cual el sujeto se siente en pecado. Por lo tanto ese sentimiento, en general incomprensible para él y que le produce angustia, envuelve, generalmente, en un conflicto emocional causado por una transgresión, real o imaginaria, en acto o en pensamiento, a las normas éticas, sociales, religiosas establecidas.

"Desde el punto de vista psicológico, la culpa es fundamentalmente una valoración, cognitiva y afectiva, de comportamientos, cuando estos no están de acuerdo con una determinada escala de valores morales".(Zabalegui, 1997) Para dar lugar al sentimiento de culpa son muchos los elementos que lo configuran, las situaciones anteriores (objeto, gravedad de la infracción, castigos experimentados anteriormente, estilo de educación, ambiente cultural, valores en uso dentro de su grupo), los rasgos de personalidad del culpable (predominio del pensamiento o de la afectividad, fortaleza o debilidad del yo, autoestima alta o baja) y por los hábitos o repertorios conductuales anteriores con diferente posibilidad de que se frecuenten (confesión, penitencia, reparación, cambios de actitud, huida y otros mecanismos de defensa con los cuales se busque aliviar el desagrado de tal sentimiento).(Zabalegui, 1997). La culpa es considerada como una secuencia en los que intervienen todos esos elementos que funcionan como condicionantes para la valoración de las acciones que son consideradas diferentes a todas las experiencias del sujeto y que además se consideran de índole errónea.

Además de las variables estimulares (antecedentes que recogen todas las experiencias del sujeto y las peculiaridades que rodean la transgresión), cognitivas (juicio moral), afectivas (sentimiento de culpa) y de comportamiento (acciones posteriores), estas anuncian predisposición total al sentimiento de culpabilidad. Por lo tanto este sentimiento puede modificar de manera total la conducta que el sujeto ha tenido siempre, provocando en él tendencias autodestructivas y aislamiento total. De esto se puede decir también que la predisposición personal a dicho sentimiento es el resultado de muchas influencias, primero, la constitución y los rasgos personales del sujeto, segundo, los aprendizajes anteriores y las situaciones vividas y actuales.

Lersch en una representación de profundidad dice que la culpa puede vivenciarse desde el miedo que se da al castigo, desde la vergüenza o en relación con los otros (emociones transitivas o yo social) como auténtica culpa, sentida al haber fallado ante ellos o por haberles causado un daño, e incluso experimentando como un dolor personal por no haber actuado de acuerdo a los valores morales.

Dentro de sus manifestaciones mas evolucionadas, la culpa se refiere al valor de uno mismo y no solo a las consecuencias de la transgresión y a lo que los demás pueden pensar.

Castilla del Pino comenta que el hombre se realiza actuando sobre su entorno con intención de cambiarlo. Como consecuencia, el hombre es lo que hace. El sentimiento de culpa, aunque vivido es la esfera personal, acontece ciertamente en su interacción con los otros. La culpa se mueve siempre en el terreno de los valores y aparecen cuando se quebranta algún valor. Finalmente la consecuencia, de que son los demás los que valoran lo que efectuamos, convirtiéndose en una especie de jueces que dictaminan el sentido de nuestras acciones.

TIPOS DE CULPA

La culpa surge de acuerdo (al tipo de origen, su forma de participación y evolución del individuo), es decir, dependerá de la vulnerabilidad y la asociación con alguna patología. De ahí que surgen dos tipos de culpa, persecutoria y depresiva. Estos brotan cuando se viola una regla social, las costumbres y las condiciones que provocan estos sentimientos de vergüenza, del mismo modo cambian, es decir, que lo que es malo en un lugar o en una época, puede no serlo en otro lugar o en otra época, y lo que produce vergüenza en un lugar puede no producirlo en otro.

LA CULPA PERSECUTORIA

La culpa persecutoria coexiste con la angustia persecutoria desde los inicios de la vida, se encuentran mezcladas, sin embargo, serán diferentes las reacciones que experimentara el Yo y la naturaleza de los sentimientos que lo acompañan, según predomine una u otra.

La angustia persecutoria se refiere a la amenaza de un peligro que puede volcarse sobre el Yo M. Klein la define como la percepción de la actuación del instinto de muerte en el organismo. En cambio en la culpa persecutoria existe

asimismo el sentimiento de un daño ocurrido. La culpa persecutoria se caracteriza por su aparición precoz, en los primeros instantes de la vida, y se encuentra en dominio de tánatos (muerte).

LA CULPA DEPRESIVA

La culpa depresiva con su objetivo reparador, produce automáticamente una regresión y un incremento de la culpa persecutoria con la utilización de otras defensas, entre ellas la de proyectar la misma culpa y acusar al objeto que se ha convertido en perseguidor. El tiempo se configura de acuerdo a las leyes del proceso secundario (consciente). Existe discriminación entre pasado y presente y hay también perspectiva y futuro.

Para M. Klein, la esencia de la culpa se halla en la sensación de que el daño hecho al objeto querido tiene por causa los impulsos de agresividad del sujeto. Por lo tanto, la necesidad de anular o reparar el daño proviene, pues, del sentimiento de culpa. Los sentimientos de culpa son factores que promueven un adecuado funcionamiento social mediante el control de la conducta, también ejercen una influencia en el origen y agravación de las enfermedades mentales y como consecuencia enfermedades físicas. Tomándose el sentimiento de culpa entonces como la reacción emocional de desorientación y vergüenza que se origina por una persona sorprendida en una acción dudosa o que pudiera catalogarse como una conducta dudosa o que pudiera considerarse como una falta moral. En ocasiones el sentimiento de culpa impide la manifestación de pensamientos, sentimientos y acciones. (Grinberg León, 1994)

MANIFESTACIONES DEL SENTIMIENTO DE CULPA

En la culpa persecutoria se manifiesta en ocasiones un marco de atemporalidad, donde el pasado y presente se confunden y las principales emociones que intervienen son el resentimiento, el dolor, la desesperación, el temor, los auto reproches, tendencias autodestructivas, actuación masoquista, etc.

La culpa depresiva se presentan: preocupación por el objeto y por el Yo, la pena, la nostalgia y la responsabilidad.

EXPRESIONES DEL SENTIMIENTO DE CULPA

A través del tiempo, es fácil darse cuenta que la culpa es y ha sido una impresión horrible, terrible y penosa, tal es así, que podemos decir, que todas las culturas

han institucionalizado varias opciones y modos para aminorarla, y estos se le llama sacrificios (confesión, ofrendas o simplemente hacer el bien para corregir la transgresión cometida). Las personas que se sienten culpables (por lo que sea) harán lo humanamente posible con tal de apagar la culpa y restaurar una imagen aceptable y limpia de pecado. El sentimiento de culpa existe desde la antigüedad, por ejemplo, el pueblo de Israel los pecados eran cargados en el "Chivo expiatorio", animal que arreaban hacia el desierto para que se alejara y se perdiera en sus arenas llevándose consigo la culpa del pueblo. (G. Myers, 2000)

En nuestro país la cultura es mas tolerante con los hombres, y en las mujeres es mas enérgica, es decir, hablando de conducta y educación para los hijos hay más presión y cualquier falla en lo que la sociedad marca con rigor aparecerá como culpable y será juzgada con todo rigor. El sentimiento inconsciente de culpa es diferente en mujeres que en los varones. Nadia Regina afirma que en un principio las mujeres eran "diosas", cuando los hombres desplegaron las fuerzas productivas y justificar su dominio culpándolas de ser la fuente de todas sus desgracias. Así pues la culpa de las mujeres es la proyección de la culpa del otro. (Laureino de Barros. 1999)

Después de un acto reprobable surge un estado afectivo consecutivo (remordimientos o autorreproches) o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso de que se pudiera acusar.

Se puede decir que en cada una de las religiones se construyen una idea de lo bueno y malo, de ahí la manifestación anticipada de culpa fue el fuerte aprobio, relacionado con la transgresión de un tabú, únicamente en la tradición judeo-cristiana e islámica (pecado) convirtiéndose en el mal, comportamiento en una falta contra el ser supremo. El gnosticismo y maniqueísmo, fusiones del pensamiento cristiano con influencias zoroástricas sostienen que la transgresión es una manifestación de la caída del espíritu humano, del ámbito divino y su encarcelamiento en el demoníaco mundo material. En cambio en el Huidísimo, el budismo y el jainismo, lo conciben como desmerecimiento, la acumulación a través de malos comportamientos, de malas consecuencias que deben purgarse por medio de un proceso de trasmigración. Según los conceptos judíos y cristianos sobre la culpa, no hay libro sagrado, pero en las escrituras es el elemento que enemista a los seres humanos con Dios, lo cual exige que haya

arrepentimiento para la obtención del perdón. El concepto de culpa que define el protestantismo, por consiguiente de Martín Lutero y Juan Calvino mantuvieron el acento Agustínico del pecado original y de la gracia de Dios como medio de redención. Ulrico Zuinglio consideraba el pecado desde el punto de vista que era un mal heredado; los arminianos y socinianos negaron de manera taxativa el carácter hereditario del pecado. Por otro lado los islámicos conceptúan la culpa como la consecuencia de la debilidad humana más que de una condición heredada de corrupción. Por lo tanto la doctrina islámica establece que el pecado es castigado por Dios juez de todas las cosas de moral perfecta. El último juicio completo del pecado tendrá lugar el día del juicio final, y los pecadores serán condenados al fuego eterno. (Bruzal, 1999)

El sentimiento de culpa indica la forma en que se ha transgredido los propios esquemas morales, entonces la culpa requiere que hagamos un alto en el mal que estamos cometiendo, creando un sentimiento de haber fallado ante los ojos de Dios y la sensación de separación de los seres queridos, este sentimiento puede extenuarse incluso años después del acto o pensamiento que lo origina. A consecuencia de esto se pretende arreglar tal comportamiento; este sentimiento no tiene un tiempo específico de duración en cada sujeto, ya que puede permanecer por años. Esto es que el sentimiento aparece cuando se interrumpe la comunión espiritual o cuando reducen los valores morales. (Mc Mullan, 1998).

Georgina Arteaga opina que uno de los factores que limitan la realización, la felicidad y la capacidad de dar y recibir amor es el sentimiento de culpa y vergüenza que en un nivel inconsciente vive y se proyecta en el ser sin distinción de credos, culturas, situaciones geográficas o clases sociales. Describe la culpa como un sentimiento limitativo, por que genera vergüenza, dolor, sufrimiento, enfermedad, resentimiento, soledad y miedo. Enfatiza que es un sentimiento escondido en el rincón más oscuro de la mente, no se ve, no se reconoce y por lo tanto no puede ser sanado a través del perdón que conduce al amor y a la libertad. Menciona que este sentimiento se adquiere desde la infancia, cuando las frases y actitudes de los adultos son aparentemente inofensivos, los mensajes familiares que se entremezclan con los culturales y los religiosos, generando al primer sentimiento de culpabilidad. Este se genera sin que se peca de ello, sin que sepa de donde surge o cual es la causa de lo experimentado, el sentirse

separado, en soledad, por momentos resentido, sin esperanza y con angustia de ser castigado. La culpa es la única necesidad del ego y cuando la persona no puede soportarla, la proyectará al exterior en forma de agresión, culpando a otros por lo que le acontece en su vida. En la medida que se sienta culpable y siga eligiendo sentirse así estará demandando un castigo, la culpa siempre manda y espera castigo. (Arteaga, 2000).

Romero Aguirre opina que "los sentimientos de culpa son factores que promueven un adecuado funcionamiento social, mediante el control de la conducta, pero también ejercen una influencia poderosa en el origen y agravación de las enfermedades mentales y en consecuencia de las físicas. Dice que el sentimiento de culpa es una reacción emocional de turbación y vergüenza que nace en una persona cuando actúa dudosamente." (Romero A, s/a-Pág. 1). El sentimiento de culpa limita en muchas ocasiones la manifestación de pensamientos, sentimientos y acciones de índole cotidiana. Como inquietud Romero Aguirre inició en su descripción del concepto de culpa plantea una interrogante en donde pone de manifiesto dicha inquietud, ¿Qué es el sentimiento de culpa? Y la considera como la reacción emocional de turbación y vergüenza cuando la persona se siente avergonzada por la impresión negativa que cree que la gente empieza a formarse de ella. Posteriormente esta reacción se interioriza y se vuelve una reacción autodosificada ante las propias infracciones a las reglas morales.. El sentimiento de culpa es una conducta aprendida, es una respuesta condicionada por las instancias del poder, con el fin de controlar la conducta de otros mediante el castigo sistemático y consistente, la culpabilidad es la reacción condicionada que se manifiesta cuando se viola una oposición moral. (Romero Aguirre, 1999).

El sentimiento de culpa se manifiesta con una gran angustia, acompañada de autorreproche y un juicio severo de sí misma pues la persona considera que no hizo lo suficiente frente al ser querido que perdió, que en algún punto causo esa muerte o que quizás lo pudo evitar, pero por alguna causa no lo hizo, por tanto se asocia a una rebaja del sentimiento de sí mismo, es decir, a una especie de desprecio y auto denigración.

¿SE PUEDE MEDIR LA CULPA?

La Escala SC-35 fue construida para medir precisamente la disposición o tendencia a experimentar sentimientos de culpa. Como rasgos de personalidad explica las diferencias individuales por su intensidad. No todos nos culpabilizamos igualmente, aunque los motivos sean parecidos.

Su construcción se llevó a cabo, previo un estudio de las principales aportaciones hechas por las diferentes escuela psicológicas, y partiendo de múltiples dimensiones que aparecían involucradas en el concepto de culpa:

- Labilidad emocional.
- Baja autoestima.
- La culpa como mancha.
- Tendencia intra punitiva.
- Auto desprecio.
- Remordimiento.
- Reparación
- Reacción por haber recibido anteriormente muchos castigos.
- Culpa existencial.
- Vergüenza.
- Angustia producida por superyo muy fuerte.
- Insatisfacción por la vida pasada.

Con estas dimensiones se redactaron muchas preguntas para una posible escala. Después se desecharon las que no correlacionaban bien y resultó una de 35 items, llamada SC-35.

Cada frase expresa algo que, en su caso, puede ser:

TF: Totalmente Falso o falso simplemente.

MBF: Mas bien falso, es decir, más falso que verdadero.

MBV: Más bien verdadero, es decir, más verdadero que falso.

TV: Totalmente verdadero o verdadero sin más..

Fuente: Obtenida de Zabalegui L. Por que me culpabilizo tanto. Págs. 173-179.

CAPITULO II

EL PERDÓN

En el capítulo anterior se habló del sentimiento de culpa y sus manifestaciones más frecuentes, se menciona lo que este sentimiento produce en el hombre y lo destructivo que puede ser, como resultado de esto surge la interrogante si hay algún medio de acabar con este sentimiento, en este siguiente capítulo se hablara del Perdón y de los beneficios que tiene este, como medio para eliminar el sentimiento de culpa.

Según las definiciones emitidas por los diccionarios se trata de la remisión de la pena merecida, de la ofensa recibida o de alguna deuda u obligación pendiente. Sin embargo para que el perdón sea completo, incluye otros aspectos: absolver a la persona responsable del agravio, de la pena merecida; y no dejar huella de rencor, ni de resentimiento, en la persona dañada.

Según el Dr. Romero Aguirre el Perdón significa recuperar la paz interior, aprovechar el propio tiempo de vida en forma más positiva que rumiar o esperar venganzas y cultivar odio; el perdón pues significa volver a ser libre en lugar de dejarse atar por las fantasías y las maquinaciones de destrucción de las personas que nos dañaron. Por tanto el Perdón es un acto de amor entre personas en lugar de una transacción dentro de uno mismo. El Auto-perdón es simplemente un síntoma más del amor propio que tipifica el humanismo, y la auto-condenación es una manifestación más del Superyo.

Los actos de perdonar, autoperdonarse y ser perdonados, son actos de vital importancia en la cotidianidad de todo ser humano. El perdón tiene el poder simbólico de liberar, dejar ir, o soltar todos aquellos obstáculos que nos impiden llevar a cabo un estilo de vida de calidad. El perdón y la consiguiente reconciliación son puntos medulares en la espiritualidad cristiana y en el seguimiento a Jesús, la necesidad del perdón esta relacionada con el logro de la paz espiritual, para ello se requiere no tener deudas emocionales pendientes, con uno mismo y con los demás. Cuando guardamos resentimientos contra nosotros mismos o contra otras personas, damos lugar al resentimiento no solo emocional, sino también espiritual. Querer perdonar y estar dispuestos a recibir el perdón es

contar con la posibilidad de enmendar la vida, de reconstruir la propia historia, de cambiar para mejorar la dinámica de las relaciones humanas. (Mora G., 1998).

Jorge Matienzo dice que la palabra perdón viene de la palabra *aphiarni* que significa despedir o apartar, afirma que significado fundamental del perdón proviene de las sagradas escrituras, es decir, se encuentra en el sacrificio de Cristo en la cruz. Todo perdón, tanto divino como humano tienen como base este sacrificio. El perdón humano tiene como modelo el perdón divino. Para que ocurra el perdón se necesitan tres partes. El ofendido, el ofensor, y el depositario del pecado. El otorgar y el pedir perdón es un acto que debe ser motivado directamente por Dios en nuestro corazón. Aquel que pide perdón sin la conciencia de la ofensa a Dios y al hermano peca por no amar a Dios primeramente y no ama a su prójimo como a sí mismo y no puede estar en su vida cristiana. (Matienzo, 2001).

Los procesos de reconciliación son primordiales en el crecimiento de la mente que se puede suponer que nuestra madurez es proporcional a la capacidad de reconciliación, que se entiende por un proceso que se realiza en nuestro mundo interno, y que tiene que ver con la capacidad de poder reencontrarnos con los aspectos odiados de nosotros mismos.

Intercederse no es volver a quedar como uno estaba antes, es resolver un conflicto desconocido hasta entonces, y por lo tanto implica lograr un estado de integración mucho mayor que el que se tenía previamente. El perfeccionamiento más característico de la vida psíquica se logra superando los obstáculos.. Esta elaboración exigen dos condiciones pedir perdón y perdonar.

La pérdida de la omnipotencia es en sí muy dolorosa porque, además de hacernos sentir limitados, tomamos conciencia de que le hemos hecho daño a quien amamos, lo cual nos hace sentir culpables. Aquí surge la preocupación por el otro, sentimiento de donde nace la reconciliación. Posteriormente nuestra actitud será la de reparar todo aquello que por odio destruimos en estas personas amadas. Gracias a este proceso mitigamos el sentimiento de culpa. Por lo tanto la capacidad de reconciliación con nosotros mismos tiene que ver con la capacidad de perdonar, y que esta está en directa relación con la posibilidad que tenga nuestra mente de poder renunciar a la omnipotencia, aceptar la limitación

y entender que hemos hecho daño a alguien que amamos. Por su puesto que también entra en juego el monto de la agresión infligida.

Son series complementarias a mayor agresión se requiere mayor capacidad de perdonar, a menor agresión se requiere menor capacidad de perdonar. La intensidad con que procesemos una agresión disminuye con el tiempo. En general el tiempo juega a favor del proceso de reconciliación al disminuir las intensidades de las emociones que se ponen en juego en los procesos agresivos. (Capponi M. 1997).

LAS ETAPAS DEL PROCESO DE PERDONAR

Las etapas que retoma Romero Aguirre, en su libro "Las siete palabras" coinciden con las que proponen Elizabeth Kübler Ross e Igor Caruso:

1. Negación: no acepto que estoy herido.
2. Ira: es culpa de ellos que este herido.
3. Regateo: impongo condiciones que deberán cumplirse antes de que este listo para perdonar.
4. Depresión: es mi culpa que este herido:
5. Aceptación: espero crecer a partir de la herida.

Es necesario darse cuenta de que perdonar no es justificar la conducta negativa de quien nos ha hecho daño, o las equivocaciones propias, ni significa aprobar o defender la conducta que nos ha causado dolor, ni tampoco excluye que tomemos medidas para cambiar la situación que nos provoca daño, o que no este permitido proteger nuestros derechos.

En la primer etapa surge con la necesidad que se tiene del perdón, o de que necesita perdonar o de que no ha podido perdonarse, consiste pues, en ser capaz de ver la conexión entre su no perdonar y el daño que se esta produciendo a si mismo: es darse cuenta de que uno necesita perdonar, ser perdonado y/o perdonarse, debido a que involuntariamente uno mismo esta perpetuando el daño que le produjo el error, la herida o agravio inicial, llevándolo hasta dañarse psíquica y/o físicamente. En la segunda etapa se busca determinar el estudio de la situación, los recursos con que se cuenta y las alianzas que deberán hacerse, para realizar las tareas involucradas en el proceso del perdón. En la tercera etapa

es necesaria la elaboración de un plan, el cual se vera limitado por el grado de conciencia que hayamos logrado en la etapa anterior y con el nivel de compromiso que establezcamos con los anhelos de concordia. La cuarta

etapa consiste en perdonar de hecho. Solo hay que recordar que el perdón ocurre siempre dentro de un ámbito de amor e indulgencia y nunca en un ambiente de acusación, de condena, de cólera y de censura. La quinta etapa del proceso del perdón consiste en el olvido total del agravio. Pues el perdón queda incompleto mientras no olvidemos. (Romero A. 2002).

Fundamentalmente , podemos hablar de tres pasos o etapas en el proceso del perdón:

Tomar la decisión de perdonar: el primer paso es reconocer la necesidad de perdonar y decidirse a hacerlo, es decir, uno tiene a decidir en su corazón, aun cuando en el fondo sienta humanamente resistencia a hacerlo, todo proceso de alivio tiene que empezar por la firme decisión de perdonar, aun cuando no se tengan "ganas" de hacerlo y el dolor se siga sintiendo.

Perdonar con voluntad: Lo que se tiene que hacer a continuación es realizar actos concretos que vayan destinados a fortalecer nuestra voluntad. Estos actos pueden ser el saludar a esta persona amablemente cuando nos encontremos con ella, no rehurla, evitar hablar mal. Perdonar con el corazón: una vez que hayamos realizado durante un tiempo determinado estos actos concretos, sentiremos que realmente ya hemos perdonado con el corazón, es decir, olvidando por completo la herida.(Jaramillo D., 1999).

DIFERENCIAS ENTRE PERDONAR, PERDONARSE Y SER PERDONADO

La distinción entre estos actos, el activo del perdonar, el pasivo de ser perdonado y el reflexivo de perdonarse, implica acciones propias, trampas y resistencias peculiares y actitudes propias de cada uno de nosotros, ante estas mismas decisiones. Muchas veces ya se recibió el perdón de la persona o personas a quienes se ofendió, y uno no logra terminar de perdonarse a si mismo. Otras veces es uno mismo el que ofendió y se requiere hacer algo para lograr el perdón, por lo menos, pedirlo. En otras ocasiones, todo sucede hacia el interior de uno mismo y el acto que se requiere es el de perdonarse a si mismo. (Romero A. 2002)

FACTORES QUE FACILITAN EL PROCESO DEL PERDÓN

Discurriendo el perdón como virtud sabremos entonces que no se trata de un acto o fenómeno aislado sino que por el contrario, se trata de un logro conseguido como meta que llega después de involucrarse y disponer tanto de emociones y pensamientos que trabajan en pro de obtener un bien o beneficio emocional. Un beneficio que sana a aquel que perdona.

- Poseer una actitud comprensiva
- Mirar más allá de la acción o persona a la que se perdona
- Mantener una postura de responsabilidad sincera.
- Aceptar que hay partes de uno mismo que resultan desconocidas.
- Aceptar y reconocer que sin el perdón.(Barbosa R. s/a).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFICULTAD PARA EL PERDÓN

El perdón significa algo mucho más complejo para cada uno de nosotros, y este significado no está exento de la influencia de nuestra historia personal, del lugar y época en que nacimos, de la manera de cómo nos educaron nuestros padres y nuestros maestros, de la forma como ellos manejaban sus rencores y sus resentimientos; incluye, además, elementos de nuestra propia fisiología y nuestra capacidad para darle solución a los problemas, influyen las circunstancias. (Romero A, 2002).

Javier Galdona desarrolla una reflexión acerca de lo que significa el perdón, asumiendo diferentes dimensiones en la persona. Respecto a la dimensión psicológica, para poder hablar del perdón el primer paso es ubicar adecuadamente la realidad de los hechos, no permitiendo que haya otras circunstancias que interfieran indebidamente. El proceso del perdón, es esencialmente un proceso de reconciliación con la realidad y supone ser capaz de verla directamente, y por lo tanto ser capaz de ubicar exactamente que es lo que ocurrió. Desde el punto de vista de la dimensión afectiva, el daño recibido genera una situación emotiva que más allá del problema y de la pena, conduce a deseos más o menos conscientes de venganza, entendida esta como el deseo de hacer pagar por el daño recibido. En esta perspectiva, perdonar pasa por el manejo adecuado de las emociones, de este modo se puede ir tomando conciencia de la

propia situación e ir pasando de tener deseos de muerte hacia el otro a desear que el otro tenga una vida feliz. El perdón en la perspectiva de la dimensión racional, implica asumir la fractura que la propia persona ha sufrido, a partir de descubrirse más indigente, más sola en el mundo, más necesitada de los demás de lo que creía. El proceso del perdón hacia si

mismo implica la apertura de horizontes hacia la posibilidad futura de reconstrucción de la propia vida relacional. En referencia a la dimensión ética, perdonar implica antes que nada la reconstrucción de la propia autoestima moral, es decir la reconstrucción del reconocimiento de la propia dignidad. Supone por lo tanto, en primer lugar la recuperación de la propia dignidad no introyectando culpas, y después la dignidad del otro culpable, empezando por reconocer la culpa que el ha tenido y no tratar de disimularla. (Desde la dimensión espiritual perdonar implicara una reconstrucción del sentido personal. El acto de perdonar una falta no es un acto únicamente ético, sino que es un acto de la persona, e involucra a todas sus dimensiones. A su vez, es un acto de interacción por que el acto de perdonar al otro en cada una de las dimensiones, implica necesaria y simultáneamente el acto de perdonarse a si mismo. (Galdona J. 2002).

PORQUE ES IMPORTANTE PERDONAR Y PERDONARSE A SI MISMO

Cuando se cursa por un aborto, surge por lo general el sentimiento de culpa, y se vive atemorizada, angustiada, ansiosa, deprimida, sin esperanza de poder hallar alivio, atormentada por la duda, confundida con respecto a si misma, así como con respecto a todo lo que ve. La mente que no perdona no ve errores sino pecados.

La causa mas frecuente de heridas interiores que ocasionan fuertes bloqueos en las personas, es la falta de perdón, un fuerte resentimiento puede afectar poderosamente la vida interior y espiritual, incluso hasta ocasionarle molestias y enfermedades corporales. El perdón es una gracia de Dios, el fruto de ella nos hace entrar en una actitud de perdonar a quienes nos ofendieron, pero también es necesaria nuestra decisión para poder lograrlo.

Por lo tanto el perdón en estas situación es radical ya que gracias a el, se empieza a tener respeto por la vida y por uno mismo. Además de eliminar el temor, la angustia, las conductas autodestructivas. Como lo mencionan varios

autores el perdón permite separarse del lado oscuro de la vida que implica la destrucción propia en cuanto a metas y sueños y la del mundo que le rodea.

La reconciliación consigo mismo implica el disfrute de la vida, mitigando así el miedo, la inseguridad, minusvalía y el sentimiento de culpa que genera a su vez un estado de tristeza profunda.

Así pues la reconciliación con uno mismo no implica borrar el pasado, pero ayuda a retomar los recursos con lo que se cuenta como individuo y afrontarlo como una experiencia muy dolorosa y que genera un estado de duelo, pero que fortalece como mujer, como madre y una acercamiento más sólido con la Espiritualidad.

Perdonarse a si mismo procede de las mismas raíces humanistas, emocionales que significa el amor propio, valorarse a uno mismo. La necesidad del auto perdón esta relacionada con el logro de la paz espiritual. Cuando se guardan resentimientos contra nosotros mismos o contra otras personas damos pauta al sufrimiento no solo emocional, si no también espiritual. Por lo tanto perdonar y perdonarse es un acto de amor hacia los demás y hacia uno mismo.

Con el auto perdón nos auto reconocemos como seres valiosos y con dignidad a pesar del conflicto, a la situación que no lleva a sentir dolor y vergüenza ante nosotros mismos.

El arrepentimiento implica conversión, esto significa cambiar las acciones negativas y potencializar las positivas. Mediante el perdón se posibilita la reconstrucción de relaciones y de los aspectos simbólicos que contiene, es decir, dejamos ir todo aquello que obstaculiza una relación de espiritualidad con nosotros mismos y con las demás personas. Y ello produce vivir con tranquilidad y armonía.

CAPITULO III

ABORTO

EPIDEMIOLOGÍA.

Las estadísticas acerca de la incidencia del aborto en nuestro país son poco confiables si se pretende conocer la magnitud real del problema ya que existe un subregistro sumamente acentuado. Por un lado existen fallas en la recolección de datos en las unidades tanto del sector salud como de medio privado; y por otro, el carácter clandestino de muchos abortos provocados, contribuyen a esta situación.

Según datos estadísticos del INEGI, cuyas últimas referencias disponibles en Internet datan del año 2000, la frecuencia del aborto en México se ha estimado en diferentes rubros: número de casos por edad materna, por entidad federativa en el sector salud y por tipo de unidad en el medio privado.

Por edad materna desde mujeres menores de 15 años hasta mayores de 52 años se tienen registrados un total de 25 702 abortos. Se clasificó también su incidencia de acuerdo al estado civil de la mujer empezando por solteras 2 654 casos, mujeres casadas 15 898, viviendo en unión libre 7 572, en el caso de mujeres que son separadas y divorciadas se encontraron 254 y en viudas 43, no especificados: 537.

Los abortos fueron tipificados de acuerdo a la edad intrauterina del producto: En casos de aborto menor de 17 semanas fueron 1553, de 17 a 19 1728, de 20 a 27 semanas se registraron 7066 ocurrencias, de 28 a 36 semanas, 7801, de 37 a 39 semanas 4667, de 40 semanas y más un total de 4019. En 124 cuestiones la edad gestacional no fue determinada.

También ha sido posible determinar la frecuencia del aborto en correlación con el nivel de escolaridad de la madre, si bien este dato no pudo ser especificado en 690 casos, si se ha llegado a establecer que la madre no tenía ningún grado de escolaridad en 2037 de los abortos, su nivel era de primaria incompleta en 4974, primaria completa en 6679, secundaria en 7379, preparatoria 3789 y con estudios profesionales en 1410.

De acuerdo al sitio donde ocurrió el aborto, en Unidad Médica se atendieron 23896 casos, en el hogar ocurrieron 2280, especificado como otro sitio en 512 y

no está especificado en 270, En cuanto a si fue practicado un procedimiento de extracción o

expulsión, no se aplicó ninguno en 9962 casos, se practicó legrado en 463, otros procedimientos: 3269, no fue especificado 7643.

De acuerdo a la derechohabencia por parte de la madre, en los hospitales de PEMEX ocurrieron 73 casos, en el hospital de las Fuerzas armadas 95, , en el IMSS 8393 y en el ISSSTE 790, en otras instituciones 383, en ninguna 15947 y no especificado en 1277.

De acuerdo a las Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, fueron atendidos según el tipo de establecimiento en el año 1999-2000. en Clínicas 16 470 casos, en los Sanatorios 5 220, en los Hospitales 4 346, y en Centro Médico 5 215, haciendo un total de 31 257.

Consultando esta fuente se identifico que la atención de abortos por entidad federativa, considerando los Estados Unidos Mexicanos de manera global fue de 71 641. Cabe mencionar que tan solo en el Distrito Federal se registran 9 370 casos.

HISTORIA

La historia del aborto inicia en Egipto, hace 4000 años, se encuentra el primer antecedente de control natal, en la India se localizaron los primeros métodos documentados, parecen remontarse a 1600 años, en China se encuentra la primera referencia en un texto médico que tiene unos 1300 años, y la idea parece ser mucho más antigua. Las tribus primitivas que aun existen, a pesar de haber vivido aisladas del progreso de la civilización y no saber nada de los escritos egipcios u orientales, y mucho menos de la ciencia o medicina moderna tienen sus propios métodos. Lo más probable es que estos se han transmitido verbalmente sin cambios substanciales tras generaciones, desde los orígenes del hombre. Se presume que los primeros hombres y mujeres que practicaron el aborto como control natal tenían el mismo motivo que muchos padres en la actualidad, querían liberarse de las molestias que provocan un embarazo y de la carga de alimentar y cuidar a un nuevo bebe.

El primer punto de controversia sobre el aborto, es el derecho que la madre tiene sobre su propio cuerpo. El embrión es considerado como un huésped temporal, a

veces indeseado, que con su mera existencia limita las actividades vitales de la madre. Por otra parte tiene consecuencias sociales importantes sobre la vida presente y futura de la mujer que le lleva dentro. El segundo punto sobre el cual se habla del aborto es el

que se relaciona con un papel en el control natal o en la planificación familiar. Indudablemente que la práctica del aborto voluntario es y ha sido en muchas sociedades un elemento importante para limitar el crecimiento de la población. En una sociedad como la mexicana donde el nivel educativo es tan escaso y de tan poca calidad, es difícil considerar que los conceptos de planificación familiar, control de natalidad o libertad sexual haya formado a la mayoría de los estratos sociales. (Macin O, 2000).

El origen de la palabra aborto proviene del latín abortus de Ab y Ortus que significa nacimiento anticipado. Según y conforme a la historia de Oriente y Grecia el aborto no instauró delito; en Roma durante mucho tiempo no fue delito porque al feto lo consideraban como parte de las vísceras de la madre. Se consideraba como homicidio por que privaba al feto de la gracia del bautismo. Todos los años entre 40 y 60 millones de mujeres recurren a la interrupción de un embarazo no deseado. Según los informes disponibles en países desarrollados y en desarrollo, en los últimos dos decenios ha aumentado la incidencia de aborto terapéutico entre las mujeres menores de 20 años, tanto en términos absolutos como relativos. En las sociedades donde el aborto se considera inmoral y ha sido declarado fuera de la ley como ocurre en este país por el carácter se ha visto que la recurrencia del aborto clandestino aumenta, fomentando el riesgo perinatal en nuestro país. No obstante, aun en los países donde se ha liberalizado la legislación sobre el aborto, la decisión de recurrir a esta solución y los contactos que hay que establecer para conseguir el aborto pueden originar importantes problemas psicológicos. Anualmente varios millones de adolescentes en los países industrializados y en desarrollo tratan de poner fin a los embarazos no deseados a través de abortos que no son lo suficientemente seguros, al hacerlo de esta manera se someten a la probabilidad de sufrir serios problemas de salud siendo mayores para ellas que para cualquier otro grupo ya que no buscan atención desde el principio y dejan progresar el embarazo a edades gestacionales avanzadas La OMS estima que por lo menos un tercio de todas las mujeres que

buscan atención hospitalaria a causa de las complicaciones de los abortos en condiciones de riesgo, los problemas de salud a corto plazo pueden incluir infecciones o lesiones a causa del procedimiento mismo, como perforaciones del útero, laceraciones del cuello uterino o hemorragia e infecciones causadas por un aborto incompleto o por la introducción de bacterias en el útero, como se demostró en un estudio en el Hospital Universitario del Valle, de Cali Colombia, donde se trataron mas de 250 mujeres al mes por complicaciones debidas a aborto incompleto y las edades de las mujeres que abortan oscilan entre 12 y mas de 49 años de edad siendo el 14% de estas pacientes menores de 20 años.

Diariamente tienen lugar 910 000 embarazos mundialmente, la mitad no planeado y la cuarta parte no deseados lo que redunda en 150 000 abortos por día según el reporte de la OMS de 1993. De estos la mitad se realiza en forma clandestina, por personal no entrenado y en condiciones antihigiénicas con un costo de 500 vidas de mujeres en etapa reproductiva. El número de mujeres sobrevivientes con secuelas físicas y psicológicas es aun mayor. La sociedad generalmente analiza en abstracto el problema del embarazo no deseado y el aborto culpando a la mujer como ente individual y desde consideraciones sociales, morales o políticas. No se aprecia que estos problemas reflejan en un fracaso de la sociedad donde se domina y menosprecia a la mujer y su rol frente al hombre en esferas sociales e incluso sexualmente. En nuestro país solo se permite en los siguientes casos: cuando el embarazo es resultado de una violación, no se castiga por imprudencia de la mujer embarazada, tampoco se castiga cuando la vida de la mujer corre peligro por el embarazo. Fuera de estos casos, el aborto inducido se castiga como delito de 1 a 3 años de cárcel. A pesar de este marco, en México es evidente la práctica clandestina del aborto. Aun existiendo un programa de planificación familiar, solo 53% de las mujeres en edad reproductiva utilizan un método, según David y Pick de Weiss en un estudio realizado en 1992. (Garza F.2000).

CONCEPTO DE ABORTO

Se dice que el aborto es la interrupción del embarazo con expulsión o no del huevo (conocido como producto de la fecundación o feto), a conceptuarlo por el tiempo se considera como tal a partir de las 20 semanas y con el peso menor de

500 gramos del embrión o feto, de acuerdo al tiempo y modo de ejecución se pueden tomar en cuenta las siguientes clasificaciones:

Aborto espontáneo: Interrupción natural de la gestación y se puede dar por diversas causas, ovulares, maternas.

Aborto provocado: Interrupción del embarazo mediante la utilización de agentes o sustancias que detienen el desarrollo del óvulo fecundado o provocan su expulsión del útero. Debe distinguirse por su forma de ejecución entre aborto médico o terapéutico.

Aborto médico terapéutico o legal: Se dice de los realizados cuando se confirma la inviabilidad del embrión o se detectan malformaciones incompatibles con la vida, o bien enfermedades graves que pueden comprometer la vida de la gestante.

De acuerdo a su tiempo de gestación y según la fase encuentre amenazada se distingue que:

Amenaza de aborto se considera a la pérdida sanguínea discreta, con orificio cervical cerrado y leves contracciones uterinas. **Aborto inminente** en este caso las pérdidas son abundantes aunque no haya sido expulsado el huevo, las contracciones aumentan en intensidad y el cuello puede estar abierto. **Aborto en evolución** en este las pérdidas sanguíneas van en aumento y preside al embrión, no siempre se expulsa completamente el huevo y pueden quedar restos dentro del útero. **El aborto consumado** es cuando se constata la expulsión de la totalidad o la mayor parte del embrión o huevo. En el aborto retenido o diferido es identificado generalmente por la desaparición de la sintomatología propia del embarazo, puede presentar hemorragia discreta, así pues se considera que en primer término es la muerte del feto y posterior aparece sangrado, el aborto habitual o de repetición es cuando se producen tres o más abortos consecutivos. Hay también otras clasificaciones como aborto completo que se entiende por la expulsión completa del producto de la concepción, incompleto que es la expulsión parcial del producto, aborto embrionario se entiende por interrupción de la gestación durante el periodo embrionario, aborto fetal que es la interrupción del embarazo durante el periodo fetal y antes de la viabilidad del feto.

“Varios autores coinciden en que la historia emocional de una mujer que ha tenido aborto inducido se pueden identificar tres fases por las que cursan 1) periodo de angustia que ocurre desde el momento en que se decide acudir al aborto, ya que en ella surge un conflicto de profunda significación sentimental, 2) esta representada por el aborto en sí, el cual constituye una experiencia desagradable y de temor; 3) después del aborto en donde surgen una serie de reacciones”. (Barriela Q. 1999).

SÍNDROME POST ABORTO

El Dr. Iglesias, define el Síndrome post aborto como una serie de síntomas que se manifiestan en una mujer cuando ha vivido la o las experiencias de aborto. Considera que la mujer cursa por un trauma bastante fuerte, al racionalizar el evento por el cual y que lo que hizo es tan grave como el asesinato de un hijo. Describe los síntomas que desde la clínica el Dr. Iglesias a podido observar: depresión con riesgo de suicidio, ansiedad, sentimiento de culpa, empeoramiento del cuadro psiquiátrico que podría existir con anterioridad, trastornos de la conducta. (Iglesias A. 1995).

Las consecuencias pueden presentarse en tres etapas en cuanto al tiempo de aparición en, agudo si los síntomas se presentan durante tres primeros meses, crónico si los síntomas se presentan después de los tres meses o más y tardío cuando surge después de los seis meses.

MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME POST ABORTO

Los síntomas que se pueden presentar son: a) depresión; como trastorno de la conducta por el cual se experimenta una apatía por la vida, se pierde la razón. Hay diferentes grados que dependen de la dinámica personal de quien la sufre. b) angustia; miedos constantes, agresividad, sentimientos de culpabilidad. c) neurosis; delirios de persecución, alucinaciones, locuciones de su hijo que le llama constantemente; d) alcoholismo o drogadicción: dependencia a los fármacos por insomnio, ansiedad, depresión etc, producto de un recuerdo emocionalmente negativo provocado en la mayoría de los casos la desintegración del hogar; e) desórdenes en las relaciones interpersonales: pueden ser de varios tipos; de rechazo-unos se canalizan como aversión hacia el esposo o al amante, hay una relación traumática estrecha entre acto sexual y aborto que genera un rechazo hacia la persona que pueda ocasionarle un embarazo; de autorechazo:

cuando no hay perdón para sí mismas y constantemente se juzgan muy duramente sobre sus propios actos, generando frustración constante; f) divorcio: desembocan en la separación de muchas parejas, ya que se culpan uno a otro de las diferentes consecuencias. g) tendencias de suicidio: este ocurre cuando el grado de culpabilidad ataca niveles sumamente profundos en la emotividad; h) problemas sexuales: como frigidez bloqueando la capacidad del placer sexual, como una necesidad de evadir una situación como la que recuerda; i) problemas de autoestima: baja de su estima personal al destruir a su propio hijo. Se

pueden mencionar también: alteraciones en el sueño y pesadillas, sueños repetidos del aborto que producen sufrimiento emocional, reacciones de intenso dolor y tristeza profunda en las fechas en las de aniversario del aborto o fecha prevista del nacimiento, trata de evitar pensamientos, conversaciones relativas al aborto; sobre todo sentimiento de culpa que le impide tener buenas relaciones con las personas que le rodean.

Según la Dra. Gómez Lavín son innumerables las dificultades que se tiene para valorar adecuadamente los efectos psicopatológicos del aborto; son debido a: 1) a que no es fácil la elaboración estadística de los resultados, 2) a que tampoco existen valoraciones médicas sistémicas de estas pacientes después del aborto, 3) también a que las mujeres que han abortado no están propias a seguirse relacionando con el médico que la inducido al procedimiento. Menciona que los síntomas con los que se encuentra más frecuentes en pacientes de este tipo son cuadros depresivos que se acompañan de un gran sentimiento de culpabilidad y en donde varios psiquiatras coinciden. La doctora Dra. Stanford (citada por Gómez Lavín), menciona los tres estadios por los que pasa una mujer que ha abortado; 1. Desasosiego y tristeza (no tiene el alma en paz, ni el espíritu en paz). 2. revive continuamente el momento traumatizante del aborto de un modo muy profundo aunque pasen 5, 10 o 15 años, recuerda todo. 3) El estadio siguiente es una gran depresión profunda, con un gran sentimiento de culpabilidad, perdiendo interés por las cosas que antes eran interesantes en su vida y a veces no encuentra otra salida que el suicidio.. Si se analiza con objetividad el problema, se observa que nunca el aborto es un hecho aislado si no que casi siempre ira acompañado de otra serie de trastornos conductuales

importantes, muchas veces patológicas, tal como pueden ser las toxicomanías, alcoholismo, perversiones sexuales, intentos de suicidio, etc. (Gómez L. 2000).

Alva López menciona las cuestiones sociales como un doble mensaje, lo que le causa dificultad para confrontar sus pensamientos con sus acciones y esto dificulta la recuperación y gracias a ello aparece el sentimiento de culpa. Describe también el proceso de cómo se da el síndrome post aborto, es decir, 1) empieza por la negación, a través de ese proceso la mujer se bloquea por el evento que cursó, esta negación suele ser el factor psicológico mas importante del síndrome, se convierte en una barrera que impide la búsqueda de ayuda, 2) evita pensamientos o sentimientos acerca del aborto, para la paciente el pensar de nuevo en el aborto es fomentar el sentimiento de culpa y de dolor que no le conducirían a nada. Todo esto es debido a que el hecho de haber destruido intencionalmente a su hijo, resulta ser una experiencia extremadamente traumática, 3) evita situaciones y/o actividades que tengan o parezcan tener alguna relación con el aborto, llega a romper relaciones o a distanciarse de las personas que forman parte en el aborto directa o indirectamente o que tan solo conocieron de su embarazo no deseado. La falta de confianza en el sexo opuesto, generada por la falta de apoyo en un momento tan difícil para ella o el haber sido inducida por el cónyuge o novio a practicarse el aborto, puede en general impedir el desarrollo de la intimidad o la comunicación profunda. 4) incapacidad para recordar cosas acerca del aborto, como la incapacidad para recordar todo o algunas partes de lo sucedido en relación al evento. 5) sentimientos reprimidos, aislamiento, la mujer buscara aislarse del mundo que le rodea, por que creerá que nadie la comprende o perdona por lo que ha hecho, incluso buscara aislarse de si misma, evitará reflexionar o recordar el suceso en momentos de soledad. 6) puede revivir el trauma, el mal recuerdo que trae consigo ese momento tan doloroso, hará que reviva cada momento, sentimiento y daño que le ocasionó el aborto, estos son los padecimientos mas angustiantes que vivirá la mujer, ya que además estarán revestidos de afecciones patológicas que requerirán incluso de tratamientos psiquiátricos, 7) tiene fantasías son como las pesadillas, con la diferencia que éstas ocurren cuando uno esta despierto; pueden ser tan escalofrantes o depresivas como las pesadillas y en ocasiones, llegan a durar largos periodos. Pueden tenerse en cualquier momento y en repetidas ocasiones, visiones retrospectivas se vuelve a revivir emocional o físicamente la experiencia,

que surge cuando cualquier cosa le recuerda la experiencia, fobias son todo tipo de aversiones y desordenes compulsivos que pueden ser; temor, enfermedades o a la muerte. Las reacciones de aniversario implican tener actitudes negativas desconcertantes justo en la fecha en que se abortó al bebe, estas reacciones son de intenso dolor y depresión angustia ante situaciones parecidas o que tienen alguna relación con el aborto, miedo extremo a dañar a sus hijos o a cualquier otra persona, por que piensan han sido capaces de abortar y matar a alguien, serán capaces de cualquier cosa.8) recelo hacia sus hijos vivos o abuso de infantes la madre es la clave para el desarrollo emocional de los hijos y el padre, a su vez, consolida con su presencia firme y cálida la autoestima de la mujer, 9) desordenes del sueño: pesadillas la mujer puede soñar que trata desesperadamente de rescatar a un bebe que se encuentra en eminente peligro de muerte por alguna enfermedad o violencia. Quizá pueda verse así misma, corriendo frenéticamente sin rumbo en medio de una gran tormenta, donde todo es oscuridad y sólo se percibe que un bebe esta muriendo y cualquier tipo de rescate es en vano, Insomnio se presenta debido a la intranquilidad, puede haber fantasías, como sueños despiertos o simplemente incapacidad para conciliar el sueño, 10) irritabilidad, explosiones de ira o coraje siente amargura y odio contra los que participaron en el aborto, frustración por no haber sido comprendida ni ayuda. A menudo se siente engañada, por no haber recibido información completa o por haber sido utilizada y luego presionada a practicarse un aborto, y mas adelante podrá sentir que las mismas personas que la impulsaron al aborto le dan la espalda, la responsabilizan y la culpan de sus actos, 11) dificultad para concentrarse por el hecho de estar pensando constantemente en el aborto, además de la depresión, el insomnio y la angustia que siente, le resulta muy difícil concentrarse para hacer algún trabajo, por otra parte, tiene sentimientos y pensamientos contradictorios ya que piensa que el suceso fue lo correcto, pero su fuero interno no la deja tranquila, 12) sobresalto ante cualquier estímulo, suceden en cualquier momento y se manifiestan con intranquilidad, miedo, preocupaciones, angustias, depresión, así como fobias y angustia constante además de sentimientos de culpa, para proteger su estabilidad mental, muchas mujeres deben convencerse a sí mismas de la necesidad de abortar y reprimir cualquier sentimiento inicial de culpabilidad, esto con objeto de no provocarse más daño, aunque claro está, que el sentimiento de

culpabilidad se encuentra presente, 13) depresión consiste en los cambios de ánimo, falta de energía, interés, llanto frecuentemente, incapacidad para tomar decisiones claras o un sentimiento general de melancolía, 14) llanto frecuente cuando se llora, se admite la frustración que se tiene en ese momento, finalmente se llega al punto de redimirse, significa que cede el control; ya que no hay que soportar la carga que conlleva el dolor. 15) ansiedad se manifiesta a través del miedo al castigo o a merecer un castigo. Las mujeres con síntomas de ansiedad muestran conductas paranoicas o miedo a la muerte; lo manifiestan en un gran número de situaciones diversas. La ansiedad, a diferencia de la angustia, no tiene siempre una connotación negativa, aun cuando algunos psicólogos los manejan un tanto como sinónimos, 16) conductas autodestructivas, la mujer que ha abortado presenta a menudo, pensamientos o deseos suicidas en los días de aniversario del aborto o de la fecha en que hubiera nacido el bebe, 17) abuso de alcohol, sustancias, disfunción, promiscuidad sexual, las mujeres que ha pasado por este tipo de experiencias frecuentemente reportan su primer consumo fuerte de alcohol o drogas con la intención de aliviar el estrés que han tenido a causa del aborto, también llegan a intoxicarse en un intento de vencer las pesadillas, el insomnio, o para reducir las reacciones de pesar o dolor, y para reprimir la expresado, abusan de las drogas, del alcohol y se dedican a la promiscuidad sexual, para "anestesiarse" o castigarse a si mismas, 18) desordenes alimentarios la mujer, como ser bio-psico-social, al abortar, se ve afectado en estos tres ámbitos, por lo que se tendrá la inclinación a este tipo de desordenes que la llevara a tratar de olvidar todo o algunas manifestaciones del síndrome. 19) pérdida de la autoestima puede ser devastadora cuando la mujer lleva el peso de la culpabilidad y el remordimiento por la muerte de su propio hijo: por lo general va unido al arrepentimiento y vergüenza que la acompañan por mucho tiempo, ya que no encuentra la curación total de su mal. La pérdida de la autoestima se ha visto manifestada en gran parte de los síntomas del síndrome.(Alva L, 1999).

El trauma de la pérdida de un embarazo y el aborto inducido, las mujeres, familias, han recibido generalmente más compasión y sensibilidad a su pérdida, que aquellas mujeres que han experimentado un aborto provocado o espontáneo. Cuando la pérdida del embarazo ocurre, ambos padres comienzan un tipo de

relación que es única y que puede alterar la vida de ellos en diferentes y profundas maneras.

Además de las complicaciones físicas, que son esterilidad, abortos espontáneos, embarazos ectópicos, nacimiento de niños muertos, trastornos menstruales, hemorragia, infecciones, shock, coma, útero perforado, peritonitis, fiebre, sudores fríos, intenso dolor, pérdida de otros órganos, dentro de los efectos psicológicos las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como síndrome post aborto, estos como ya se menciono incluyen sentimientos de culpa, impulsos suicidas, sensación de pérdida, insatisfacción, sentimiento de luto, pesar y remordimiento, retraimiento, perdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y enfermedades psicológicas, tendencias al suicidio, pesadillas, recuerdos dolorosos, etc.

CONDICIONES QUE LLEVAN A UNA MUJER A ABORTAR

En México es evidente la práctica clandestina del aborto. A pesar de existir un programa de planificación familiar solo 53% de las mujeres en edad reproductiva utilizan un método de planificación, según David y dic de Weiss en un estudio de 1992. En este mismo trabajo, en una muestra de 156 mujeres sometidas a interrupción del embarazo, 49% eran solteras y más de la mitad (61%) no se sabían embarazadas con anterioridad antes de acudir al médico, la tercera parte había intentado, sin éxito, provocarse el aborto, las causas más frecuentes para intentarlo fueron la negativa de la mujer de la mujer a casarse con su pareja (21%), seguida por motivos económicos (18%) embarazo no deseado (15%), tener demasiados hijos (10%) y ser demasiado joven para embarazarse (9%).(Garza F. 1997)

Según el Instituto de Allan Guttmacher de Planificación familiar las razones más comunes por lo que las mujeres abortan son:

- 1% son producto de incesto o violación.
- 4% son mujeres a las que su médico les dijo que su salud empeoraría si continuaba con el embarazo.
- 23% son niños que tenían anomalías fetales.
- 50% dijo que no quería ser madre soltera.

- 14% experimentaron espontáneas y sucesivas pérdidas de los bebés que esperaban.
- 40% de las mujeres sufrieron embarazos ectopico, o defectuosos, y experimentaron dolor y anomalías.
- 17% sufrió irregularidades en su periodo menstrual.
- 66% declaró que no podía afrontar los gastos que implica un hijo.
- 75% dijo que un niño interferiría en su vida.

CAPITULO IV

AUTOCONCEPTO

El termino de si mismo es intercambiable con el de autoestima, auto imagen, si mismo ideal, auto identidad pero esta relación entre si mismo y autoconcepto se refiere a la auto conciencia general del individuo. Sus componentes son auto imagen, autoestima y si mismo ideal.

El autoconcepto es considerado por otros autores (Guerra Plaza y Aramburu, 2000) como la representación de una realidad multidimensional en las que ciertas dimensiones adquieren más valor para algunos individuos, mientras que algunas resultan menos relevantes para otros. Existen personas de locus institucional y personas de locus impulsivo. Para las primeras su si mismo es algo creado y logrado; se nutre de sus relaciones institucionales y se expresan en los actos voluntarios realizados en pos de la consecución de metas institucionales. Para las segundas el verdadero si mismo es algo que tiene que ser descubierto y se nutre de impulsos internos, no socializados, ansiados fuera del marco institucional.

Las personas disponemos de esquemas organizativos que nos sirven para categorizar, ordenar y estructurar ciertas parcelas de la realidad interpersonal. Los esquemas del yo nos ayudan a ordenar y recuperar información referente al yo en un determinado dominio y son los que dan cierta consistencia a nuestro comportamiento. El autoconcepto puede ser considerado como un reflejo de las percepciones de uno acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. El autoconcepto se nutre pues de la percepción de personas significativas del entorno tiene sobre uno mismo. El autoconcepto estará más definido en la medida que el individuo al compararse con otras personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo. Estudios que se han realizado han mostrado correlaciones significativas entre las percepciones de los individuos y la forma en que los perciben los demás.

Analizando el tema desde ambos puntos de vista, se han encontrado mayor congruencia entre la auto percepción como creemos que nos ven los demás, que entre la percepción y como nos ven realmente los demás. Lo que influye realmente en la

percepción no es pues la percepción real que los demás tienen de uno, sino la percepción que el sujeto tiene de esa percepción.

La teoría de la autoverificación sostiene que las personas buscamos información exacta, precisa sobre nuestros rasgos positivos y negativos centrales. La teoría del auto ensalzamiento sostiene que las personas buscamos información mas precisa sobre los aspectos positivos que sobre los aspectos negativos de nuestra personalidad. El autoconcepto estará mas definido en la medida en la que el individuo se compare con otras personas, pero estas comparaciones no se hacen indistintamente; compararse con otras personas, superiores a uno en diferentes dominios puede llegar a socavar la moral de un individuo de la misma forma que compararse con individuos inferiores puede fortalecer su moral.

Cuanto mayores sean los logros en un determinado dominio de la persona con la que nos comparamos y cuanto mas próxima sea nuestra relación con la misma, mayores serán las consecuencias en cuanto a cambio de autoconcepto en ese ámbito. Un individuo puede construir su yo ideal o su yo deber de una forma ya sea muy cercana o muy alejada a su yo real. En el primer caso su yo real será evaluado de forma muy positivo. En el caso de que medie una gran distancia entre su yo ideal y su yo real este será evaluado de forma muy crítica. El concepto del yo es un concepto dinámico que va variando y logrando mayores niveles de diferenciación a lo largo de la evolución. Cuando un individuo que se esfuerza por lograr unas metas tiene miedo de que los resultados de su esfuerzo no le van a llevar al éxito, puede llegar a sentir una fuerte amenaza para el mantenimiento de su autoestima. Aspectos importantes de su autoconcepto dependen del éxito o el fracaso en el logro de dichas metas. (Guerra Plaza y Aramburu, 2000)

El término autoconcepto comienza a perfilarse en la Escuela Psicoanalítica con Hartman y Erickson, aportando un significado del yo. Posteriormente se solidifican con las aportaciones de James y Allport. Más recientemente es Rogers quien dirige en antiguo concepto de si mismo hacia el actual significado de autoconcepto. Finalmente Fitts en 1965 realiza una extensa investigación sobre el tema y desarrolla una escala que mide varios aspectos del autoconcepto. (Oettinger B, 1993).

En el autoconcepto se utiliza el pronombre personal "yo" para referirse a uno mismo como sujeto y "mi" para referirse a uno como objeto y con ello representa una relación bastante especial que se tiene con uno mismo, a saber, autoconciencia o autoconocimiento.

El sí mismo es tanto sujeto como objeto, conocedor como conocido, pensador como pensado. El término de sí mismo es intercambiable con el de autoestima, auto imagen, sí mismo ideal, auto identidad; pero esta relación entre sí mismo y autoconcepto se refiere a la autoconciencia general del individuo., pero según Murphy el sí mismo es como lo conoce el individuo. Por otro lado Burns opina que es el conjunto de actitudes que una persona sostiene acerca de sí mismo.

COMPONENTES DE AUTOCONCEPTO

El término es general, sin embargo se refiere a tres componentes principales; auto imagen, auto estima y sí mismo ideal.

AUTO IMAGEN (O IDENTIDAD DEL YO).

Se refiere al modo en como se describe a sí mismo, el tipo de persona que pensamos que somos. Respondiendo a la interrogante ¿quién soy? Se hace referencia a los roles sociales y rasgos de personalidad. Las características físicas son parte de la propia imagen corporal o sí mismo corporal.

Otro aspecto fundamental de la imagen corporal tiene que ver con el sexo biológico, el género es el equivalente social a la interpretación social del sexo y el género o identidad sexual, es otra parte del núcleo central de la auto imagen del individuo. (D. Gross, 1994)

AUTOESTIMA (AUTO RESPETO).

La autoestima es, esencialmente, evaluativo: se refiere al grado en el cual la persona se agrada y acepta o aprueba a sí mismo, que tan valiosa se considera. Cooper Smith la definió como el juicio de valor personal que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. (D. Gross, 1994)

SI MISMO IDEAL (IDEAL DEL YO O AUTO IMAGEN IDEALIZADA)

Se considera básicamente con el tipo de persona que se desearía ser, tomando en cuenta que puede variar en extensión y grado, se puede desear ser diferente en ciertos aspectos o ser una persona totalmente diferente. (D. Gross, 1994).

EVOLUCIÓN DEL AUTOCONCEPTO

Para hablar del autoconcepto como una perspectiva aislada no es tan fácil puesto que el término ha sido de reciente aparición dentro de la literatura de psicología, se dice que el autoconcepto tiene sus bases en 1890 con un escrito de William James. En nuestros días el autoconcepto, ha sido visto íntimamente relacionado con otros dos conceptos que son el yo y el si mismo.

Es necesario recurrir a la descripción del sendero trazado por el estudio de personalidad, puesto que el autoconcepto se ha ido convirtiendo en el punto central que se trata en todo estudio, pues se considera la base que permite el despliegue y la configuración de la propia personalidad. Para poder remontarse al origen de este concepto es necesario citar como punto de partida la filosofía, en donde el hombre se considera como un hombre genérico, universal, dentro de un cosmos, Según Protágoras es la medida de todas las cosas, es un ojo abierto al mundo que todo lo que ve existe y lo que no ve no existe, dice que todo lo que percibo, siento o pienso se refiere a mi, y yo soy el único arbitro de la existencia de lo que pienso, siento y percibo.

Años mas tarde Platón plantea que el hombre vive y debe vivir en sociedad, ya que para él, lo que es real tiene que ser fijo, permanente e inmutable, identificó lo real con la esfera ideal de la existencia en oposición al mundo físico del devenir. Platón distingue dos modos de realidad, una, a la que llama intangible, la idea, y que tiene la característica de ser eterna, ingenerada e indestructible por lo tanto, inmaterial, ajena al cambio, y que constituye un modelo o arquetipo de la otra realidad, la sensible constituida por lo que ordinariamente llamamos cosas, y que tiene las características de ser corruptible, sometida al cambio, a la generación y a la corrupción, y que no es más que una copia de la realidad intangible. (Bréhier, 1988).

Aristóteles más tarde comento que el efecto que tiene la sociedad orientada hacia la búsqueda de la felicidad, también tiene efectos sobre el hombre ya que este busca la felicidad que es una actividad del alma en concordancia con la virtud perfecta. Aristóteles da realidad a las ideas entendiéndolas como la esencia de las cosas reales "nada hay en la mente que no haya antes en los sentidos". Cree que las esencias o sustancias de las cosas reales tienen una realidad dual,

materia y forma y en sus relaciones de unas cosas, causa y/o efecto. Sobre el principio de la relación entre materia y forma. Para esencia del hombre, el cuerpo es la materia y la forma es el alma. (Bréhier, 1988).

Posterior a estos pensadores hay una caída de la filosofía griega y da paso a la filosofía de influencia cristiana ya que domina toda la edad media, sin tocar directamente al hombre, solo lo toca de manera tangencial y no profundiza en él, sino en Dios y la relación que tiene con todos los seres humanos. Después Descartes deja en claro que en la mente hay una clara representación del cuerpo y por consiguiente puede proponer su famosa frase de "cogito ergo sum" tomándose como punto de partida un si mismo ya que cogito quiere decir yo pienso y por consiguiente luego existo o luego soy. (Bonabotta, 1989).

Como puede observarse, la tendencia que se siguió como línea de pensamiento en la época del Renacimiento fue la del individualismo.

PRINCIPALES TEORICOS DEL AUTOCONCEPTO

ERICKSON

Erickson señala que el yo es el instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción; percibe el mundo interior, toma conciencia de los impulsos del ello, de los dictámenes del súper yo y de los valores significativos de su vida. A sí mismo, el yo selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento. El yo mantiene la armonía entre las diferentes partes de la personalidad, con miras a adaptarse a la realidad. Explica que el yo es una institución interna desarrollada para proteger el orden dentro de los individuos del que depende todo orden exterior. El concepto de identidad como "un proceso que se manifiesta a través de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones sucesivas de los años tempranos".

Posteriormente señala la importancia que tiene el establecimiento de la confianza en la primera etapa oral para el logro de una identidad yoica perdurable. Así mismo asegura que la autoestima se conforma en esta etapa.

La principal característica de su teoría son los cambios evolutivos que ocurren a lo largo de la vida. De esta manera plantea la existencia de 8 edades o etapas que el individuo debe pasar para alcanzar la maduración genuina .

En cada etapa existe un conflicto característico y la forma en que este se resuelva va determinando la personalidad del individuo (Corey, 1991).

- 1.- Confianza básica vs. desconfianza básica (se conforma la autoestima).
- 2.- Autonomía vs. vergüenza y duda: (control de esfínteres). El fracaso en esta etapa se percibe como un yo inadecuado, es decir con sentimientos de duda y vergüenza que se reflejan en actitudes tímidas e inseguras.
- 3.- Iniciativa vs. culpa:(se presenta cuando el niño comienza a desplazarse y domina sus necesidades . Durante esta etapa el niño debe descubrir un medio socialmente aceptable para expresar sus necesidades.
- 4.- Industria vs. inferioridad : (se da en etapa escolar, lo que permite que se compare con otros individuos de su edad. De esta forma el niño se da cuenta si es competente o no.
- 5.- Identidad vs. confusión de rol; comienzo de la juventud va acompañado por una nueva duda acerca de la mismidad y continuidad en las que ya se confiaban . El fracaso consiste en un sentimiento de falta de claridad ante sí mismo, la fijación de roles, confusión sexual, ante los valores y la autoridad.
- 6.- Intimidad vs. aislamiento:(El joven esta ansioso en esta etapa por fundir su identidad con la de otros.

Esta preparado para entregar su yo a los demás, para la intimidad, es decir, para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y tiene la fuerza para cumplir compromisos aun cuando estos exijan sacrificios. Cuando el temor a la perdida del yo lleva al individuo a evitar tales experiencias se produce un estado de aislamiento.

- 7.- Generatividad vs. estancamiento: Consiste en establecer y guiar a la nueva generación, aunque hay quienes no aplican este impulso a su descendencia.
- 8.- Integridad del yo vs. desesperación: Esta etapa solo es alcanzada por aquellos que resolvieron las crisis anteriores.

WILLIAM JAMES

Uno de los logros más citados del tratamiento de James de la noción de self en sus Principles of Psychology es haber dado una descripción no metafísica de este concepto. James sobre el si mismo brindo nuevas oportunidades para teorizar.

especular y eventualmente, experimentar en diferentes áreas del que hacer científico referido a la naturaleza y acción humanas. Dicho autor sugiere una dicotomía entre el yo y el mi, en donde una misma persona de diferencia por dos aspectos: el si mismo como conocedor o el agente de la experiencia, y el si mismo que es conocido por los demás; siendo estos dos esenciales para el entendimiento de la autoconciencia. Se identifico por ser el primer psicólogo en estudiar el si mismo, considerando que se puede hacer una distinción entre el yo y el mi. Define al si mismo la suma total de todo lo que un hombre puede llamar suyo; su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, posesiones materiales, su familia, sus amigos, sus enemigos y muchas cosas más. Para él el si mismo es un fenómeno conciente, donde las evaluaciones que hace una persona de si mismo dependen de sus aspiraciones. El autor define al yo como la corriente de pensamientos que constituye el propio sentimiento de identidad personal.

James introduce una relevante clasificación del si mismo. Esta es:

1. El si mismo material: El cuerpo es la parte central del si mismo material. A pesar de que existe también en nosotros la tendencia a sentir todo nuestro cuerpo, también experimentamos algunas partes de él. Enseguida vienen nuestros vestidos, nuestra ropa, nuestra familia, nuestro hogar y nuestras pertenencias.
2. El si mismo social. El aspecto social del si mismo esta dado por el hecho de que somos alguien para nuestros compañeros, comenta de la importancia que tiene el ser notado por los demás, según el autor no podría haber peor castigo para el humano que ser abandonado por los demás y pasar absolutamente inadvertido por los miembros de su sociedad. Agrega que el individuo tiene tantos selves sociales como grupos distintos de personas existen cuya opinión toma en cuenta.
3. El si mismo espiritual. El si mismo espiritual se refiere a su aspecto subjetivo, a las facultades o disposiciones psíquicas tomadas concretamente. Estas disposiciones psíquicas son la parte más permanente e íntima del si mismo aquella que más verdaderamente somos. El si mismo espiritual o conciencia tiene una naturaleza reflexiva: la persona es sujeto de sus propias reflexiones, es decir, el si mismo

espiritual es la fiabilidad del individuo de pensarse como un ser reflexivo, es el sí mismo de todos los demás selves. (Flores A. 1993).

COOLEY

Cooley dice que los objetos del mundo social son partes constituidas de la mente y el sí mismo de los sujetos. Escribió que la sociedad y los individuos no son fenómenos separados, si no que son simplemente aspectos colectivos y distribuidos de la misma cosa, cuando nosotros hablamos de sociedad o usamos cualquier otro término colectivo, fijamos nuestra mente sobre un punto de vista general relativo a la gente, mientras que cuando hablamos de individuos dejamos de considerar el aspecto general y pensamos en aquello que hemos seleccionado. El sí mismo, para Cooley no es primero individual y luego social, este surge dialécticamente a través de la comunicación. El conocimiento del sí mismo es una reflexión de las ideas acerca de sí mismo que son atribuidas a otras mentes, además no puede ser aislado. " No hay sentido del yo sin sentido correlativo del tu o ello". Para ilustrar el carácter "reflejado" del sí mismo Cooley lo comparo con un espejo "Como nosotros vemos nuestro cara, figura y vestido en el cristal y estamos interesados en ello debido a que somos nosotros.

La noción del espejo de sí mismo esta compuesta por tres componentes principales: la imaginación de nuestra apariencia a otra persona, la imaginación del juicio de la apariencia y algo de sentimiento de sí mismo como orgullo o mortificación. El sí mismo surge en un proceso social de intercambio comunitario que es reflejado en el conocimiento de la persona.

Cooley agrega "La sociedad es un entretejedor y fabricante de sí mismo mentales" La sociedad es internalizada en la psique individual, viene a ser parte del sí mismo del individuo a través de la interacción de muchos individuos. (From C. 1977)

ALFRED. ADLER

Alfred Adler postulo una única "pulsión" o fuerza motivacional detrás de todos nuestros comportamientos y experiencias. Su teoría se fue transformando en una más madura, pasando a llamarse a este instinto, afán de perfeccionismo. Constituye ese deseo de desarrollar al máximo nuestros potenciales con el fin de llegar cada vez más nuestro ideal. La pulsión agresiva, la cual surge cuando se frustran otras pulsiones como la necesidad de comer, de satisfacer nuestras

necesidades sexuales, de hacer cosas o de ser amados. Sería más apropiado el nombre de pulsión asertiva, dado que consideramos la agresión como física y negativa. Adler utilizó para referirse a esta

motivación básica fue la de compensación o afán de superación. Dado que todos tenemos problemas, inferioridades de una u otra forma, conflictos, etc; sobre todo en sus primeros escritos, Adler creía que podemos lograr nuestras personalidades en tanto podamos (o no) compensar o superar estos problemas. Una de las frases más tempranas de Adler fue la protesta masculina, los chicos estaban situados en una posición más ventajosa que las chicas. Los chicos deseaban, a veces de forma desesperada, que fuesen considerados como fuertes, agresivos o en control y no débiles, pasivos o dependientes. No creía en la asertividad masculina y su éxito en el mundo fuesen debido a una cierta superioridad innata. Opina que los niños son educados para lograr una asertividad en la vida y las niñas son alejadas de este planteamiento. La última frase que uso antes de plantear su afán de perfeccionismo, fue afán de superioridad esta delata de una de sus raíces filosóficas de sus ideas. Todo este juego de palabras que utiliza Adler nos remite a su teoría de la personalidad bastante más distanciada de la representada por Freud. Fue influenciado por los escritos de Jan Smuts, el filósofo y hombre de estado sudafricano. Este defendía que para entender a las personas, debemos hacerlo más como conjuntos unificados en vez de hacerlo considerándolas como una colección de trozos y piezas, y que debemos hacerlo en el contexto de su ambiente, tanto físico como social. (Boeree C. 1997).

KAREN. HORNEY

Los principales aportes que esta autora le a brindado a la Psicología se encuentran en lo referente a la terapia, no es menos cierto que Horney es una de las principales representantes de los psicoanalistas culturistas. Dentro de su teoría se enmarcan dos definiciones las cuales son el yo real y el yo ideal, el primero es un término que comprende todo lo que la persona es en un momento dado, incluye cuerpo y alma, sea un individuo sano o neurótico. Se refiere a el cuando las personas dicen que quieren conocerse tal cual son. El yo real se refiere a lo que realmente la persona siente, quiere, cree y resuelve, es , o debiera ser, el centro más vivo de la vida psíquica. Cuando el yo real es fuerte y

activo permite tomar decisiones (aprueba o censura) y asumir las responsabilidades de ellas, por lo tanto, conduce a una sensación de unidad, de totalidad. Para Horney el yo real es la fuente de fuerzas emocionales, de las energías constructivas y facultades de juicio, el conductor de nuestras vidas ya que es quien representa en definitiva la imagen real de la persona, y representa sus reales capacidades y cualidades. (Morales, 2001). "El segundo da el desarrollo de la confianza básica, es decir, confianza en si mismo y en el resto, en una individuo normal está determinada por un ambiente que satisfaga las necesidades de cariño, cuidado, disciplina, estimulación, entre otros. Si no se satisfacen, el ambiente en general, es percibido por el individuo como hostil acompañado con un sentimiento de frustración hacia sus necesidades lo que lo lleva hacia una separación de su yo real. Los componentes esenciales del yo ideal son inconscientes por esto el neurótico confunde las demandas de yo ideal con las genuinas. El yo ideal realiza una serie de funciones en la vida del individuo, y son:

- Le da una nueva confianza y orgullo al individuo que por presiones del ambiente lo había perdido.
- Responde a la necesidad neurótica de ser superior a los demás.
- Sustituye los ideales genuinos del individuo que son percibidos con facilidad, por nuevos ideales los cuales no constituyen un nuevo móvil.
- Función de defensa porque niega los conflictos existenciales entre dos necesidades opuestas e irrealizables al mismo tiempo, haciendo pasar las restricciones que impone este conflicto como si fueran voluntarias. De esta forma se elimina la autopercepción de defecto.

El mantenimiento del yo ideal ya consolidado obliga al individuo a realizar una serie de conductas que tienden a mantener esa imagen, frente a lo cual el individuo puede reaccionar de la siguiente forma:

- Identificación con su yo ideal creyendo que todo esta bien así como esta, pasando a ser este más real que su yo real. Este cambio se produce en lo más profundo de su ser involucrando sus sentimientos, motivaciones, pensamiento, etc.

- Perfeccionismo, el individuo quiere llegar a ser como su ideal y vive esforzándose por ello y criticándose por lo que "debiera" ser y hacer.
- Revelación, el neurótico se torna irresponsable y negativo hacia las exigencias de su yo ideal". (Quijada, 1998).

HARRY S. SULLIVAN

"Denomina su teoría de la personalidad: teoría interpersonal de la psiquiatría pertenece a la escuela neopsicoanalista. Y tiene la posición teórica más inclinada a la sociología. Su teoría de la personalidad versa sobre la interacción entre el individuo y la ansiedad desempeña un papel central en su modelo. Es una teoría popular en psiquiatría, va emanar de su trabajo con gente emocionalmente perturbada, (fundamentalmente esquizofrénicos y obsesivos compulsivos). Un rasgo más importante se considera el contenido de esta teoría como modelo puro de conflicto psicosocial: por consiguiente Sullivan va tener principalmente como objeto de estudio el análisis del proceso de comunicación" (Valderrama, 2001)..

Esto último puede demostrar debido a que los escritos de Sullivan puede vislumbrar que el hombre en sus relaciones interpersonales busca dos cosas:

1. La persecución de la satisfacción (se refiere a todos aquellos estados finales que están estrechamente ligados a la organización física del hombre; es decir, son esencialmente biológicos) siendo este su primer objeto.
2. La persecución de la seguridad (esencialmente psicológico; pertenece mas a equipo cultural del hombre y por ende, han sido insertados en el individuo que pertenecen a su organización física y esta dado principalmente por la búsqueda de lograr buenas relaciones y estatus ante otros significativos); y este es su segundo objeto.

En esta persecución de la seguridad se incluye aquello que ha sido inculcado en el individuo, tales como: movimientos acciones, palabras, pensamientos, imágenes, ensueños, etc. Por tanto, es producto del acondicionamiento cultural para así podrá educar los impulsos o tendencias subyacentes de tipo biológico. La satisfacción en fundamentalmente somática; se trata de una función de las células y de los tejidos, de los músculos y de los órganos corporales, mientras que la seguridad es de fenómeno cultural.. (Valderrama, 2001).

GORDON ALLPORT

Una de las cosas que produce a los seres humanos en la tendencia a satisfacer necesidades biológicas de supervivencia, lo cual llama funcionamiento oportunista. Señala que este funcionamiento se caracteriza por su reactividad, orientación al

pasado y por su puesto tiene una connotación biológica. Para Allport el si mismo se consolida mediante un proceso que comienza desde el nacimiento en donde intervienen siete factores se van incorporando de acuerdo a la edad y circunstancias:

- 1) Sentimiento del si mismo corporal: son todas las que surgen del organismo desde cada una de sus partes. El autor señala que el conocimiento de nuestro cuerpo constituye el soporte para el sentimiento del si mismo y de la autoconciencia.
- 2) Sentimiento de una continua identidad del si mismo o auto identidad: Consiste en la comprensión de lo que es uno y lo que es el otro, a si como de que los sentimientos que se tuvieron ayer y los que se tienen hoy pertenecen a la misma persona.
- 3) Exaltación del si mismo: Esta compuesto por el amor a si mismo, los impulsos de autoafirmación, las emociones de autosatisfacción y orgullo. (autoestima)
- 4) Extensión de si mismo: con la extensión del si mismo surge el sentimiento de posesión, así los objetos del niño son sentidos como partes de si mismo intensamente propias.
- 5) Imagen de si mismo: Es la forma en que la persona se visualiza a si misma, incluyendo la imagen idealizada, es decir, lo que la persona desearía ser, sus aspiraciones, etc.
- 6) Agente racional: Aquella función del organismo que analiza, soluciona problemas, esta en contacto con la realidad exterior y defiende al organismo de los peligros ya sean estos reales o imaginarios.
- 7) Aspiraciones propias: Son todos los motivos que rebasan los impulsos y tendencias a la satisfacción inmediata, otorgando al individuo perspectivas

de auto perfección y soportando la tentación de reducir tensiones. (Boeree, 1998).

CARL ROGERS

Rogers se interesó en el estudio del individuo en sí mismo. Para ello desarrolló una teoría de personalidad centrada en el yo, en la que se ve al hombre como un ser racional, con el mejor conocimiento posible de sí mismo y de sus reacciones, proponiendo además el autoconocimiento como base de la personalidad y a cada individuo como ser individual y único. Otorga importancia fundamental a dos constructos, que serán la base de ésta, tales son el organismo y el sí mismo. Según su teoría todas las personas tienden a confrontar sus experiencias simbólicas con el mundo objetivo, esta verificación de la realidad le proporciona al sujeto conocimiento confiable del mundo el cual le permite conducirse adecuadamente en la sociedad, sin embargo en algunas ocasiones estas verificaciones pueden ser incorrectas, lo cual conlleva al individuo a tener un comportamiento carente de realismo. Dado esto se puede decir entonces, en términos más simples, que el yo o sí mismo estaría constituido por un conjunto cambiante de percepciones que se refieren al propio individuo. (Morales C, 2001).

Para Rogers el sí mismo no solo incluye el conocimiento que se tiene de sí mismo sino también incluye el conocimiento de lo que se quiere ser y lo que debe ser un individuo. Observa que el sí mismo ha sido tratado particularmente e indica que el autoconcepto es una parte del campo fenoménico que se va diferenciando hasta convertirse en una gestalt compuesta de percepciones características del yo o del mí y de las relaciones que tiene, junto con valores vinculados a esas percepciones que hacen que la gestalt sea fluida y cambiante haciéndola flexible para adaptarse a cualquier situación en la que se vea inmersa. (Valdez, 1990).

GEORGE HERBERT MEAD

Mead establece que el sí mismo es un proceso que utiliza símbolos, que se va desarrollando con el paso del tiempo mediante el contacto con los demás, teniendo como primer efecto aprender a verse como objetos de conocimiento y que surge de la experiencia que se adquiere al tener contacto y comunicación con los demás, convirtiéndose en un proceso puramente simbólico. Para Mead el individuo es un producto de la interacción recíproca entre individuo y sociedad,

de la cual surge la "mente", superando así la controversia individuo-sociedad de Tarde y Durkheim, así como la dicotomía ciencia natural- ciencia del espíritu y el dualismo cartesiano mente-cuerpo. Mead plantea la anterioridad histórica de la sociedad sobre la persona, y por ello es una psicología social sociológica. La persona se mira a si misma como antes fue mirada por otros, lo que cumple a través de gestos significantes y en la experiencia social de las personas. (Valdez. 1990).

ROGELIO. DÍAZ GUERRERO

Propone que la personalidad y el yo como una parte importante de esta tienen un origen biológico, psicológico, histórico, pero por demás social y cultural, que tiene como base una serie de premisas históricas y psicosociales que son una serie de afirmaciones, simples o complejas, que proveen a los individuos de las bases para entender la lógica que hay entre los grupos donde y con los cuales interactúan. Considera la presencia de un yo, haciendo referencia a la percepción que se tiene de sí mismo a partir de la personalidad propia de los individuos, tomando en cuenta que la personalidad es un sistema de procesamiento de información de naturaleza racional y emocional, que permiten a los sujetos obtener diferentes grados de diferenciación individual como resultado de una dialéctica entre tal sistema de información y la cultura, a la cual le atribuye un lugar preponderante en cuanto a la información y desarrollo tanto de la personalidad, como de las funciones intelectuales y de conocimiento de los individuos.

Reporta un largo estudio que trata del yo del mexicano, utilizando la técnica del diferencial semántico y haciendo comparaciones con otras 19 naciones que realizaron un estudio idéntico con sujetos comparables y bajo las mismas condiciones de control. El valor, el poder y el dinamismo del yo de 400 estudiantes de secundaria del Distrito Federal, fueron evaluados y comparados con las demás naciones que participaron del estudio respecto a las mismas dimensiones. El autor hace interesantes análisis respecto del yo del mexicano, incluyendo una comparación muy sugestiva entre el yo y la pirámide y buscando las explicaciones en una perspectiva interdisciplinario. (La Rosa, 1986).

A decir Rogelio Díaz Guerrero en su libro Psicología del Mexicano, existen por lo menos cuatro tipos de mexicanos como seres absolutamente diferentes a los de

cualquier otra parte del mundo y que se constituyen en el principal punto de partida para que desarrolle una línea de investigación sobre la psicología de mexicano desde una perspectiva etnopsicología.

1. Pasivo y obediente afiliativo: Es el tipo más común en la sociedad mexicana. Funcionan bien dentro de la si tiene el apoyo de sus familiares, enfrenta solo los problemas de la vida. Tiende a ser poco impulsivo, ordenados, limpios en su persona y en su medio ambiente, disciplinados y metódicos, planean sus actividades, son poco espontáneos, excitables o impetuosos, son pacientes, cautelosos y lentos en sus actividades, son tímidos, generalmente son jóvenes temerosos que evitan todos los peligros, buscan protegerse y evitan tener que sufrir algún dolor; son cuidadosos, precavidos, poco aventureros y aprehensivo, buscan su propia seguridad y están bastante dedicados a vigilar todo.
2. Rebelde activamente autoafirmativo: Este tipo de mexicano se encuentra con mayor frecuencia en la clase media y alta; es más dominante y más agresivo que sus compañeros y tiene mayor necesidad de decir, las cosas por si solo; se enoja más fácilmente y muchas veces, por salirse con la suya es capaz de lastimar los sentimientos de sus compañeros y de los adultos; es difícil que pueda quedarse con algo, casi siempre busca desquitarse de quienes le han hecho algún daño; tiende a ser peleonero, irritable, a llevar la contra, a ser vengativo, tosco, tiende a ser mas perceptivo que otros muchachos de su edad y ve y define con más claridad muchas cosas.
3. Control interno activo: Es capaz de diferenciar las ocasiones en que deben reinar ciertas formas de ser de la cultura y cuales no, proviene de familias citadinas acomodadas, es estudioso, capaz, afectuoso, obediente, afiliativo, complaciente con sus padres, educado, cortés, responsable, autoafirmativo, evitando ser agresivo, irritable y peleonero; no son amenazadores, ni antagonista, no se enojan fácilmente, no son hostiles ni vengativos, ni toscos y les disgusta lastimar a las personas.
4. Control externo pasivo: individuo pasivo, pesimista y fatalista, siempre dispuesto a venderse al mejor postor. Es obediente por conveniencia. Tienden a ser descontrolado, agresivos, impulsivos, pesimistas, son por

demás rebeldes y desobedientes; se enojan fácilmente, buscar siempre salirse con la suya y son capaces de lastimar los sentimientos de los demás, son vengativos.

ROLANDO DÍAZ LOVING

Se ha demostrado a través de investigaciones que el proceso de cultura en cada sociedad ha producido manifestaciones denominadas instrumentales y expresivas a las que han colocado, según su genero en rasgos femeninos y masculinos, respectivamente, lo cual ha demostrado una asociación socio-cultural en sus normas.

En 1978 Helmreich y Spence crearon un instrumento llamado "Cuestionario de atributos personales" donde se solicitaron rasgos socialmente aceptados en hombres y mujeres según su tendencia instrumental y expresiva respectivamente acentuando las de mayor prevalencia en cada género haciéndolos resaltar de manera positiva, o negativa, cuando su conducta era socialmente rechazada, entendiéndose dentro de los estereotipos que prevalecen en su momento histórico.

Este instrumento se extrapolo a la población mexicana a través de Díaz Loving y Díaz Guerrero con el apoyo de los iniciadores de estos estudios; para conservar la esencia del instrumento se trató que la traducción fuera a nivel conceptual más que literal; aplicando una prueba piloto a 600 individuos, se encontró que estos conceptos eran validos también para esta muestra. Además de esto percibe ya una tras locación de términos y participación social entre los individuos por género que pueden corresponder a la denominada "liberación femenina" o a la llamada "doble responsabilidad" (hogar y trabajo) de la mujer, haciendo notar el rezago y los vestigios culturales del mexicano y su actual lucha por un nuevo contexto económico, político y social que requiere de nuevos esquemas para sus integrantes. (Díaz L. s/a).

Planteamiento del problema:

A través de los años el problema de aborto ha existido, desde la historia se menciona que se ha utilizado como medio de planificación familiar. La pugna porque se legalice el aborto, la idea que la mujer es la que decide sobre su cuerpo y sobre la vida de ese futuro ser humano. Por otro la tendencia que tienen algunos grupos en contra del aborto, de cómo es visto por las diferentes sociedades que componen el país.

Una de las consecuencias emocionales más significativas es el sentimiento de culpa, que aparece como respuestas de algo que se hizo mal (según el significado de lo que la cultura nos marca), y este puede presentarse de diferentes maneras, modificando el comportamiento natural de las personas y como consecuencia un cambio de autoconcepto (modifica, auto imagen, autoestima e ideal del sí mismo). Así la intención de este estudio es describir como se modifica el autoconcepto ,con el sentimiento de culpa en el síndrome postaborto.

Por lo que se hace necesario plantearse la siguiente pregunta de investigación **¿Cómo impacta el sentimiento de culpa en el autoconcepto de mujeres con síndrome postaborto?.**

Objetivo General de la Investigación:

- ❖ Describir cómo se impactan las variables afectividad, instrumentalidad y expresividad con el sentimiento de culpa en la mujer que cursa con síndrome post aborto.

Objetivos específicos:

1. Conocer manifestaciones clínicas más comunes del sentimiento de culpa.
2. Identificar cuáles indicadores se modifican en la variable afectividad en mujeres con síndrome post aborto.
3. Conocer cuáles indicadores se modifican en la variable expresividad en mujeres con síndrome post aborto.
4. Describir que indicadores se modifican en la variable instrumentalidad en mujeres con síndrome post aborto.
5. Identificar los componentes clínicos del síndrome post aborto específicamente de culpa.

VARIABLES IDENTIFICADAS

VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Criterios de medición
Autoconcepto				
Instrumentalidad	<p>Positiva: Son aquellos instrumentos con los que cuenta principalmente el hombre y que son aceptables y deseables en la sociedad.</p> <p>Negativa: Son aquellos instrumentos con los que cuenta principalmente el hombre y que no son aceptables y no deseables en la interacción social.</p>	<p>La instrumentalidad positiva se evidencia mediante los calificativos competente, valiente, decidida, trabajadora, competitiva, audaz, capaz y emprendedora.</p> <p>La instrumentalidad negativa se evidencia mediante los calificativos arrogante, corrupta, abusiva, ambiciosa, altanera, aprovechada, avorazada.</p>	<p>C U A L I T A T I V A</p>	<p>Nominal politémica</p> <p>CALIFICACIÓN</p> <p>En las positivas.</p> <p>7 puntos = excelente.</p> <p>6 puntos = muy bien.</p> <p>5 puntos = bien</p> <p>4 puntos = amerita intervención correctiva.</p> <p>3 puntos = amerita intervención terapéutica.</p>
Expresividad	<p>Positiva: Son aquellos elementos con los que cuenta principalmente la mujer que son aceptables en la interacción social.</p>	<p>La expresividad positiva se evidencia mediante los calificativos tierna, cálida, sociable, cariñosa, sensible, amorosa, afectuosa.</p>	<p>A</p>	<p>2 puntos = amerita intervención terapéutica sistemática.</p> <p>1 punto = caso crítico.</p>

Afectividad	<p>Negativa: Son aquellos elementos con los que cuenta la mujer que no son deseables en la interacción social</p>	<p>La expresividad negativa se evidencia mediante los calificativos preocupona, dejada, cobarde, envidiosa, miedosa, mentirosa, llorona, inestable.</p>	<p>C U A L I T A I V A</p>	<p>En las negativas 7 puntos = caso crítico. 6 puntos = amerita intervención terapéutica sistemática. 5 puntos = amerita intervención terapéutica. 4 puntos = amerita intervención correctiva. 3 puntos = bien. 2 puntos = muy bien. 1 punto = excelente.</p>
	<p>Son aquellos elementos afectivos con los que cuenta principalmente el hombre.</p>	<p>La afectividad se evidencia mediante los calificativos; atenta, decente, optimista, sentimental, tranquila, calmada, bondosa, tolerante, educada, generosa, pacífica, sincera, comprensiva, leal, cortés, limpia, sencilla noble, romántica, obediente, relajada, emocional.</p>		

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de evaluación del autoconcepto realizado por el Dr. Díaz Loving

VARIABLES IDENTIFICADAS

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	CRITERIO DE MEDICIÓN
CULPA	Es fundamental una valoración, cognitiva y afectiva, de comportamientos, cuando estos no son de acuerdo con una determinada escala de valores morales.	La culpa se evidencia mediante los elementos labilidad emocional, baja autoestima, la culpa como mancha, tendencia intra punitiva, auto desprecio, remordimiento, reparación, reacción por haber recibido anteriormente muchos castigos, culpa existencial, angustia producida por un superyo muy fuerte, insatisfacción por la vida pasada.	C U A L I T A I V A	1 punto = Totalmente falso. 2 puntos = Mas bien falso. 3 puntos = Mas bien verdadero. 4 puntos = Totalmente verdadero

Fuente: Una escala para medir el sentimiento de culpa, Luis Zabalegui (1993).

MATERIA Y MÉTODOS

Se desarrollo un diseño descriptivo, observacional, transversal de corte psicosocial.

La población de estudio fue el conjunto de mujeres hospitalizadas en el servicio de puerperio complicado sometidas a una legrado intrauterino.

Por el propio fenómeno de estudio la muestra se definió mediante criterios convencionales, integrando un grupo de 100 mujeres entrevistadas de manera directa instrumentada, previa firma de consentimiento informado y con aprobación institucional del estudio.

Los instrumentos seleccionados fueron, para evaluar el sentimiento de culpa, la escala de Luis Zabalegui, validada en 1993. Se estandarizo obteniendo un alfa de Crombade de 0.89. Para evaluar el autoconcepto se utilizó la escala de Díaz Loving, validada en 1998 obteniendo un alfa de Crombade de 0.86.

Dentro de los criterios de inclusión se tomaron en cuenta las mujeres que estuvieran en ese momento y que fueran ingresadas en el servicio de puerperio complicado con diagnóstico de legrado intrauterino y que quisieran colaborar con el estudio. Los criterios de exclusión se determinaron con las pacientes que no quisieran colaborar con el estudio y además que ingresaran al servicio con otros diagnósticos. Los criterios de eliminación se determinaron mediante formularios dañados, que se encontrar incompletos en más del 30% de los items.

Aspectos Procedurales. La escala de Díaz Loving fue calificada en puntos con los siguientes criterios de la Dra. Soledad García Fuentes. En Instrumentalidad positiva, expresividad positiva y afectividad; los criterios fueron de la siguiente manera: 7 puntos (excelente), 6 puntos (muy bien), 5 puntos (bien), 4 puntos (amerita intervención correctiva), 3 puntos (amerita intervención terapéutica), 2 puntos (amerita intervención terapéutica sistemática) y 1 punto (caso critico). Por otro lado en Instrumentalidad negativa y expresividad negativa el criterio que se uso fue el siguiente: 7 puntos (caso critico), 6 puntos (amerita intervención terapéutica sistemática), 5 puntos (amerita intervención terapéutica), 4 puntos (amerita intervención correctiva), 3 puntos (bien), 2 puntos (muy bien) y 1 punto (excelente).

El proceso de datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS para windows, calificando las frecuencias de cada variable y planteándose en valores porcentuales, presentando los resultados en cuadros y gráficas.

Aspectos legales: El estudio se sustenta en la Ley General de Salud en el capítulo II título quinto en los artículos 84, 85 referentes al servicio social de pasantes y profesionales del área de salud donde se hace referencia a las normas, derechos y obligaciones del pasante, dependiendo de la institución en la que se encuentre. A la vez en los artículos 13, 14, 16, 18, 96, 97, 99 y 100 relacionados a la investigación para la salud, donde se describen las limitantes sobre investigaciones que implique algún riesgo físico, moral o emocional sobre los sujetos estudiados, así como el consentimiento informado respectivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

53.1

HALLAZGOS DESCRIPTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con respecto a el Sentimiento de Culpa:

- En la variable: "No me preocupa nada lo que otras gentes (por ejemplo, vecinos y padres) puedan pensar de mí". El 41% de las entrevistadas consideran que si les afecta lo que puedan pensar de ellas. El 16% no les afecta en lo mínimo lo que puedan pensar de ellas.
- En la variable: "En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco". El 34 % de las encuestadas consideran que ocasiones de gran felicidad, les asalta la duda de estar gozando de algo que no creen merecer. El 51% en ocasiones no les asalta la duda de estar gozando de algo que merecen.
- En la variable: "No merezco tener gente que me quiera". El 69% de las encuestadas expresan que no comparten la idea de el no tener gente que las quiera. El 9% consideran que no deben tener gente que les quieran.
- En la variable "Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, me lo paso muy mal". El 34% de las encuestadas opina que están de acuerdo con la aseveración mencionada. El 22% no comparten esa opinión.
- En la variable: "Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda que quizás tengan razón". El 39% de las encuestadas expresan que cuando las acusan injustamente, les atormenta la duda. El 44% de las encuestadas no consideran la aseveración como real.
- En la variable: "Me sentiría feliz arreglar de alguna manera el mal que he hecho". El 56% de las encuestadas consideran que si se sentirían felices de arreglar de alguna manera el mal que han hecho. El 10% no comparten la idea con el otro grupo entrevistado.
- En la variable: "A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible". El 24% de las encuestadas consideran que a lo largo de su vida han tenido muchas meteduras de pata que les pesa lo indecible. El 36% manifestaron que no les afecta.
- En la variable: "Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer que habré hecho algo mal". El 10% de las encuestadas creen que cuando les informan que un superior quiere hablar con

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ellas, se sienten mal y temen de haber hecho algo mal. El 45% no creen que cuando se les hable es por haber hecho algo mal.

- En la variable: "Hay cosas en mi pasado de las que nos quiero ni acordarme. El 41% de las encuestadas consideran que hay cosas en su pasado las cuales no quieren recordar". El 29% no lo consideran como para no recordarlo.
- En la variable: "A veces me quedo perplejo viendo como la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuo por las mismas". El 32% de las encuestadas no consideran quedarse perplejas por las acciones de los demás, y no se preocupan por las mismas. El 20% consideran quedarse perplejas por las acciones de los demás, y no se preocupan por las mismas.
- En la variable: "No se porque, el sexo sigue siendo para mi algo no limpio". El 71% de las encuestadas consideran que el sexo sea no limpio. El 13% consideran el sexo como algo sucio.
- En la variable: "Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable". El 21% de las encuestadas consideran que se sienten culpables cuando reciben cuidados de otras personas. El 58% no se sienten culpables cuando reciben cuidados de otras personas.
- En la variable: "Cuando pierdo un amigo, pienso "ya habré metido otra vez la pata". El 19% consideran que cuando pierden un amigo se imaginan que han metido otra vez la pata. El 43% no piensan que metieron la pata cuando pierden a un amigo.
- En la variable: Tengo la sensación de "romper" todo aquello que toco. El 58% de las encuestadas consideran que no tienen la sensación de romper todo lo que tocan. El 45% consideran tener la sensación de romper todo lo que tocan.
- En la variable: "Cuando me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás". El 45% de las encuestadas consideran que cuando se dan a conocer como realmente son, les queda la sensación de haber engañado a los demás. El 36% no consideran que cuando se den a conocer engañen a los demás.
- En la variable: "Me moriría de vergüenza si tuvieran que ser encarcelado". El 69% de las encuestadas consideran que se morirían de vergüenza si

tuvieran que ser encarceladas. El 16% consideran que no se morirían de vergüenza por ser encarceladas.

- En la variable: "Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo". El 67% de las encuestadas consideran que hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo. El 21% no consideran que haya acciones que dejen manchado por mucho tiempo.

- En la variable: "No es extraño que mis amigos me olviden". El 40% de las encuestadas consideran que no es extraño que sus amigos las olviden. El 37% consideran que se les hace extraño que sus amigos las olviden.

- En la variable: "La causa de mis fracasos esta en mí mismo". El 40% de las encuestadas consideraron que la causa de los fracasos esta en uno mismo. El 22% no consideraron que la causa del fracaso sea por uno mismo.

- En la variable: "Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar que habré podido hacer yo". El 47% consideraron que cuando notan que un amigo les habla con frialdad creen haberles hecho algo. El 31% no consideraron haber hecho algo mal.

- En la variable: "Si pudiera limpiarme de toda culpa, me quitaría un peso de encima". El 58% de las encuestadas consideraron que si pudieran limpiarse de toda culpa, se quitarían un peso de encima. El 23% no consideran que no sentirían un peso de encima si pudieran limpiar toda culpa.

- En la variable: "La mayor felicidad es comportarse correctamente". El 58% de las encuestadas consideraron que la mayor felicidad es comportarse correctamente. El 21% no consideraron que la mayor felicidad sea el portarse bien.

- En la variable: "A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado". El 42% de las encuestadas consideraron que a veces se sienten culpables por acontecimientos o desgracias sin estar implicados. El 40% no se sienten culpables por acontecimientos o desgracias sin estar implicados.

- En la variable: "Echo de menos la inocencia que tenía cuando era niño". El 59% de las encuestadas consideraron que echan de menos la inocencia que tenían cuando eran niñas. El 23% consideraron que no echan de menos la inocencia de la infancia.

- En la variable: "Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van". El 65% de las encuestadas respondieron que hay cosas que la gente piensa que están bien, pero sienten en su interior que no va con ellas. El 23% no consideraron lo del grupo anterior.
- En la variable: "Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo". El 49% de las encuestadas dicen temer que les ocurran desgracias, aunque no hayan hecho nada malo. El 37 % no temen que les ocurran desgracia, aunque no han hecho nada.
- En la variable: "En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo". El 18% de las encuestadas respondieron que en alguna ocasión les han dado ganas de escupirse cuando se miran al espejo. El 69% no han tenido ganas de escupirse cuando se miran al espejo.
- En la variable: "Cuando tengo éxito en algo me queda la sospecha de no merecerlo". El 21% de las encuestadas consideraron que cuando tienen éxito en algo les queda la sospecha de no merecerlo. El 61% consideraron que cuando tienen éxito en algo no tienen la sospecha de no merecerlo.
- En la variable: "Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre". El 34% de las encuestadas manifestaron sentir un peso cuando piensan en su padre. El 54% consideraron que no sienten un peso cuando piensan en su padre.
- En la variable: "Comprendo y justifico fácilmente a los demás, sin embargo a mi mismo no me perdono una". El 37% de las encuestadas consideran que comprenden y justifican fácilmente a los demás pero ellas mismas no se perdonan una. El 43% no manifiestan comprender y justificar fácilmente a los demás y manifiestan que no es cierto que no puedan perdonarse una.
- En la variable: "No me siento peor que los demás". El 43% de las encuestadas sienten que no se sienten peor que los demás. El 37% consideran que sí se sienten peor que los demás.
- En la variable: "Cada vez que algo sale mal, pienso que uno recibe lo que merece". El 34% de las encuestadas manifiesta que cada vez que algo sale mal, piensan que es por que uno recibe lo que merece. El 28% cree que

cuando sale algo mal no piensan que es por que hay que recibir lo que se merece.

- En la variable: "Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren". El 27% de las encuestadas consideran que es imperdonable de su parte el no corresponderle a la gente les quiere. El 35% considera que no es imperdonable por su parte corresponder a la gente que les quiere.

- En la variable: "A veces he sentido asco de mi mismo". El 18% de las encuestadas consideran que si han sentido asco de si mismas. El 70% manifiestan no sentir asco de si mismas.

- En la variable: "Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad". El 18% de las encuestadas consideran que hay acciones y pensamientos que te infectan como si fueran un foco de suciedad. El 54% manifiesta que no hay pensamientos y deseos que te infecten como si fueran un foco de suciedad.

Con respecto a el Autoconcepto:

Afectividad:

- ❖ Atenta: El 34% de las encuestadas calificaron (excelentes),. El 41% calificaron (muy bien). El 2% (ameritan intervención correctiva). El 1% (amerita intervención terapéutica).

- ❖ Decente: El 48% de las encuestadas calificaron (excelentes). El 31% se ubican en la categoría (muy bien). El 3% (amerita intervención terapéutica). El 1% se identificó como (caso crítico).

- ❖ Optimista: El 44% de las encuestadas calificaron en la categoría (excelente). En el 24% calificaron, a la par en dos categorías, (muy bien y bien). El 5% (amerita intervención correctiva). El 2% se considero (caso crítico).

- ❖ Sentimental: El 67% de las encuestadas, calificaron en la categoría (excelente). El 18% calificaron (muy bien). El 3% (amerita intervención terapéutica). El 1%, se consideró (caso crítico).

- ❖ Tranquila: El 38% de las encuestadas, obtuvieron la calificación (excelente). El 28% calificaron (muy bien). El 2% (amerita intervención terapéutica sistémica). El 3% calificaron como (casos crítico).

- ❖ Calmada: El 24% de las encuestadas, se ubicaron en el rubro (excelente). El 29% se ubicaron en el rubro (bien). El 11% (ameritan una

intervención correctiva). El 6% (amerita intervención terapéutica). El 6% (casos críticos).

❖ Bondadosa: El 46% de las encuestadas se califican en el rubro (excelente). El 30%, calificaron (muy bien). El 7% (amerita intervención correctiva). El 2% (amerita intervención terapéutica sistémica).

❖ Ordenada: El 41% de las encuestadas calificaron en (excelente) el 41% (muy bien). El 11% se ubican en el rubro (bien). El 4% (amerita intervención correctiva). El 2% calificaron en (caso crítico).

❖ Estable: El 36% de las encuestadas se ubica en la categoría (excelente). El 26% calificaron (muy bien). El 21% se ubican en la categoría (bien). El 7% (amerita intervención correctiva). El 4% se ubican en (caso crítico).

❖ Emocional: El 42% de las encuestadas obtuvieron una calificación (excelente). El 33% se colocaron en la calificación (muy bien). El 5% de los casos (amerita intervención correctiva). El 4% se consideran como (casos críticos).

❖ Educada: El 49% de las encuestadas se, catalogaron como (excelentes). El 32% de los casos se catalogaron (muy bien). El 15% de los casos se ubicaron como (bien). El 1% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 1% (amerita intervención terapéutica). El 1% se considera (caso crítico).

❖ Generosa: El 46% de las encuestadas, calificaron en (excelente). El 31% se ubicaron en el rango (muy bien). El 14% se agruparon en el rango (bien). El 5% de los casos (amerita intervención correctiva). El 1% se considero (caso crítico).

❖ Pacífica: El 41% de las encuestadas calificaron en el rango (excelente). El 33% calificaron en el grupo (muy bien). El 12% de los casos su ubican en el rubro (bien) El 7% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 6% de los casos se consideran (caso crítico).

❖ Sincera: El 56% de las encuestadas calificaron en (excelente). El 25% se consideraron en el rubro (muy bien). El 13% se consideraron en el grupo de calificación (bien) . El 2% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 2% de los casos (ameritan intervención terapéutica). El 2% de los casos se consideraron (casos críticos).

❖ Noble: El 54% de las encuestadas se ubicaron en el rubro (excelente). El 27% calificaron en el rubro (muy bien). El 12% calificaron en el área (bien).

El 3% (amerita intervención correctiva). El 2% (amerita intervención terapéutica sistémica). El 2% se consideraron (caso crítico).

❖ Romántica: El 54% de las encuestadas, calificaron (excelente). El 23% se consideraron (muy bien). El 13% de los casos calificaron (bien). El 5% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 2% (ameritan intervención terapéutica). El 2% se consideran (caso crítico).

❖ Obediente: El 16% de las encuestadas se consideraron casos (excelente). El 41% se consideraron en el rubro (muy bien). El 20% calificaron en el rubro (bien). El 11% de los casos (amerita intervención correctiva). El 8% de los casos (amerita intervención terapéutica). El 3% de los casos son considerados como (caso crítico).

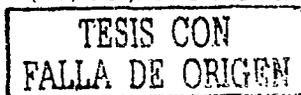
❖ Relajada: El 18% de las encuestadas, calificaron como (excelente). El 20% se consideraron casos para ubicarse en (muy bien). El 22% se consideraron en el rubro (bien). El 14% de los casos (amerita intervención correctiva). El 13% de los casos (amerita intervención terapéutica). El 5% de los casos (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 8% de los casos son considerados como (caso crítico).

❖ Respetuosa: El 59% de las encuestadas se consideraron casos (excelente). El 24% se consideraron en el rubro (muy bien). El 13% calificaron en el rubro (bien). El 1% de los casos (amerita intervención correctiva). El 1% de los casos (amerita intervención terapéutica). El 1% (amerita intervención terapéutica sistemática). El 1% restante se considero como (caso crítico).

❖ Leal: El 57% de las encuestadas se ubicaron en casos (excelente). El 28% se consideraron en el rubro (muy bien). El 8% se consideraron en el rubro (bien). El 3% (amerita intervención correctiva). El 2% de los casos (amerita intervención terapéutica). El 2% se consideraron como (caso crítico).

❖ Tratable: El 53% de las encuestadas calificaron en el grupo (excelente). El 29% se consideraron casos (muy bien). El 11% calificaron en el rango (bien). El 4% (amerita intervención terapéutica sistemática). El 2% (amerita intervención correctiva). El 1% de los casos se consideraron como (caso crítico).

❖ Cortés: El 42% de las encuestadas calificaron en el rubro (excelente). El 36% se consideraron casos dentro del rubro (muy bien). El 13% calificaron



en (bien). El 6% (amerita intervención correctiva). El 2% se consideraron como (caso crítico).

❖ Limpia: El 61% de las encuestadas calificaron en el rubro (muy bien). El 30% se consideraron dentro del rango (muy bien). El 7% calificaron en el rango (bien). El 1% (amerita intervención correctiva). El 1% (ameritan intervención terapéutica sistemática).

❖ Sencilla: El 69% de las encuestadas calificaron (excelente). El 20% de los casos se consideraron como casos (muy bien). El 7% se consideraron dentro del rango (bien). El 3% (amerita intervención correctiva). El 1% se considero (caso crítico).

❖ Tolerante: El 28% de las encuestadas calificaron en casos (excelente). El 35% se ubicaron en el rubro (muy bien). El 20% calificaron en la categoría (bien). El 5% se consideraron como (caso crítico). El 4% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 4% de los casos (ameritan intervención terapéutica). El 4% de los casos (amerita intervención terapéutica sistemática).

❖ Cumplida: El 50% de las encuestadas se ubicaron en la calificación (excelente). El 30% se consideraron en la categoría (muy bien). El 13% se consideraron en el rubro (bien). El 2% de los casos (amerita intervención correctiva). El 2% (ameritan intervención terapéutica). El 3% de los casos fueron considerados como (caso crítico)

❖ Compresiva: El 50% de las encuestadas se ubicaron en la calificación (excelente). El 34% calificaron en (muy bien). El 13% por su respuesta califican en (bien). El 2% se consideraron (casos críticos). El 1% de los casos (ameritan intervención terapéutica).

❖ Serena: El 23% de las encuestadas por su respuesta se ubican en (excelente). El 27% se consideraron casos (muy bien). El 26% se consideraron por su respuesta (bien). El 14% de los casos (ameritan intervención correctiva). El 5% califican dentro de (casos críticos). El 3% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 2% (amerita intervención terapéutica).

Instrumentalidad:

o Competente: El 31% de las encuestadas por su opinión calificaron como (excelente). El 31% calificaron en el rubro (muy bien). El 23% calificaron en

la categoría (bien). El 4% se consideraron (caso crítico). El 4% (amerita intervención correctiva). El 5% (ameritan intervención terapéutica). El 2% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 4% se considero (caso crítico).

o Valiente: El 28% de las encuestadas por su respuesta calificaron como (excelente). El 35% se ubicaron en (muy bien) El 20% calificaron en (bien) El 6% se ubicaron en (casos críticos). El 7% se clasificaron por su respuestas dentro de la categoría (ameritan intervención correctiva). El 3% clasificaron en (ameritan intervención terapéutica). El 1% (amerita intervención terapéutica sistemática).

o Decidida: El 44% de las encuestadas por su respuesta calificaron en (excelente). El 23% calificaron en (muy bien). El 6% (ameritan intervención correctiva). El 3% (ameritan intervención terapéutica). El 1% se considero (caso crítico).

o Emprendedora: El 33% de las encuestadas calificaron como (excelente). El 35% se consideraron en el rubro (bien). El 17% se ubicaron en (bien). El 8% se clasifican de acuerdo a su respuesta en (amerita intervención correctiva). El 3% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 3% se consideraron (caso crítico).

o Astuta: El 17% de los casos calificaron en (excelente) El 29% calificaron (muy bien). El 28% se consideran por su respuestas en (bien). El 9% amerita intervención correctiva. El 5% ameritan intervención terapéutica sistemática. El 9% se consideran casos críticos.

o Trabajadora: El 60% de las encuestadas calificaron como casos (excelente). El 26% calificaron casos (muy bien). El 10% se consideraron en el rubro (bien). El 2% (ameritan intervención correctiva). El 2% se clasificaron como (casos críticos).

o Competitiva: El 22% de las encuestadas se clasificaron en casos (excelente). El 38% se ubicaron en el rubro de (muy bien). El 20% se ubicaron en la categoría (bien). El 10% (ameritan intervención correctiva). El 2% (ameritan intervención terapéutica). El 3% (ameritan intervención terapéuticas sistemática). El 5% se consideraron (casos críticos).

o Audaz: El 21% de las encuestadas se consideraron (excelente). El 33% se ubicaron en categoría (muy bien). El 31% se ubicaron en el rubro (bien) El

10% (ameritan intervención correctiva). El 1% (ameritan intervención terapéutica). El 1% (ameritan intervención terapéuticas sistemática). El 3% se consideraron (casos críticos).

▷ Capaz: El 57% de las encuestadas se consideraron (excelente). El 31% se ubicaron en la categoría (muy bien). El 9% se ubicaron dentro del rubro (bien). El 2%. El 1% se consideraron (casos críticos).

◊ Arrogantes: El 30% de las encuestadas se consideran (caso crítico). El 11% (ameritan intervención terapéuticas sistemática). El 14% (ameritan intervención terapéutica). El 16% (ameritan intervención correctiva). El 16% calificaron en la categoría (bien). El 9% calificaron el (muy bien). El 4% son casos (excelente).

○ Corrupta: El 64% de las mujeres encuestadas por su respuesta se consideraron (caso crítico). El 8% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 6% (ameritan intervención terapéutica). El 7% (ameritan intervención correctiva). El 6% calificaron como caso (muy bien). El 8% se ubican como (bien). El 1% calificaron como (excelente).

○ Aprovechada: El 48% de las mujeres encuestadas calificaron como (caso crítico). El 8% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 12% (ameritan intervención terapéutica). El 9% (ameritan intervención correctiva). El 15% calificaron como (bien). El 4% se consideraron casos calificaron (muy bien). El 4% se consideraron caso (excelente).

○ Avorazada: El 55% de las encuestadas se consideraron (caso crítico). El 9% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 13% (ameritan intervención terapéutica). El 8% (ameritan intervención correctiva). El 5% calificaron en (bien). El 5% se consideraron en el rubro (muy bien). El 5% se consideraron casos (excelente).

○ Abusiva: El 58% de las encuestadas se consideraron (caso crítico). El 6% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 16% calificaron como (bien). El 7% se clasificaron en (muy bien). El 5% calificaron en (bien). El 2% se consideraron caso (excelente).

○ Ambiciosa: El 15% se consideraron (caso crítico). El 17% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 9% se ubicaron en el rubro (bien).

EL 4% se ubicaron en el rubro. (muy bien). El 27% se ubicaron en el rubro (excelente).

Altanera: El 11% de las encuestadas se consideraron (caso crítico). El 14% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 8% se ubicaron en el rubro (bien). El 8% se ubicaron en el rubro (muy bien). El 31% calificaron (excelente).

Expresividad:

- Tierna: El 61% de las encuestadas calificaron como (excelente). El 23% se consideraron como casos (muy bien). El 8% de acuerdo a su respuesta calificaron como (bien). El 1% (ameritan intervención correctiva). El 3% ameritan intervención terapéutica). El 1% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 3% calificaron como (caso crítico).
- Cálida: El 20% de las encuestadas de acuerdo a su respuesta calificaron como (excelente). El 38% calificaron como casos (muy bien). El 24% calificaron como caso (bien). El 9% (ameritan intervención correctiva). El 4% (ameritan intervención terapéutica). El 3% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 2% se consideraron (caso crítico).
- Sociable: El 56% de las encuestadas calificaron como caso (excelente). El 22% calificaron como (muy bien). El 11% se ubicaron en el rubro (bien). El 4% (ameritan intervención correctiva) . El 1% (ameritan Intervención correctiva) . El 1% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 5% se consideraron (caso crítico).
- Cariñosa: El 60% de las encuestadas calificaron como casos (excelente). El 26% calificaron en (muy bien). El 5% se ubicaron en el rubro (bien). El 2% (ameritan intervención correctiva). . El 1% (ameritan intervención terapéutica). El 2% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 4% calificaron como (caso crítico).
- Amorosa: El 68% de las encuestadas, calificaron como (excelente). El 15% calificaron como (muy bien). El 8% se ubicaron en el rubro (bien). El 6% (ameritan intervención correctiva). El 1% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 2% calificaron como (caso crítico).
- Afectuosa: El 29% de las encuestadas, calificaron como (excelente). El 26% calificaron como (muy bien). El 24% calificaron en (bien). El 7% (ameritan intervención correctiva). El 5% (ameritan intervención

terapéutica). El 3% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 6% calificaron como (caso crítico).

- Sensible: El 67% de las encuestadas calificaron como (excelente). El 21% se consideraron (muy bien). El 4% se consideraron como (bien). El 3% (ameritan intervención correctiva) . El 2% (ameritan intervención terapéutica). El 3% se consideraron (caso crítico).
- Preocupona: El 52% de las encuestadas se consideraron como (caso crítico). El 21% (ameritan intervención terapéutica sistemática). El 13% (ameritan intervención terapéutica). El 4% (ameritan intervención correctiva). El 3% se consideraron como (bien). El 5% se consideraron como caso (excelente).
- Dejadas: El 16% de las encuestadas calificaron como (caso crítico). El 12% de los casos (amerita intervención terapéutica sistemática). El 17% (ameritan intervención terapéutica). El 10% se ubicaron en el rubro (bien). El 31% calificaron como (excelente).
- Envidiosas: El 12% de las encuestadas calificaron como (caso crítico). El 10% (amerita intervención terapéutica sistemática). El 6% (amerita intervención terapéutica). El 7% se ubicaron en el rubro (bien). El 10% calificaron (muy bien). El 41% calificaron como (excelente).
- Miedosas: El 25% de las encuestadas calificaron como (caso crítico). El 22% (amerita intervención terapéutica sistemática). El 20% (amerita intervención terapéutica). El 9% calificaron como caso (bien). El 6% se consideraron. (muy bien). El 10% calificaron como (excelente).
- Mentirosa: El 1% de las encuestadas se ubicaron en el rubro (caso crítico). El 10% se ubicaron en el rubro (AITS). El 16% se ubicaron dentro de la categoría (bien). El 20% se ubicaron en el rubro (muy bien) El 20% calificaron en (excelente).
- Lloronas: El 58% de las encuestadas se ubicaron en el rubro (caso crítico). El 13% se ubicaron en el rubro (AITS) El 12% calificaron en el grupo (AIT). El 4% se ubicaron en el rubro (bien) El 2% se consideraron para el rubro (muy bien). El 6% se ubicaron en el rubro (excelente).
- Inestable: El 10% de las encuestadas se ubicaron en el rubro (caso crítico). El 19% se ubicaron en el rubro (AITS). El 20% se catalogaron como

(AIT). El 7% se ubicaron en el rubro (bien). El 10% se calificaron como (muy bien). El 24% se ubicaron en el rubro (excelente).

- Cobarde: El 9% de las encuestadas se ubicaron en el rubro (caso critico) El 17% se clasificaron dentro del grupo (AITS). El 18% se ubicaron en el rubro (AIT). El 8% se clasificaron dentro de la categoría (bien). El 7% se clasificaron dentro del rubro (muy bien). El 25% se clasificaron dentro de la calificación (excelente).

SOBRE SENTIMIENTO DE CULPA

CUADRO No 1

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "NO ME PREOCUPA NADA LO QUE OTRAS GENTES (POR EJEMPLO VECINOS Y PADRES) PUEDAN PENSAR DE MI". ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

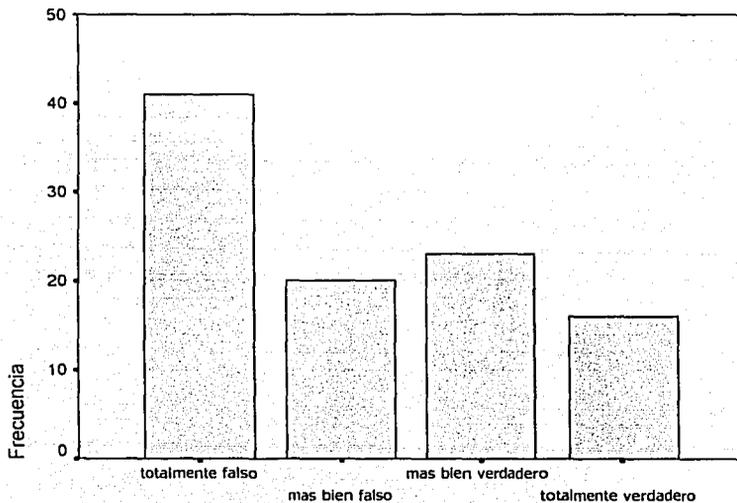
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	41	41.0
mas bien falso	20	20.0
mas bien verdadero	23	23.0
totalmente verdadero	16	16.0
Total	100	100.0

FUENTE: DATOS PROCESADOS POR GARCIA FUENTES SOLEDAD, SANCHEZ ESTRADA TERESA, OROZCO TAPIA LETICIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA No 1

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "NO ME PREOCUPA NADA LO QUE OTRAS GENTES (POR EJEMPLO VECINOS Y PADRES) PUEDAN PENSAR DE MI". ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: DATOS PROCESADOS POR GARCIA FUENTES SOLEDAD, SANCHEZ ESTRADA TERESA, OROZCO TAPIA LETICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 2

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "EN OCASIONES DE GRAN FELICIDAD, ME ASALTA LA DUDA DE ESTAR GOZANDO DE ALGO QUE NO MEREZCO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

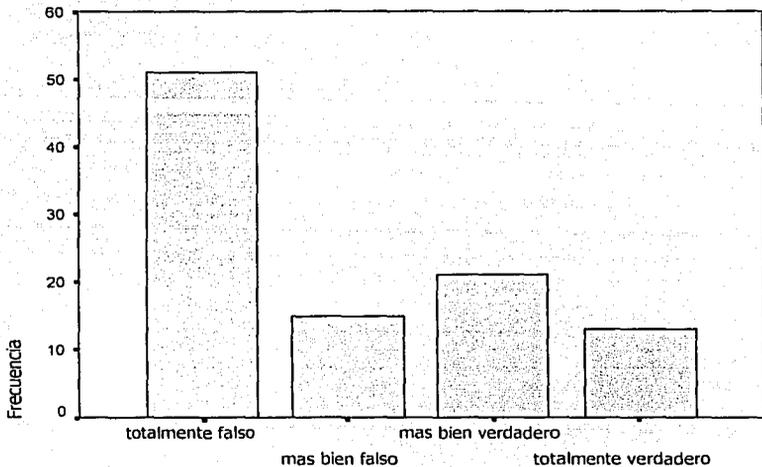
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	51	51.0
mas bien falso	15	15.0
mas bien verdadero	21	21.0
totalmente verdadero	13	13.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 2

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "EN OCASIONES DE GRAN FELICIDAD, ME ASALTA LA DUDA DE ESTAR GOZANDO DE ALGO QUE NO MEREZCO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 3

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "NO MEREZCO TENER GENTE QUE ME QUIERA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

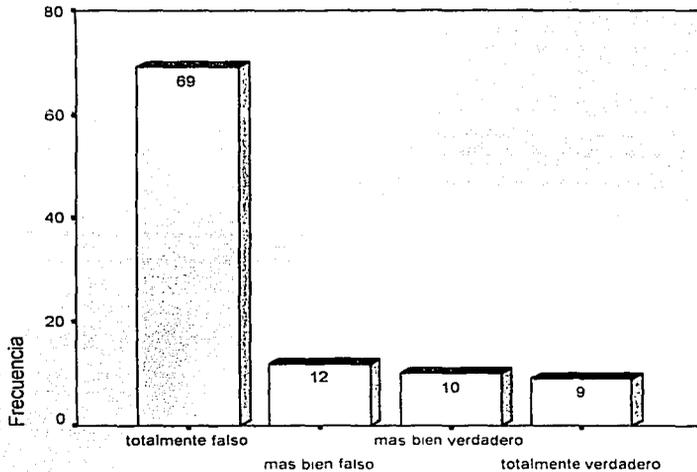
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	69	69.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	10	10.0
totalmente verdadero	9	9.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 3

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "NO MEREZCO TENER GENTE QUE ME QUIERA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 4

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO COMETO ALGUN ERROR, POR PEQUEÑO QUE SEA, ME LA PASO MUY MAL". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

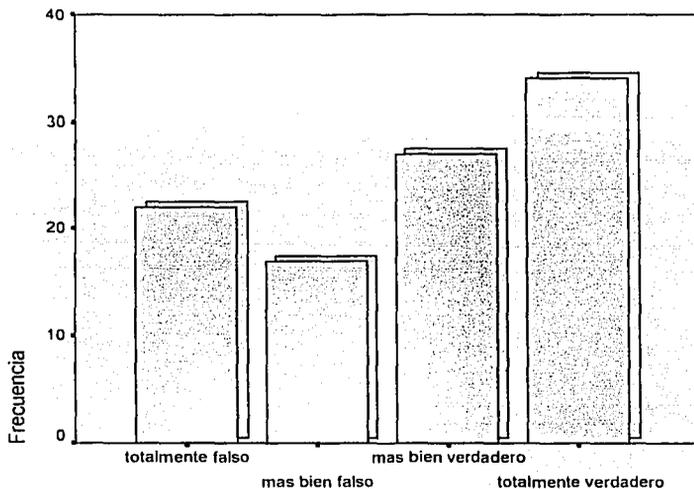
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	22	22.0
mas bien falso	17	17.0
mas bien verdadero	27	27.0
totalmente verdadero	34	34.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 4

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO COMETO ALGUN ERROR, POR PEQUEÑO QUE SEA, ME LA PASO MUY MAL". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 5

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO ME ACUSAN INJUSTAMENTE, ME SIGUE ATORMENTANDO LA DUDA QUE QUIZAS TENGAN RAZÓN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

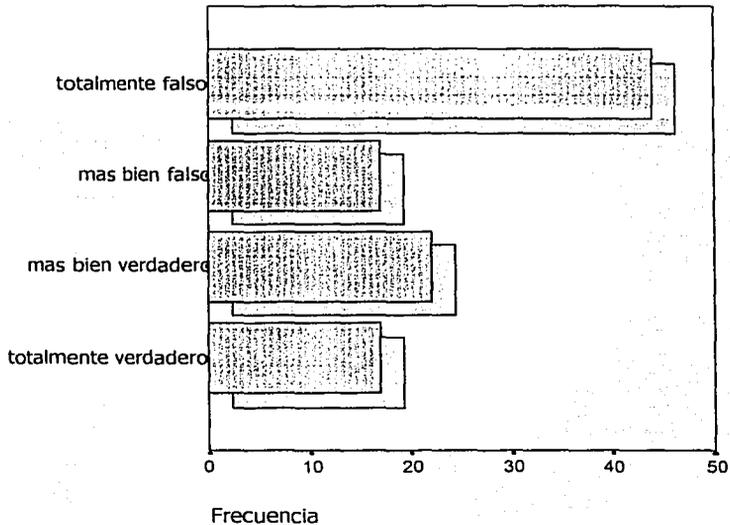
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	44	44.0
mas bien falso	17	17.0
mas bien verdadero	22	22.0
totalmente verdadero	17	17.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 5

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO ME ACUSAN INJUSTAMENTE, ME SIGUE ATORMENTANDO LA DUDA QUE QUIZAS TENGAN RAZÓN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 6

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "ME SENTIRIA FELIZ ARREGLAR DE ALGUNA MANERA EL MAL QUE HE HECHO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

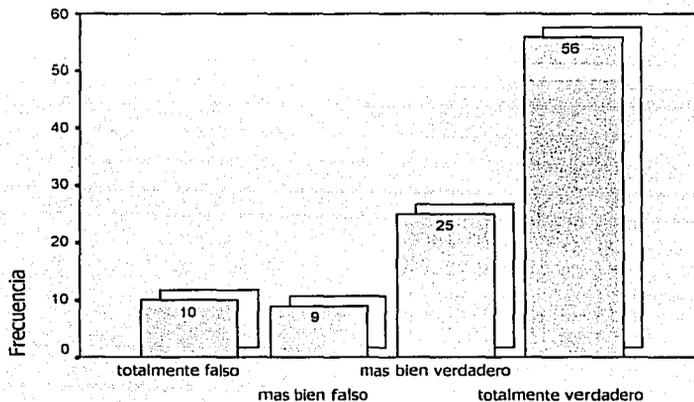
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	10	10.0
mas bien falso	9	9.0
mas bien verdadero	25	25.0
totalmente verdadero	56	56.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 6

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "ME SENTIRIA FELIZ ARREGLAR DE ALGUNA MANERA EL MAL QUE HE HECHO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 7

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN "A LO LARGO DE MI VIDA HE TENIDO MUCHAS METEDURAS DE PATA QUE ME PESAN LO INDECIBLE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

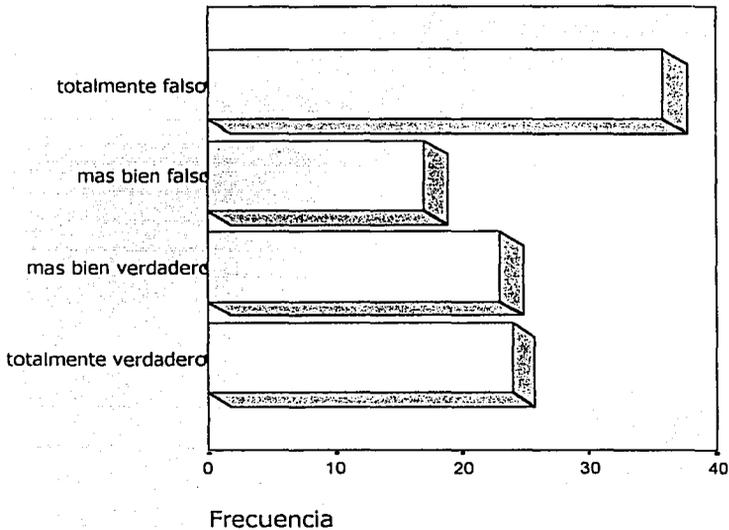
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	36	36.0
mas bien falso	17	17.0
mas bien verdadero	23	23.0
totalmente verdadero	24	24.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 7

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS EN RELACIÓN "A LO LARGO DE MI VIDA HE TENIDO MUCHAS METEDURAS DE PATA QUE ME PESAN LO INDECIBLE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 8

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO ME DICEN QUE UN SUPERIOR QUIERE HABLAR CONMIGO, ME SIENTO MAL Y COMIENZA A TEMER QUE HABRÉ HECHO ALGO MAL". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

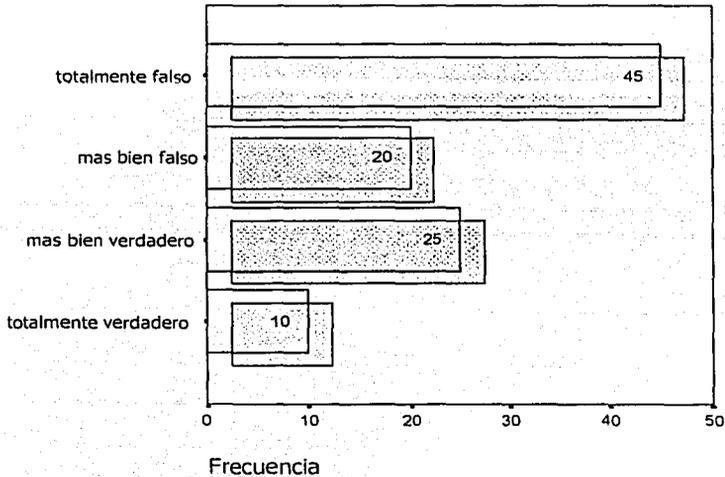
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	45	45.0
mas bien falso	20	20.0
mas bien verdadero	25	25.0
totalmente verdadero	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 8

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A "CUANDO ME DICEN QUE UN SUPERIOR QUIERE HABLAR CONMIGO, ME SIENTO MAL Y COMIENZA A TEMER QUE HABRÉ HECHO ALGO MAL". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 9

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY COSAS EN MI PASADO DE LAS QUE NO QUIERO NI ACORDARME". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

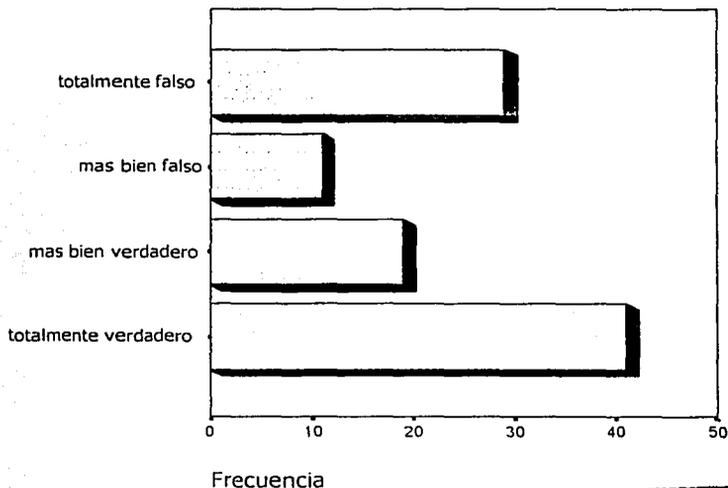
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	29	29.0
mas bien falso	11	11.0
mas bien verdadero	19	19.0
totalmente verdadero	41	41.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 9

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY COSAS EN MI PASADO DE LAS QUE NO QUIERO NI ACORDARME". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 10

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A
VECES ME QUEDO PERPLEJO VIENDO COMO LA GENTE ES TAN
INCONSCIENTE DE SUS ACCIONES, SIENDO ASI QUE YO ME PREOCUPO
DE CONTINUO POR LAS MISMAS". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES
CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL
D. F. 2002.

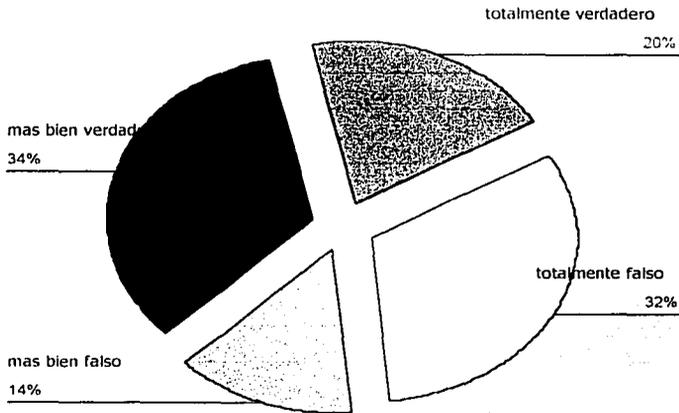
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	32	32.0
mas bien falso	14	14.0
mas bien verdadero	34	34.0
totalmente verdadero	20	20.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 10

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A VECES ME QUEDO PERPLEJO VIENDO COMO LA GENTE ES TAN INCONSCIENTE DE SUS ACCIONES, SIENDO ASI QUE YO ME PREOCUPO DE CONTINUO POR LAS MISMAS". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 11

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO SE PORQUE, EL SEXO SIGUE SIENDO PARA MI ALGO NO LIMPIO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

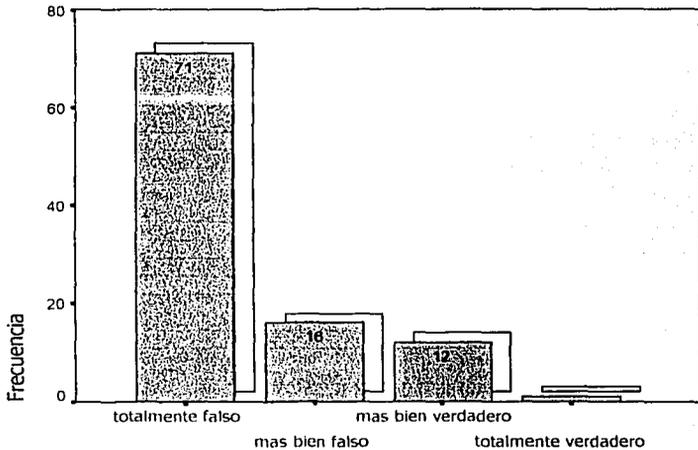
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	71	71.0
mas bien falso	16	16.0
mas bien verdadero	12	12.0
totalmente verdadero	1	1.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 11

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO SE PORQUE, EL SEXO SIGUE SIENDO PARA MI ALGO NO LIMPIO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 12

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO TENGO QUE RECIBIR CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS, ME SIENTO CULPABLE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

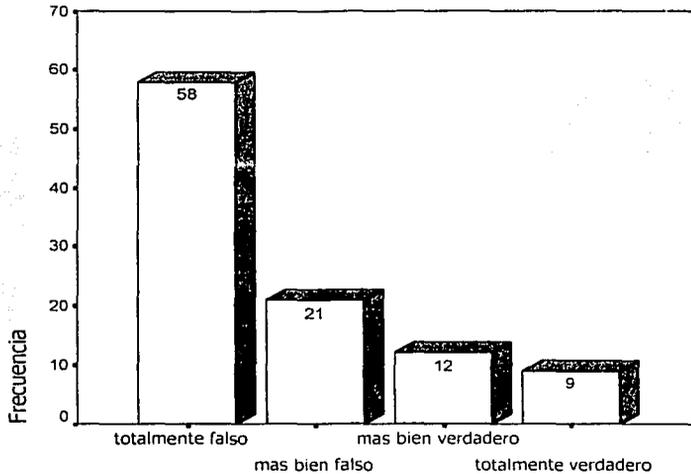
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	58	58.0
mas bien falso	21	21.0
mas bien verdadero	12	12.0
totalmente verdadero	9	9.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 12

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO TENGO QUE RECIBIR CUIDADOS DE OTRAS PERSONAS, ME SIENTO CULPABLE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 13

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO PIERDO UN AMIGO PIENSO YA HABRE METIDO OTRA VEZ LA PATA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

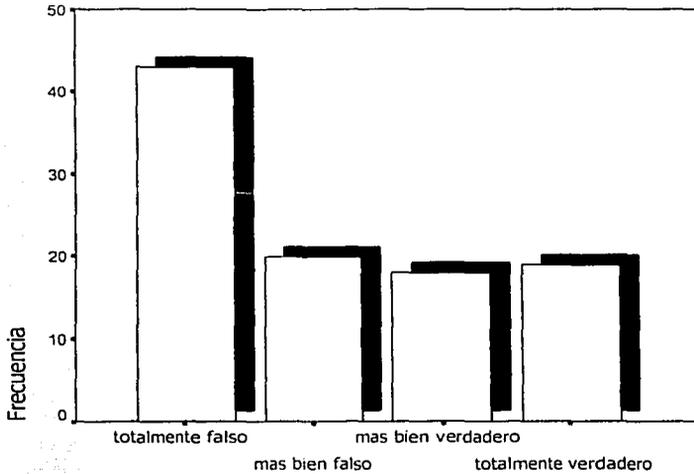
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	43	43.0
mas bien falso	20	20.0
mas bien verdadero	18	18.0
totalmente verdadero	19	19.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 13

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO PIERDO UN AMIGO PIENSO YA HABRE METIDO OTRA VEZ LA PATA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DELCUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 14

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "TENGO LA SENSACIÓN DE "ROMPER" TODO LO QUE TOCO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

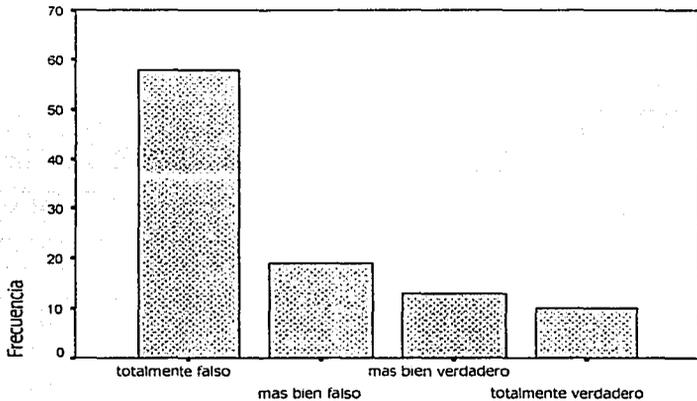
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	58	58.0
mas bien falso	19	19.0
mas bien verdadero	13	13.0
totalmente verdadero	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 14

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "TENGO LA SENSACIÓN DE "ROMPER" TODO LO QUE TOCO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 15

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE
"CUANDO ME DOY A CONOCER COMO REALMENTE SOY, ME QUEDA LA
SENSACIÓN DE HABER ENGAÑADO A LOS DEMÁS". ESTUDIO REALIZADO
EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN
HOSPITAL DEL D. F. 2002.

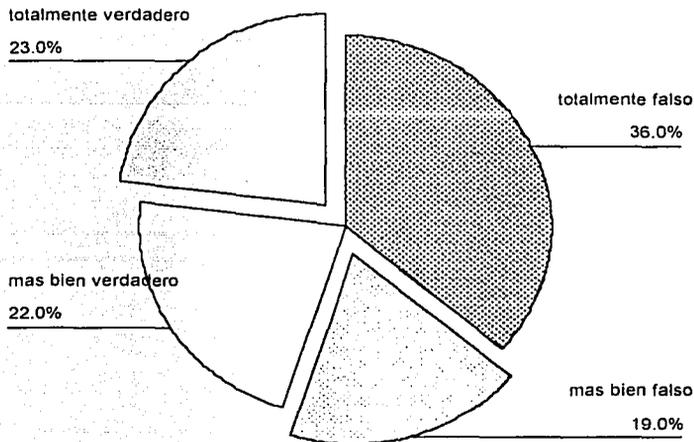
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	36	36.0
mas bien falso	19	19.0
mas bien verdadero	22	22.0
totalmente verdadero	23	23.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 15

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO ME DOY A CONOCER COMO REALMENTE SOY, ME QUEDA LA SENSACIÓN DE HABER ENGAÑADO A LOS DEMÁS". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 16

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ME MORIRÍA DE VERGÜENCIA SI TUVIERA QUE SER ENCARCELADO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

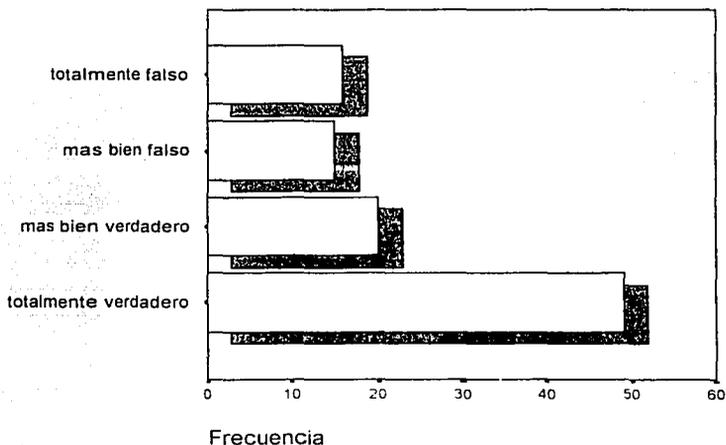
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	16	16.0
mas bien falso	15	15.0
mas bien verdadero	20	20.0
totalmente verdadero	49	49.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 16

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ME MORIRIA DE VERGUENCIA SI TUVIERA QUE SER ENCARCELADO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 17

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY ACCIONES QUE ME DEJAN MANCHADO POR MUCHO TIEMPO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

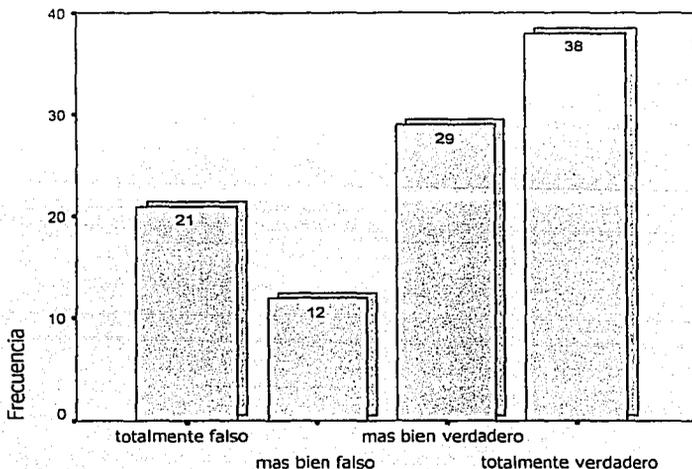
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	21	21.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	29	29.0
totalmente verdadero	38	38.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 17

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY ACCIONES QUE ME DEJAN MANCHADO POR MUCHO TIEMPO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 18

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO ES EXTRAÑO QUE MIS AMIGOS ME OLVIDEN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

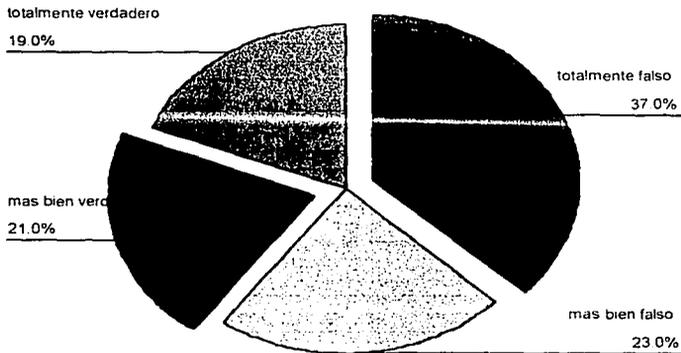
	Frecuencia	porcentaje
totalmente falso	37	37.0
mas bien falso	23	23.0
mas bien verdadero	21	21.0
totalmente verdadero	19	19.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 18

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO ES EXTRAÑO QUE MIS AMIGOS ME OLVIDEN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 19

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "LA CAUSA DE MIS FRACASOS ESTA EN MI MISMO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

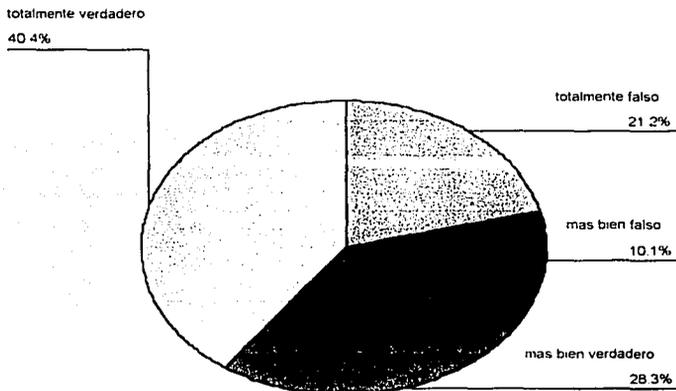
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	22	22.0
mas bien falso	10	10.0
mas bien verdadero	28	28.0
totalmente verdadero	40	40.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 19

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "LA CAUSA DE MIS FRACASOS ESTA EN MI MISMO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 20

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO NOTO QUE UN AMIGO ME HABLA CON FRIALDAD, EMPIEZO A PENSAR QUE LE HABRE PODIDO HACER YO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

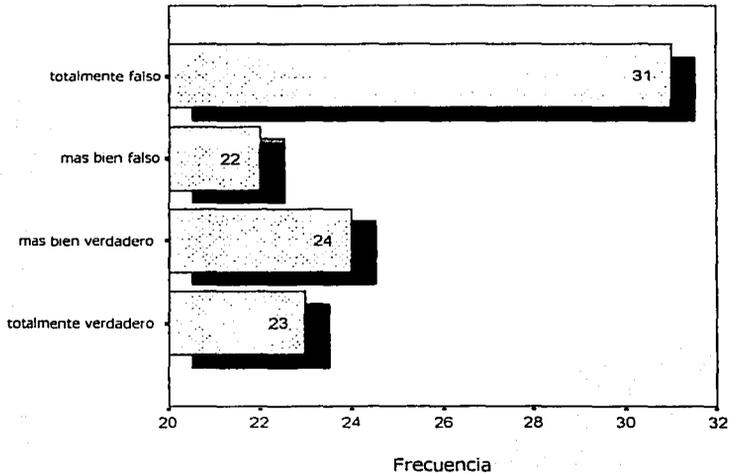
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	31	31.0
mas bien falso	22	22.0
mas bien verdadero	24	24.0
totalmente verdadero	23	23.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 20

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO NOTO QUE UN AMIGO ME HABLA CON FRIALDAD, EMPIEZO A PENSAR QUE LE HABRE PODIDO HACER YO" ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "SI PUDIERA LIMPIARME DE TODA CULPA, ME QUITARIA DE UN PESO DE ENCIMA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

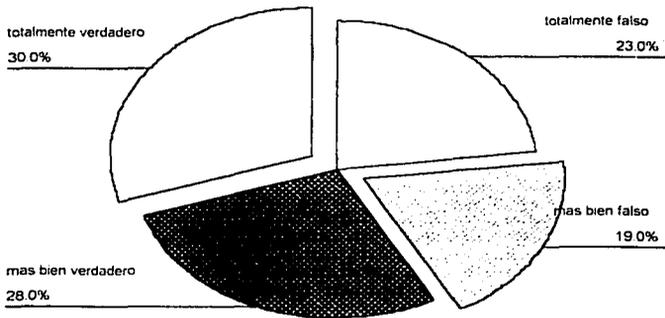
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	23	23.0
mas bien falso	19	19.0
mas bien verdadero	28	28.0
totalmente verdadero	30	30.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "SI PUDIERA LIMPIARME DE TODA CULPA, ME QUITARIA DE UN PESO DE ENCIMA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 22

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "LA MAYOR FELICIDAD ES COMPORTARSE CORRECTAMENTE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

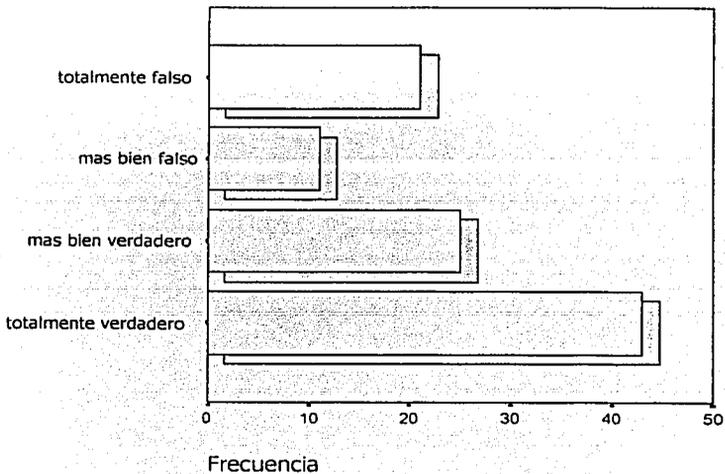
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	21	21.0
mas bien falso	11	11.0
mas bien verdadero	25	25.0
totalmente verdadero	43	43.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 22

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "LA MAYOR FELICIDAD ES COMPORTARSE CORRECTAMENTE" ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 23

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A
VECES ME SIENTO CULPABLE POR ACONTECIMIENTOS O DESGRACIAS
EN LOS QUE OBJETIVAMENTE NO ESTOY IMPLICADO". ESTUDIO
REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS
EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

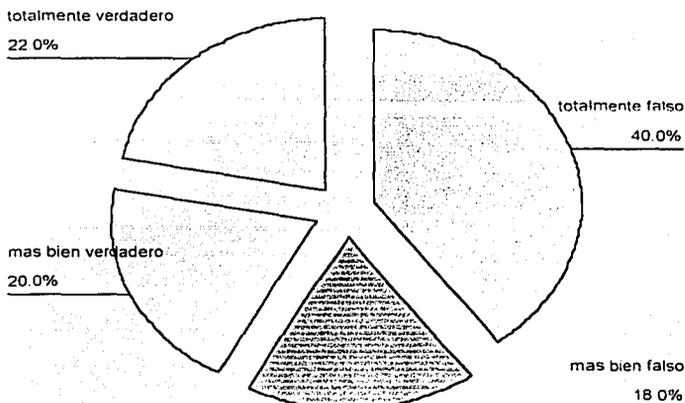
	frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	40	40.0
mas bien falso	18	18.0
mas bien verdadero	20	20.0
totalmente verdadero	22	22.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 23

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A VECES ME SIENTO CULPABLE POR ACONTECIMIENTOS O DESGRACIAS EN LOS QUE OBJETIVAMENTE NO ESTOY IMPLICADO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 24

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ECHO DE MENOS LA INOCENCIA QUE TENIA CUANDO ERA NIÑO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

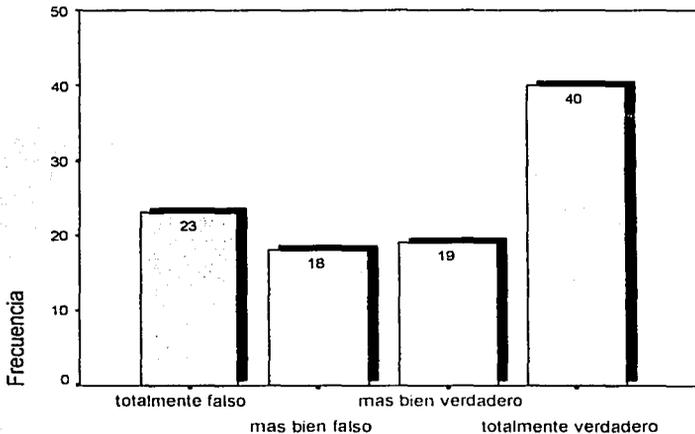
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	23	23.0
mas bien falso	18	18.0
mas bien verdadero	19	19.0
totalmente verdadero	40	40.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 24

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ECHO DE MENOS LA INOCENCIA QUE TENIA CUANDO ERA NIÑO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 25

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY MUCHAS COSAS QUE LA GENTE PIENSA QUE ESTAN BIEN, PERO YO SIENTO EN MI INTERIOR QUE CONMIGO NO VAN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

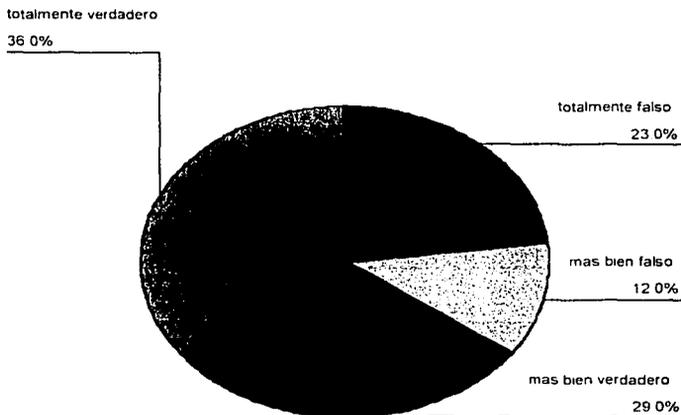
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	23	23.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	29	29.0
totalmente verdadero	36	36.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 25

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY MUCHAS COSAS QUE LA GENTE PIENSA QUE ESTAN BIEN, PERO YO SIENTO EN MI INTERIOR QUE CONMIGO NO VAN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 26

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "TEMO QUE ME OCURRAN DESGRACIAS, AUNQUE NO HE HECHO NADA MALO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

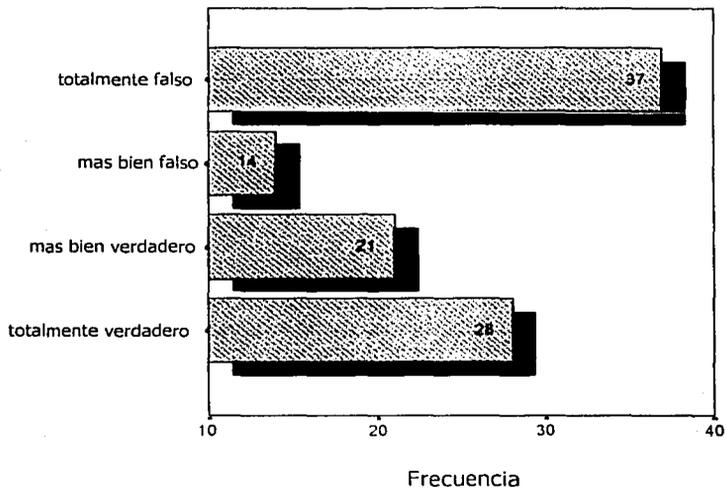
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	37	37.0
mas bien falso	14	14.0
mas bien verdadero	21	21.0
totalmente verdadero	28	28.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA No 26

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "TEMO QUE ME OCURRAN DESGRACIAS, AUNQUE NO HE HECHO NADA MALO".
ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO
ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 27

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "EN ALGUNA OCASIÓN ME HAN VENIDO GANAS DE ESCUPIRME CUANDO ME MIRABA AL ESPEJO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

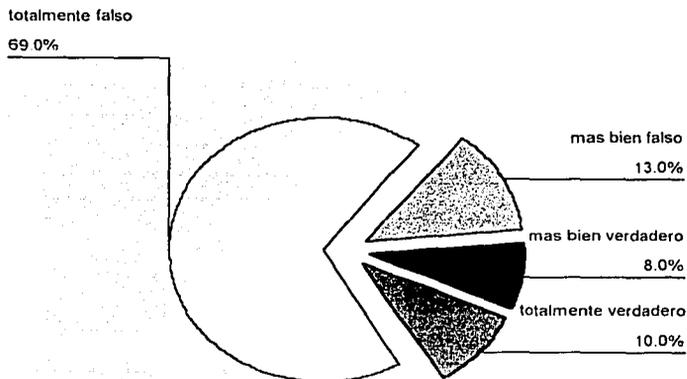
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	69	69.0
mas bien falso	13	13.0
mas bien verdadero	8	8.0
totalmente verdadero	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 27

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "EN ALGUNA OCASIÓN ME HAN VENIDO GANAS DE ESCUPIRME CUANDO ME MIRABA AL ESPEJO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 28

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO TENGO ÉXITO EN ALGO ME QUEDA LA SOSPECHA DE NO MERECÉRMELO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

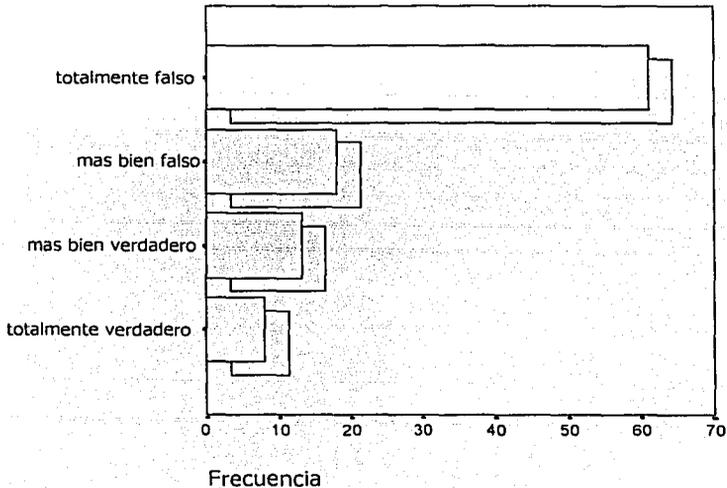
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	61	61.0
mas bien falso	18	18.0
mas bien verdadero	13	13.0
totalmente verdadero	8	8.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 28

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CUANDO TENGO ÉXITO EN ALGO ME QUEDA LA SOSPECHA DE NO MERECERMELLO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 29

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "SIENTO UN PESO CUANDO ME PONGO A PENSAR EN MI PADRE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

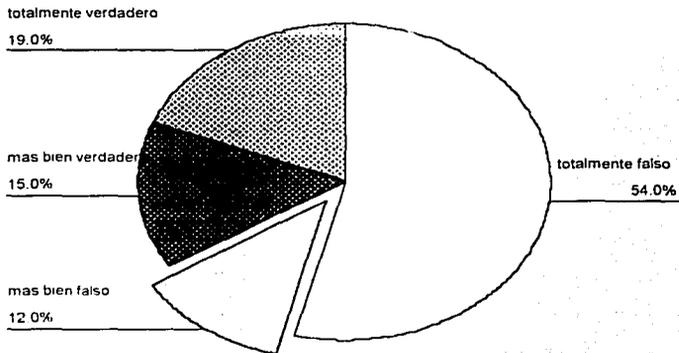
	frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	54	54.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	15	15.0
totalmente verdadero	19	19.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 29

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "SIENTO UN PESO CUANDO ME PONGO A PENSAR EN MI PADRE", ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 30

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE
"COMPRENDO Y JUSTIFICO FÁCILMENTE A LOS DEMAS. SIN EMBARGO, A
MI MISMO NO ME PERDONO UNA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES
CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL
D. F. **2002.**

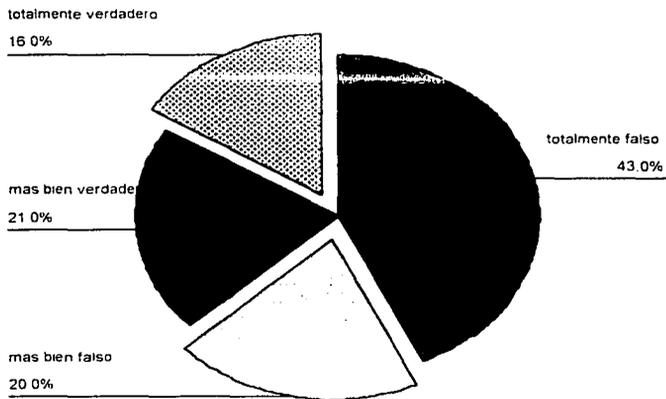
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	43	43.0
mas bien falso	20	20.0
mas bien verdadero	21	21.0
totalmente verdadero	16	16.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 30

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "COMPRENDO Y JUSTIFICO FÁCILMENTE A LOS DEMÁS. SIN EMBARGO, A MI MISMO NO ME PERDONO UNA". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 31

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO ME SIENTO PEOR QUE LOS DEMÁS". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

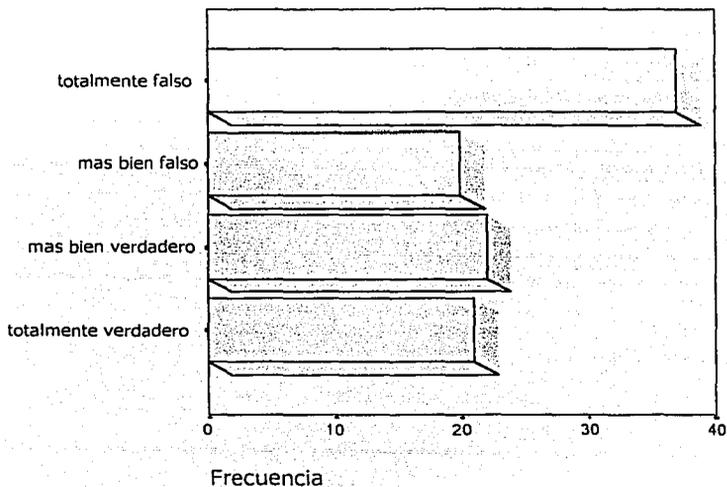
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	37	37.0
mas bien falso	20	20.0
mas bien verdadero	22	22.0
totalmente verdadero	21	21.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 31

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "NO ME SIENTO PEOR QUE LOS DEMÁS". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 32

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CADA VEZ ME SALE ALGO MAL PIENSO QUE CADA UNO RECIBE LO QUE SE MERECE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

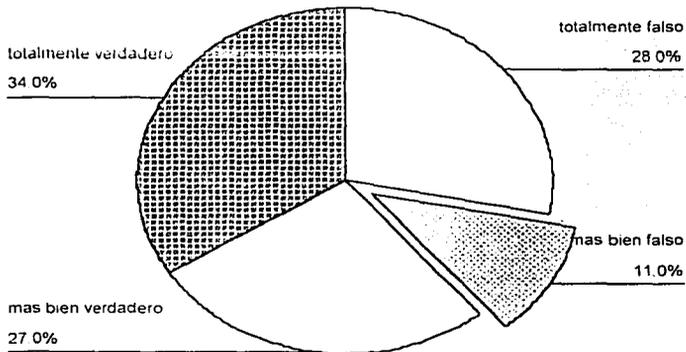
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	28	28.0
mas bien falso	11	11.0
mas bien verdadero	27	27.0
totalmente verdadero	34	34.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 32

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "CADA VEZ ME SALE ALGO MAL PIENSO QUE CADA UNO RECIBE LO QUE SE MERECE". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 33

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ES IMPERDONABLE POR MI PARTE NO CORRESPONDER AQUELLOS QUE ME QUIEREN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

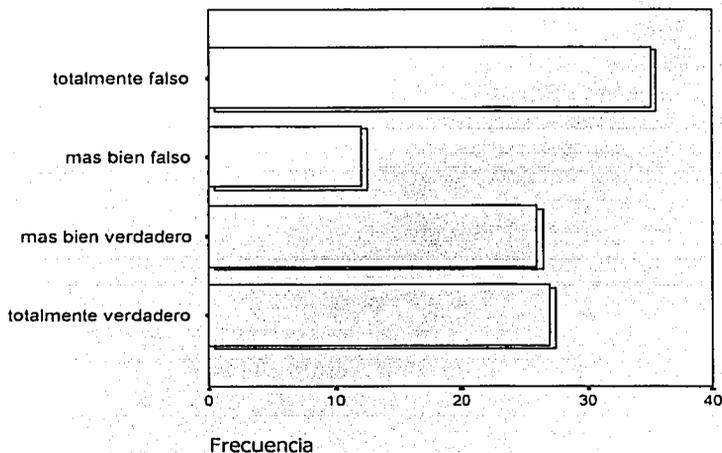
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	35	35.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	26	26.0
totalmente verdadero	27	27.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÁFICA No 33

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "ES IMPERDONABLE POR MI PARTE NO CORRESPONDER AQUELLOS QUE ME QUIEREN". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 34

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A VECES HE SENTIDO ASCO DE MI MISMO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

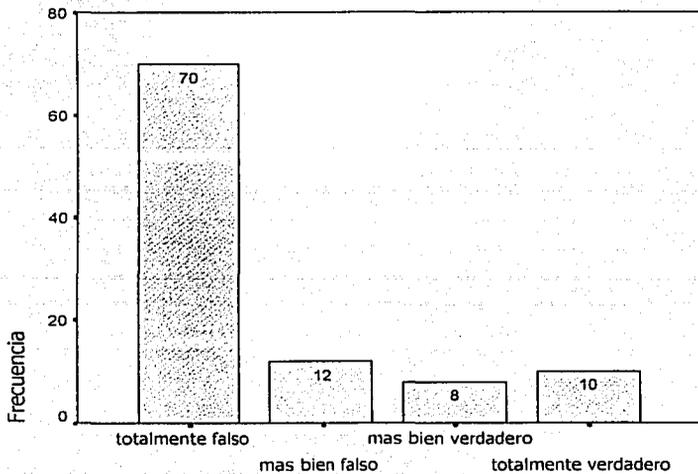
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	70	70.0
mas bien falso	12	12.0
mas bien verdadero	8	8.0
totalmente verdadero	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 34

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "A VECES HE SENTIDO ASCO DE MI MISMO". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 35

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY PENSAMIENTOS Y DESEOS QUE TE INFECTAN COMO SI FUERAN UN FOCO DE SUCIEDAD". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

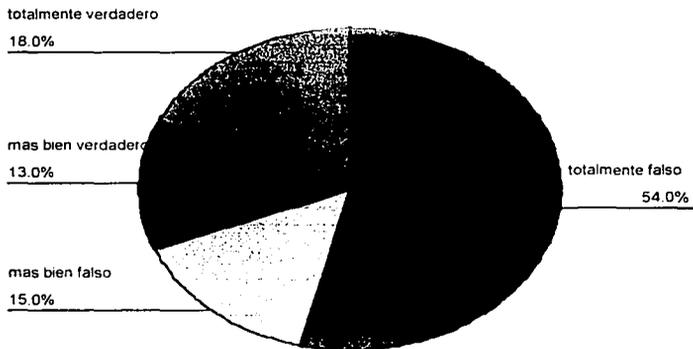
	Frecuencia	Porcentaje
totalmente falso	54	54.0
mas bien falso	15	15.0
mas bien verdadero	13	13.0
totalmente verdadero	18	18.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 35

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS CON RESPECTO A LA VARIABLE "HAY PENSAMIENTOS Y DESEOS QUE TE INFECTAN COMO SI FUERAN UN FOCO DE SUCIEDAD". ESTUDIO REALIZADO EN MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON RESPECTO AL AUTOCONCEPTO

CUADRO No 1

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE TRANQUILA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

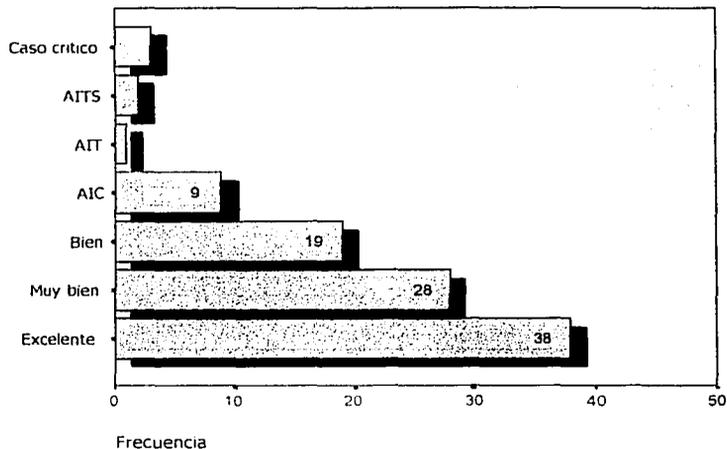
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	3	3.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	2	2.0
Amerita intervención terapeutica	1	1.0
Amerita intervención correctiva	9	9.0
Bien	19	19.0
Muy bien	28	28.0
Excelente	38	38.0
Total	100	100.0

FUENTE: DATOS PROCESADOS POR GARCIA FUENTES SOLEDAD, SANCHEZ ESTRADA TERESA, OROZCO TAPIA LETICIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 1

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE TRANQUILA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002



FUENTE: DATOS PROCESADOS POR GARCIA FUENTES SOLEDAD, SANCHEZ ESTRADA TERESA, OROZCO TAPIA LETICIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 2

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE CALMADA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

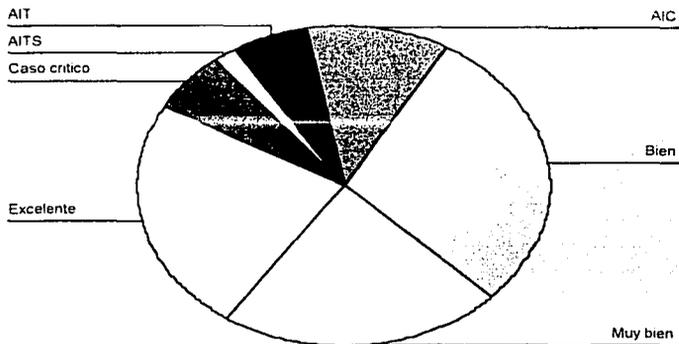
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	6	6.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	2	2.0
Amerita intervención terapeutica	6	6.0
Amerita intervención correctiva	11	11.0
Bien	29	29.0
Muy bien	22	22.0
Excelente	24	24.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 2

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE CALMADA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 3

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE ESTABLE CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

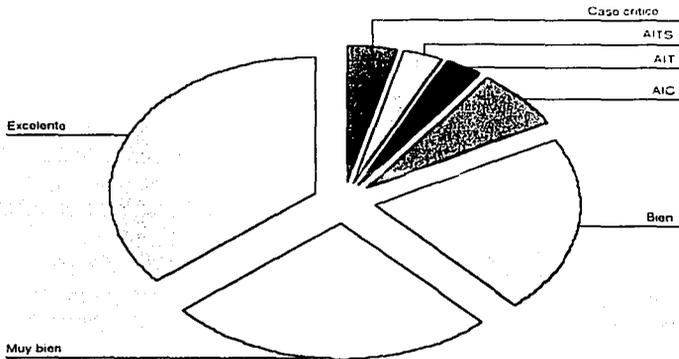
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	4	4.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	3	3.0
Amerita intervención terapeutica	3	3.0
Amerita intervención correctiva	7	7.0
Bien	21	21.0
Muy bien	26	26.0
Excelente	36	36.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 3

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE ESTABLE CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 4

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE RELAJADA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

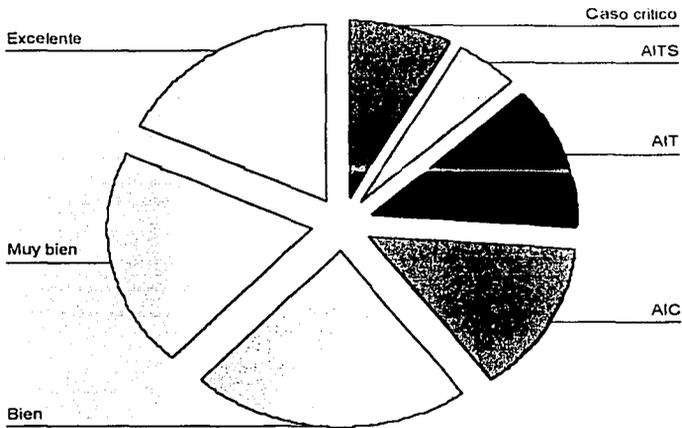
	Frecuencia	porcentaje
Caso critico	8	8.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	5	5.0
Amerita intervención terapeutica	13	13.0
Amerita intervención correctiva	14	14.0
Bien	22	22.0
Muy bien	20	20.0
Excelente	18	18.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 4

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE RELAJADA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: TESIS CODIGO N° 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 5

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE TOLERANTE EN RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002

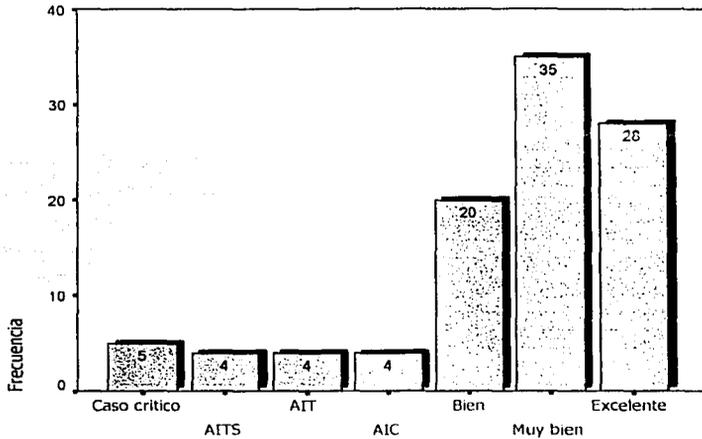
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Caso crítico	5	5.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	4	4.0
Amerita intervención terapéutica	4	4.0
Amerita intervención correctiva	4	4.0
Bien	20	20.0
Muy bien	35	35.0
Excelente	28	28.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 5

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE TOLERANTE EN RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 6

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE COMPRENSIVA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002

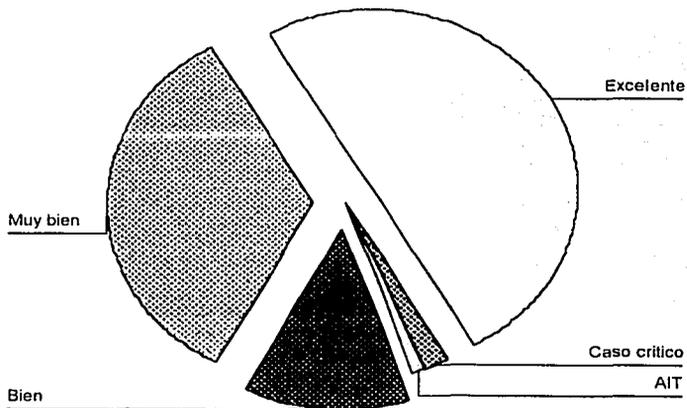
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	2	2.0
Amerita intervención terapeutica	1	1.0
Bien	13	13.0
Muy bien	34	34.0
Excelente	50	50.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA FUENTE CUADRO No 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 6

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE COMPRENSIVA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 7

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE SERENA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002

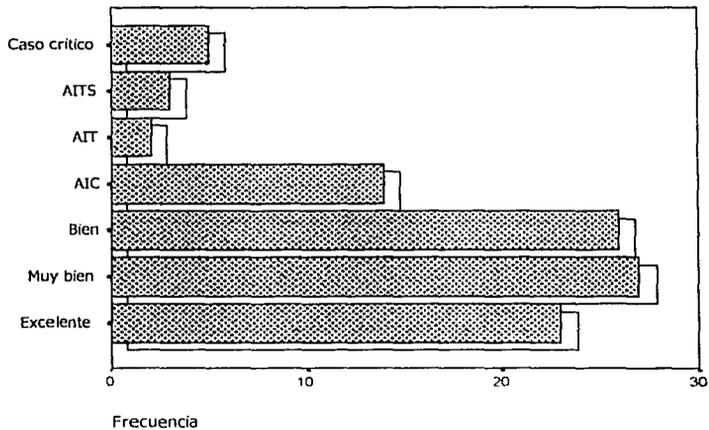
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	5	5.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	3	3.0
Amerita intervención terapeutica	2	2.0
Amerita intervención correctiva	14	14.0
Bien	26	26.0
Muy bien	27	27.0
Excelente	23	23.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 7

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA AFECTIVIDAD CON LA VARIABLE SERENA CON RELACION A EL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 8

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA .LA VARIABLE COMPETENTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

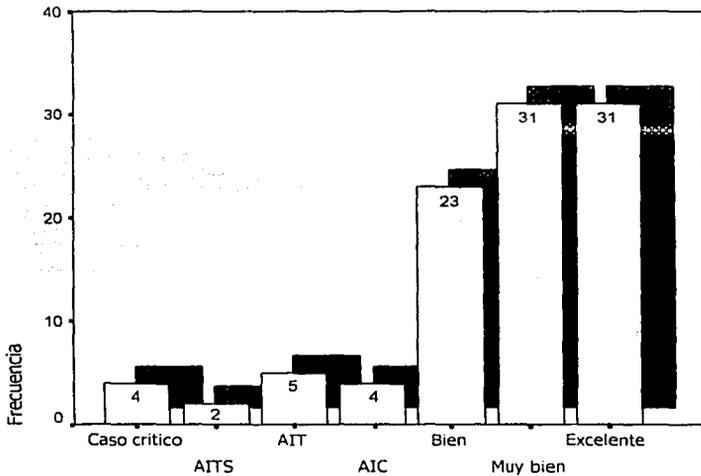
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	4	4.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	2	2.0
Amerita intervención terapeutica	5	5.0
Amerita intervención correctiva	4	4.0
Bien	23	23.0
Muy bien	31	31.0
Excelente	31	31.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 8

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA .LA VARIABLE COMPETENTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 9

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE VALIENTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

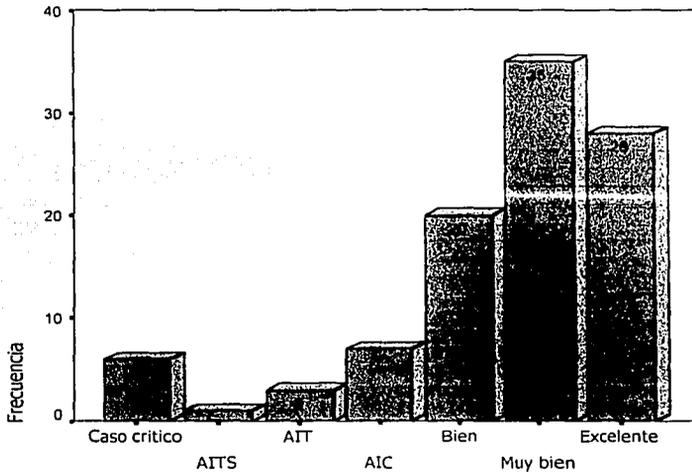
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	6	6.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	1	1.0
Amerita intervención terapeutica	3	3.0
Amerita intervención correctiva	7	7.0
Bien	20	20.0
Muy bien	35	35.0
Excelente	28	28.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 9

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE VALIENTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 10

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE ASTUTA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

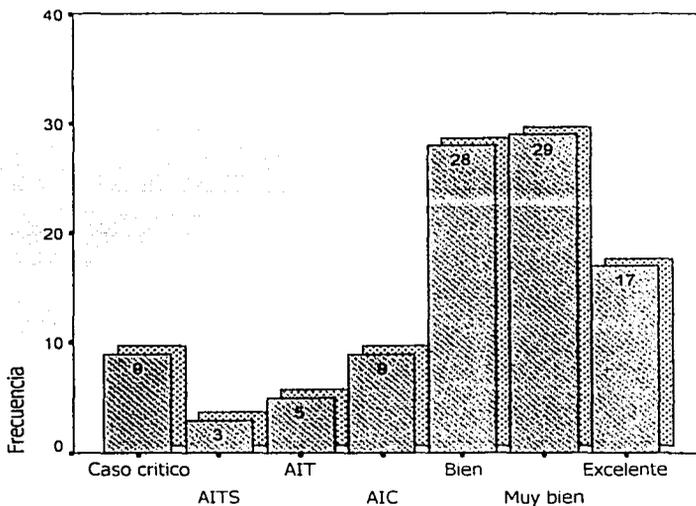
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	9	9.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	3	3.0
Amerita intervención terapeutica	5	5.0
Amerita intervención correctiva	9	9.0
Bien	28	28.0
Muy bien	29	29.0
Excelente	17	17.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 10

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE ASTUTA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO NO 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 11

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE AUDAZ CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

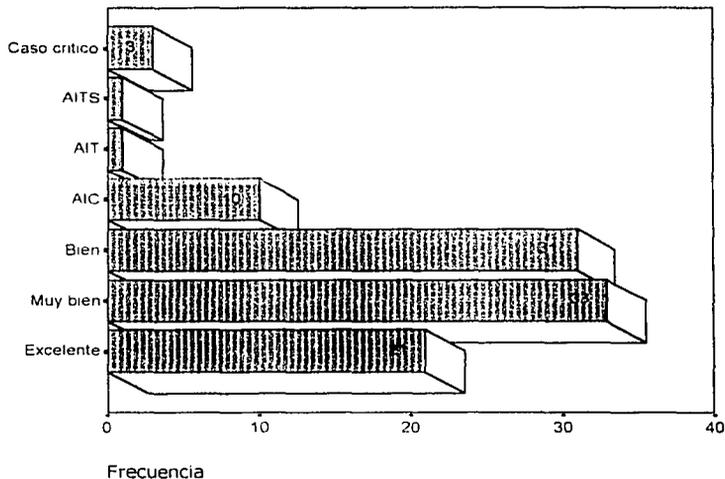
	Frecuencia	porcentaje
Caso critico	3	3.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	1	1.0
Amerita intervención terapeutica	1	1.0
Amerita intervención correctiva	10	10.0
Bien	31	31.0
Muy bien	33	33.0
Excelente	21	21.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 11

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD POSITIVA . LA VARIABLE AUDAZ CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 12

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE ARROGANTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

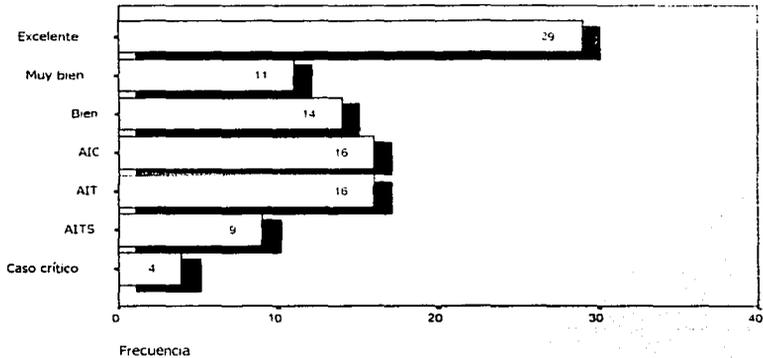
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	30	30.0
Muy bien	11	11.0
Bien	14	14.0
Amerita intervención correctiva	16	16.0
Amerita intervención terapéutica	16	16.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	9	9.0
Caso crítico	4	4.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 12

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE ARROGANTE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 13

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE APROVECHADA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

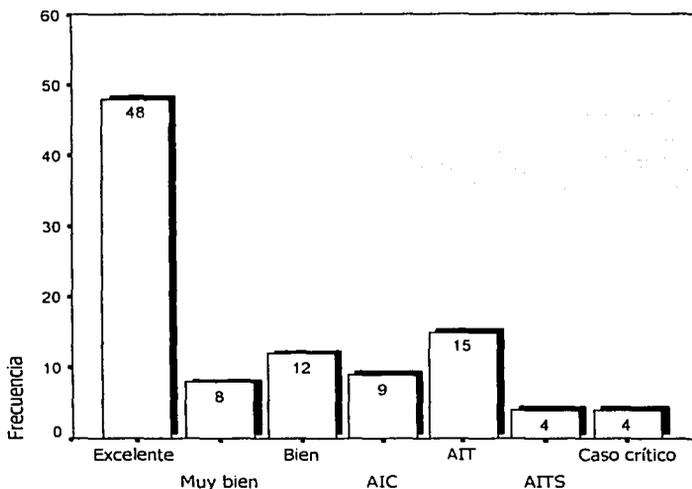
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	48	48.0
Muy bien	8	8.0
Bien	12	12.0
Amerita intervención correctiva	9	9.0
Amerita intervención terapéutica	15	15.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	4	4.0
Caso crítico	4	4.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 13

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE APROVECHADA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO NO 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 14

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA LA VARIABLE AMBICIOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

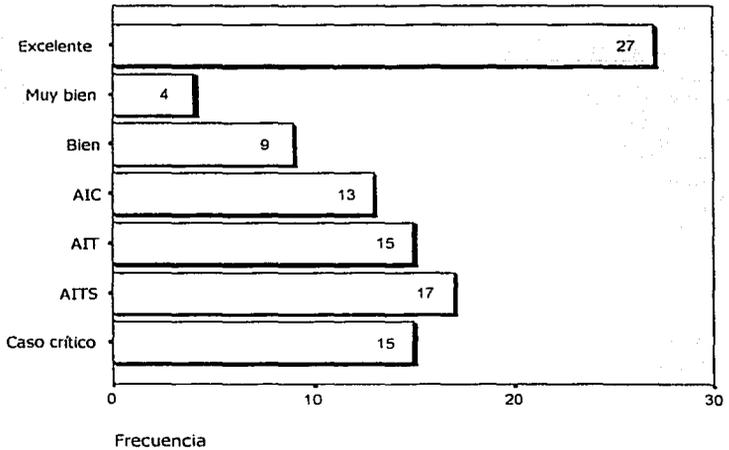
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	27	27.0
Muy bien	4	4.0
Bien	9	9.0
Amerita intervención correctiva	13	13.0
Amerita intervención terapéutica	15	15.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	17	17.0
Caso crítico	15	15.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 14

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA LA VARIABLE AMBICIOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 15

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA .LA VARIABLE ALTANERA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002.**

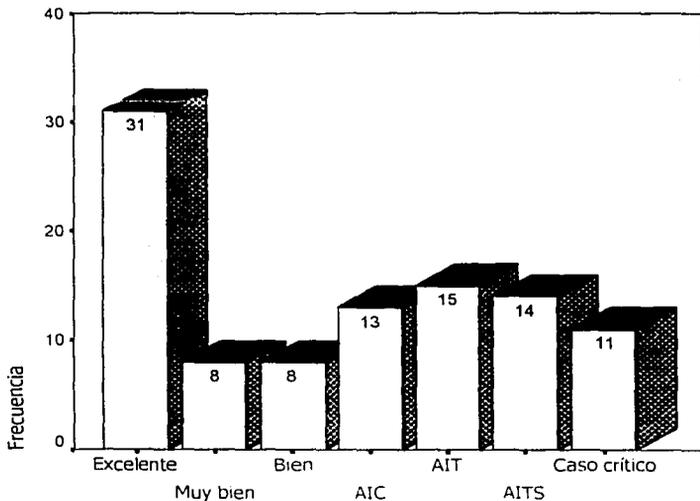
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	31	31.0
Muy bien	8	8.0
Bien	8	8.0
Amerita intervención correctiva	13	13.0
Amerita intervención terapéutica	15	15.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	14	14.0
Caso crítico	11	11.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 15

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA INSTRUMENTALIDAD NEGATIVA .LA VARIABLE ALTANERA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA CUADRO No 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 16

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA . LA VARIABLE CÁLIDA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

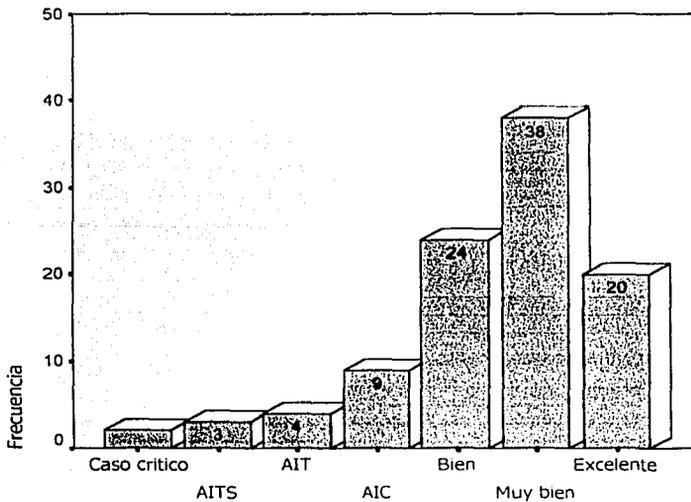
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	2	2.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	3	3.0
Amerita intervención terapeutica	4	4.0
Amerita intervención correctiva	9	9.0
Bien	24	24.0
Muy bien	38	38.0
Excelente	20	20.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 16

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA . LA VARIABLE CÁLIDA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 17

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA . LA VARIABLE SOCIABLE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. **2002**.

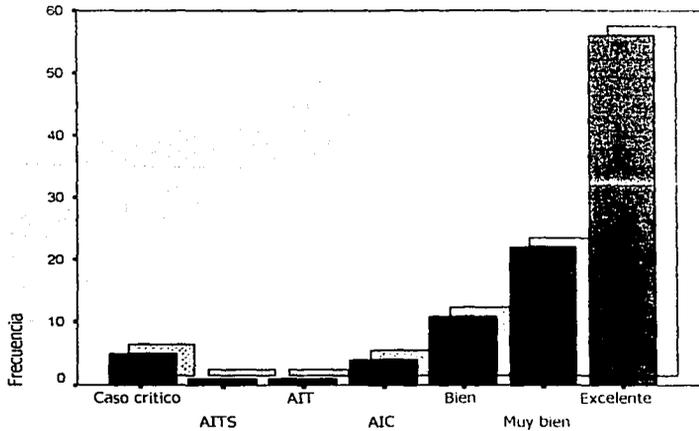
	Frecuencia	Porcentaje
Caso critico	5	5.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	1	1.0
Amerita intervención terapeutica	1	1.0
Amerita intervención correctiva	4	4.0
Bien	11	11.0
Muy bien	22	22.0
Excelente	56	56.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 17

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA. LA VARIABLE SOCIABLE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 18

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA . LA VARIABLE AFECTUOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

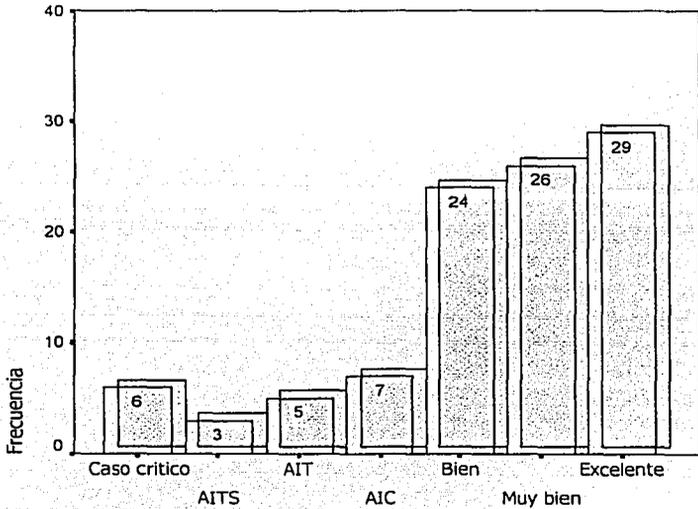
	Frecuencia	Porcentaje
Caso crítico	6	6.0
Amerita intervenció terapéutica sistemát	3	3.0
Amerita intervenció terapeutica	5	5.0
Amerita intervenció correctiva	7	7.0
Bien	24	24.0
Muy bien	26	26.0
Excelente	29	29.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 18

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD POSITIVA . LA VARIABLE AFECTUOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 19

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE PREOCUPONA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

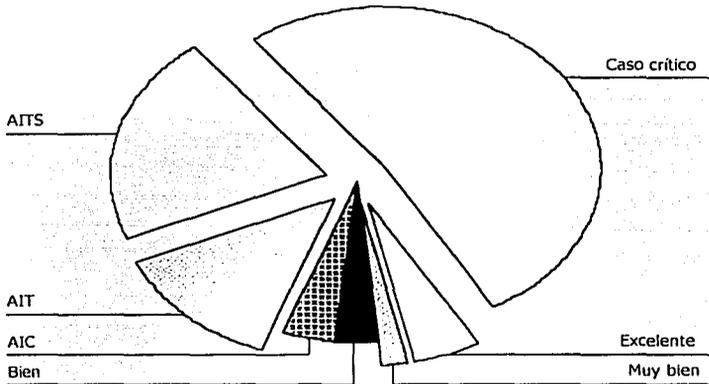
	Frecuencia Porcentaje	
Excelente	5	5.0
Muy bien	2	2.0
Bien	3	3.0
Amerita intervención correctiva	4	4.0
Amerita intervención terapéutica	13	13.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	21	21.0
Caso crítico	52	52.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 19

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE PREOCUPONA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No 20

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA, LA VARIABLE DEJADA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

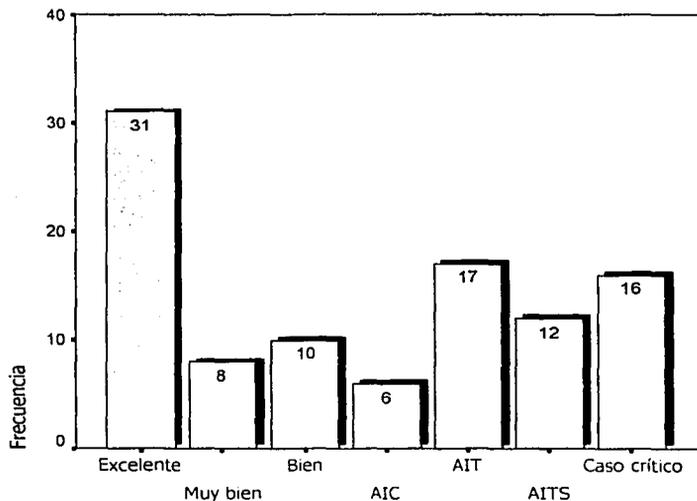
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	31	31.0
Muy bien	8	8.0
Bien	10	10.0
Amerita intervención correctiva	6	6.0
Amerita intervención terapéutica	17	17.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	12	12.0
Caso crítico	16	16.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 20

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE DEJADA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE ENVIDIOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

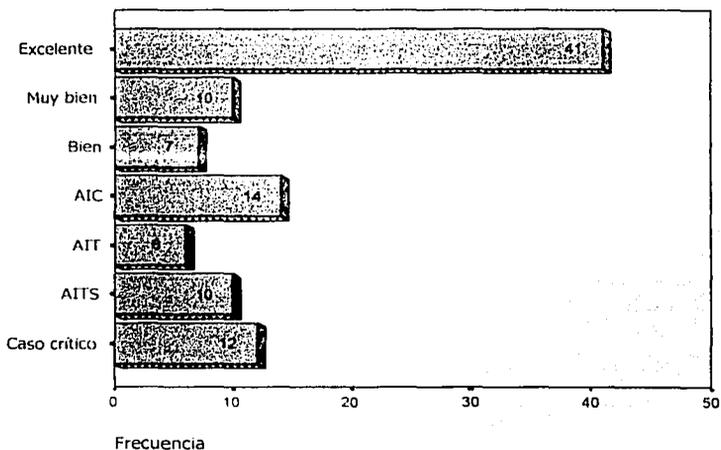
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	41	41.0
Muy bien	10	10.0
Bien	7	7.0
Amerita intervención correctiva	14	14.0
Amerita intervención terapéutica	6	6.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	10	10.0
Caso crítico	12	12.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 21

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE ENVIDIOSA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: FIDELIA DEL CORDO, I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 22

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA, LA VARIABLE LLORONA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

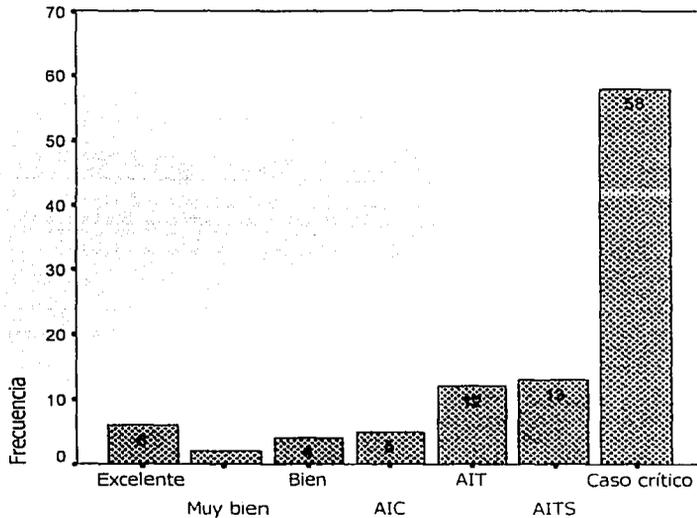
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	6	6.0
Muy bien	2	2.0
Bien	4	4.0
Amerita intervención correctiva	5	5.0
Amerita intervención terapéutica	12	12.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	13	13.0
Caso crítico	58	58.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 22

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE LLORONA CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 23

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA, LA VARIABLE INESTABLE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.

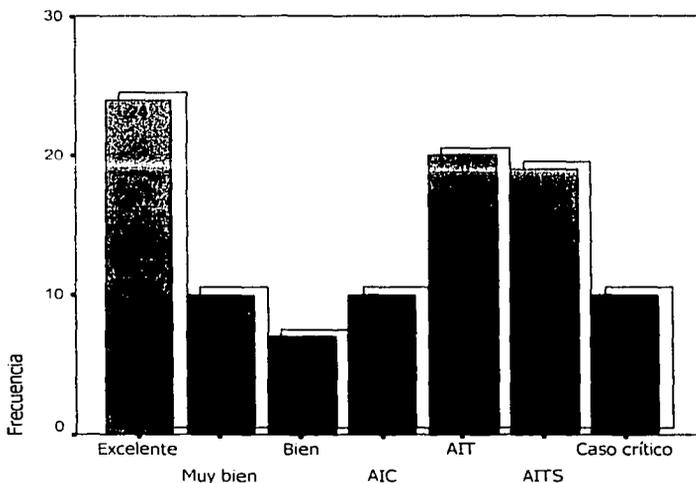
	Frecuencia	porcentaje
Excelente	24	24.0
Muy bien	10	10.0
Bien	7	7.0
Amerita intervención correctiva	10	10.0
Amerita intervención terapéutica	20	20.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	19	19.0
Caso crítico	10	10.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 23

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA. LA VARIABLE INESTABLE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002.



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No 24

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE COBARDE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002

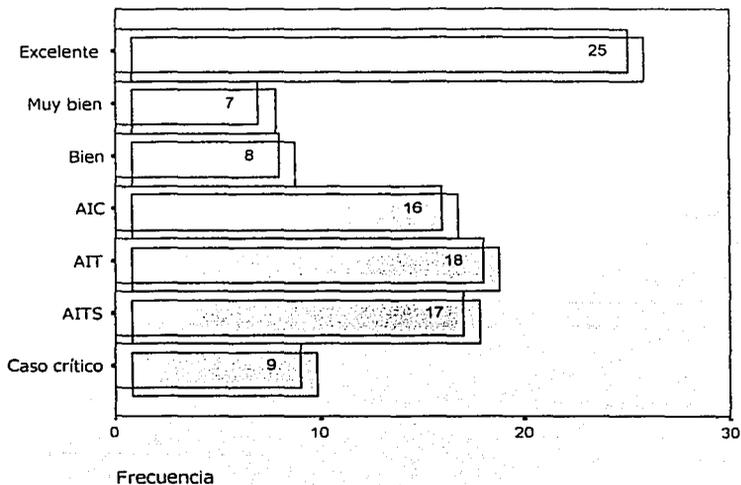
	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	25	25.0
Muy bien	7	7.0
Bien	8	8.0
Amerita intervención correctiva	16	16.0
Amerita intervención terapéutica	18	18.0
Amerita intervención terapéutica sistemática	17	17.0
Caso crítico	9	9.0
Total	100	100.0

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No 24

DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS RESPECTO A LA CATEGORÍA EXPRESIVIDAD NEGATIVA . LA VARIABLE COBARDE CON RELACION AL AUTOCONCEPTO. ESTUDIO REALIZADO A MUJERES CON SÍNDROME POSTABORTO ENTREVISTADAS EN UN HOSPITAL DEL D. F. 2002



FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con respecto al sentimiento de culpa:

Los resultados de la investigación reflejan que cuando las mujeres cursan por síndrome postaborto se puede presentar lo siguiente:

Para ellas es importante lo que otras personas (padres y vecinos) opinen de ellas, esto se debe a la necesidad de aceptación social. Cooley respecto a esto opina que la sociedad y los individuos no son fenómenos aislados, además considera que la sociedad es internalizada en la psique individual, viene a ser parte del si mismo del individuo a través de la interacción de muchos individuos.

Por otro lado les preocupa que en ocasiones de gran felicidad, les asalte la duda de estar gozando de algo de algo que no creen merecer, esto se debe a la seguridad y confianza en si mismo. Según Erikson cuando no se supera la etapa de autonomía VS confianza y duda se percibe como un yo inadecuado, es decir con sentimientos de duda y vergüenza que se reflejan en actitudes tímidas e inseguras.

La predisposición al sentimiento de culpa es el resultado de muchas influencias, primero, la constitución y lo rasgos personales del sujeto, segundo, los aprendizajes anteriores y las situaciones vividas y actuales, en el caso de la muestra estudiada se observo que las mujeres con síndrome postaborto creen que debe haber gente que no las quieran.

Estas mujeres se mostraron inseguras ya que opinaron que cuando un superior les habla, comienzan a suponer que hicieron algo mal. Con respecto Lersh opina que la culpa se puede vivenciar desde la vitalidad que se ve involucrada (miedo al castigo), desde el yo individual que se siente amenazado (vergüenza) o en relación con los otros, este surge cuando se cree haber fallado ante ellos o por haber les causado un daño, e incluso experimentado como un dolor personal por no haber actuado de acuerdo a los valores morales.

Cuando se les acusa injustamente le sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón. La inseguridad como factor relevante en la mayoría de las respuestas indica mayor predisposición al sentimiento de culpa que se refleja en el temor ante cualquier evento en el medio que les rodea.

El ideal que las mujeres con síndrome postaborto es que se sentirían felices de arreglar de alguna manera el mal que han hecho. La culpa se mueve en el terreno de los valores y aparece cuando se quebrante alguno de ellos, por ello es

que la solución inmediata es remediar los errores como medio de disminuir el sentimiento de culpa.

En general las mujeres con síndrome postaborto consideraron que cuando un superior quiere conversar con ellas, pueden llegar a sentirse mal o pensar que hicieron mal. Esto surge por un sentimiento de negación como mecanismo de defensa, para evadir su realidad. Por otro lado algunos casos representan negación ante las cosas del pasado, ya que este genera sentimiento de culpa, y por ello buscan la forma de ocultarlo.

En general las mujeres con síndrome postaborto se asombran viendo como la gente es tan inconsciente de sus acciones, generando preocupación en ellas, al mismo tiempo se genera sentimiento de culpa, ya que no se actuó de acuerdo a los valores morales que marca el entorno social.

También el sentimiento de culpa se puede presentar en el rechazo a recibir cuidados de otras personas, por manipulación directa del superyó que marca constantemente la transgresión. En la culpa persecutoria se manifiesta en ocasiones atemporalmente, donde el pasado y presente se confunden y las principales emociones que intervienen son el resentimiento, dolor, desesperación, temor, autorreproches, tendencias autodestructivas, actuación masoquista. Por otro lado la culpa depresiva se presenta preocupación por el objeto y por el yo, pena, nostalgia y responsabilidad.

En algunos casos el resentimiento puede ser mayor al igual que el temor, dando como resultado que se crea que cualquier situación por pequeña que sea genere conflictos con su entorno social, el dolor y los autorreproches aparecen frecuentemente lo mismo que el miedo que da como resultado el pensar que todo lo hace mal o de "romper" todo aquello que toca. Otro síntoma del sentimiento de culpa es creer que si se dan a conocer como realmente son, exista la sensación de engañar a los demás, como respuesta a la autopunición que genera la culpa.

Después de un acto reprobable surge un estado afectivo consecutivo (remordimientos o autorreproches) o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso de que se pudiera acusar. Según Mc. Mullan Harry el sentimiento de culpa aparece cuando se interrumpe la comunión espiritual o cuando reducen los valores morales. Se dan casos en donde las mujeres con síndrome postaborto que buscan forma de autocastigo.

como escupirse cuando se miran al espejo o sentir asco de ellas mismas. Según Georgina Arteaga uno de los factores que limitan la realización , la felicidad y la capacidad de dar y recibir amor en el sentimiento de culpa y vergüenza que en un nivel inconsciente vive y proyecta en el ser sin distinción de credos, culturas, situaciones geográficas o clases sociales.

Considerándose como un sentimiento limitativo, por que genera vergüenza, dolor, sufrimiento, enfermedad, resentimiento, soledad y miedo. Hay casos en que se sienten culpables por acontecimiento que no son directamente consecuencia de ellas mismas. También el temor y vergüenza si tuvieran que ser encarcelada, aunque en el inconsciente se busque un castigo para mitigar la culpa.

Se presentan casos en que las mujeres con síndrome postaborto tienen temor e incertidumbre ante el rechazo, que se manifiesta por el temor de ser encarceladas o el saber que sus amistades las olvidan con frecuencia. Romero Aguirre considera el sentimiento de culpa como reacción emocional y vergüenza con la impresión negativa que cree que la gente empieza a formarse de ella.

La inseguridad fue rasgo notorio ya que algunos casos reflejaron que la mayoría de los fracasos radica en uno mismo, en otros casos se proyecta que cuando un amigo les habla con cierta frialdad, piensan que ellas son culpables de ello. Por ello la inseguridad pone en tela de juicio los valores inculcados, generando miedo a la vida.

Ante la persecución de la culpa, es necesario un ideal del si mismo como complemento del autoconcepto que según D. Gross Richard se considera básicamente como el tipo de persona que se desearía ser, tomando en cuenta que puede variar en extensión y grado, se puede desear ser diferente en ciertos aspectos o ser una persona totalmente diferente.

Cuando existe sentimiento de culpa, puede aceptarse como persona o no, manifestándose como el sentirse menos que los demás, creer que todos los éxitos obtenidos no son merecidos, no perdonarse errores pequeños, no corresponder el cariño que reciben de otras personas, considerar que las experiencias negativas te dejan marcado por mucho tiempo y que después de ello te seguirá la mala suerte. Según Georgina Arteaga uno de los factores que limitan la realización , la felicidad y la capacidad de dar y recibir amor en el sentimiento de culpa y vergüenza que en un nivel inconsciente vive y proyecta en

el ser sin distinción de credos, culturas, situaciones geográficas o clases sociales. Considerándose entonces como un sentimiento limitativo, por que genera vergüenza, dolor, sufrimiento, enfermedad, resentimiento, soledad y miedo, que no permiten apreciar las cosas bellas que tiene la vida e impide valorarse como persona, fomenta la desconfianza en si mismo y en los demás, genera conductas autodestructivas, conductas masoquistas, el nacimiento de una persona violenta con los demás dando como resultado el aislamiento.

Para que el sentimiento de culpa se origine son muchos elementos que lo configuran, entre ellos podemos resaltar, las situaciones anteriores, los rasgos de personalidad y hábitos y repertorios conductuales. También dependerá el factor desencadenante para que se instale el sentimiento de culpa.

Con respecto al Autoconcepto:

Los resultados de la investigación reflejan que cuando las mujeres cursan por síndrome postaborto se puede presentar que:

Afectividad:

En general las mujeres con su respuesta en el cuestionario calificaron en: excelente, muy bien y bien, lo que indica que los rasgos de personalidad que definen esta categoría no tienen alteraciones, esto significa que las mujeres que han cursado por el síndrome postaborto se consideraron atentas, decentes, optimistas, sentimentales, ordenas, emocionales, educadas, pacíficas, sinceras, nobles, románticas, obedientes respetuosas, leales, tratables, corteses, limpias, sencillas, cumplidas, tolerantes comprensivas y serenas.

En los rasgos tranquilas, calmadas, bondadosas, relajadas los casos de estudio calificaron en excelente, muy bien y bien, si embargo estos resultados se pueden interpretar en dos formas: Primero, que efectivamente estos rasgos sean parte innata de su personalidad, y efectivamente no haya mayor alteración. Segundo, que se use como un mecanismo de evasión ante su realidad, como una salida ante el rechazo social. Como afirma William James el si mismo social esta dado por el hecho de que somos alguien para nuestros compañeros, la importancia que tiene el ser notado por los demás, según el autor no podría haber peor castigo para el humano el ser abandonado por los demás y pasar absolutamente inadvertido por los miembros de la sociedad. Es por ello que el mecanismo de defensa funge como mediador ante la realidad y un ideal del si mismo.

Cabe mencionar que se reportaron algunos casos en que calificaron en ameritan intervención correctiva, ameritan intervención terapéutica, ameritan intervención terapéutica sistemática y otros en menor proporción como casos críticos que tienen importancia para un protocolo de estudio, y ayuda terapéutica.

Instrumentalidad positiva:

En general las mujeres con su respuesta en el cuestionario calificaron en: excelente, muy bien y bien, lo que indica que los rasgos de personalidad que definen esta categoría no tienen alteraciones, esto significa que las mujeres que han cursado por el síndrome postaborto se consideraron competentes, valientes, decididas, emprendedoras, trabajadoras, capaces.

En los rasgos astutas, audaces, el resultado califico en excelente, muy bien y bien, sin embargo por la naturaleza de la experiencia vivida se puede alterar la percepción de cada uno de estas características en dos formas, que realmente cada uno de los casos de estudio posean estos atributos o en su diferencia que lo consideren como un ideal, hablando de aceptación social y cultural.

Instrumentalidad negativa.

Como nos dice el Dr. Díaz Loving la instrumentalidad son aquellos instrumentos con los que cuenta principalmente el hombre y que son aceptables (instrumentalidad positiva) y no deseables (instrumentalidad negativa) en la interacción social. Dada la explicación que nos proporciona el creador de este instrumento de valoración en los resultados de este estudio las mujeres se reportaron por sus respuestas como arrogantes, corruptas, aprovechadas, avorazadas, abusivas ambiciosas, altaneras, lo que traduce que socialmente no son aceptadas estas características. Estas respuestas se pueden tomar como evasión. Cuando una persona se instala en la negación utiliza el mecanismo de la arrogancia como justificador de los actos que se consideran equivocados.

La arrogancia es un mecanismo de defensa ante la culpa y con el propósito de enfrentarse con su realidad.

El ser calificada como astutas, amerita un análisis ya que esta condición refleja un alto nivel de egoísmo, desconectándose de la realidad lo que les impide evaluar complicaciones.

En caso de las que se catalogan como ambiciosas se justifican en aras de liberarse de los obstáculos que sus acciones puedan presentar.

Expresividad positiva:

En general las mujeres con su respuesta en el cuestionario calificaron en: excelente, muy bien o bien, lo que indica que los rasgos de personalidad que definen esta categoría no tienen alteraciones, esto significa que las mujeres que han cursado por el síndrome postaborto se consideraron tiernas, cálidas, sociables, cariñosas amorosas, afectuosas y sensibles, lo que nos indica que esta categoría del autoconcepto no se modificaron estos rasgos de personalidad.

Expresividad negativa:

En los rasgos preocupados, lloronas mostraron una tendencia significativa, esto se atribuye a un rasgo que tenían previamente el cual se aseveró por el tipo de trauma por el que cursan.

En el caso de los rasgos dejadas, envidiosas, miedosas, mentirosas, inestables y cobardes.

La inestabilidad se relaciona con una condición previa de personalidad, pero se piensa que con el trauma vivido se asevero aun más.

En el caso de estos rasgos expresivos pueden o no existir previamente, sin embargo en algunos casos se hizo latente y frecuente con la experiencia vivida, lo que nos hace suponer que pueden modificar las percepciones por el tiempo que haya cursado desde el momento inmediato de el trauma a la fecha.

El sentimiento de culpa impide en muchas ocasiones la manifestación de pensamientos, sentimientos, acciones de la vida diaria, planteamiento de proyectos, en gran medida puede acentuar los rasgos negativos, debido a que cuando se percibe el sentimiento de culpa en gran magnitud se hace necesario compartirla con los demás, haciendo al individuo un ser, miedoso, apático, agresivo, poco tolerante, mentiroso, envidioso, para descargar toda la frustración que genera este sentimiento.

SUGERENCIAS

- Partiendo de este estudio, se podría analizar con frecuencia la situación emocional de las mujeres que cursan por el Síndrome Postaborto, ya que la aparición y evolución de este síndrome es diferente en cada caso, por lo que se propone el seguimiento oportuno con el fin de detectar alteraciones a tiempo y poder brindar asesoría más adecuada.
- Implementar dentro del programa educativo una asignatura o seminario optativo que imparta todo lo referente al Síndrome postaborto, esto con la finalidad de que el personal de Enfermería puedan ser consultores en este tipo de pacientes.
- Por medio orientación emocional, en donde el Licenciado en Enfermería ayude a desahogar toda la frustración que esta pasando la paciente en ese momento.
- Impartir cursos o seminarios en los hospitales todo lo relacionado a Síndrome Postaborto, con el fin de sensibilizar al personal de Enfermería para poder proporcionar una atención inmediata y oportuna.
- Crear programas de Autoconcepto al personal de Enfermería, en áreas hospitalarias, docentes, investigadores y estudiantes, con el fin de favorecer un consultor apropiado para las pacientes con este tipo de problemas.
- Crear grupos de autoayuda donde las mujeres con este tipo de experiencia comenten las dudas, inquietudes, pensamientos, ante un experto, esto con la finalidad de que las pacientes puedan conocer la información entorno al aborto.
- Ante el sentimiento de culpa, negado o incubierto se den las facilidades de un programa para favorecer un acercamiento espiritual.
- Informar a estas mujeres que tienen que buscar el perdón a si mismas para que en el futuro enfrentar su perdida y logre hasta donde le sea posible vivir con armonía y tranquilidad
- Por medio de la formación de grupos de pacientes que cursan por el Síndrome Postaborto, localizadas en áreas hospitalarias, La Licenciada

en Enfermería como instructora del grupo ayudar por medio de material didáctico, lecturas para favorecer la opinión, dudas y conclusiones de cada una de ellas, con el fin de comparar experiencias con mujeres que tienen el mismo problema.

- Apoyar por medio de artículos que hablen del perdón, como una opción para que las pacientes entiendan la importancia del mismo, de vivir en armonía espiritual, con el fin de que desaparezca el sentimiento de culpa, y puedan disfrutar de los recursos con los que cuenta cada una de ellas.
- Proponer un plan de intervención para desarrollar los atributos que equilibren la polarización hacia la instrumentalidad negativa.
- Dar a conocer los resultados de este estudio para fomentar el interés y que surjan más líneas de investigación sobre el tema.
- Con el mismo planteamiento que se realizó este estudio sería conveniente aplicarlo a parejas de mujeres que han cursado por pérdida de bebé.

GLOSARIO

Díscrpencia: Diferencia, desigualdad. Disentimiento en opiniones o en conducta.

Intangible: Que no se debe o no puede tocarse.

Instrumentalidad: Son aquellos instrumentos con los que cuenta principalmente el hombre y que son aceptables (instrumentalidad positiva) y no deseables (instrumentalidad negativa) en la interacción social.

La teoría de la autoverificación: Sostiene que las personas buscamos información exacta, precisa sobre nuestros rasgos positivos y negativos centrales.

La teoría del auto ensalzamiento: Sostiene que las personas buscamos información mas precisa sobre los aspectos positivos que sobre los aspectos negativos de nuestra personalidad.

Locus institucional: Su si mismo es algo creado y logrado; se nutre de sus relaciones institucionales y se expresan en los actos voluntarios realizados en pos de la consecución de metas institucionales.

Locus impulsivo: El verdadero si mismo es algo que tiene que ser descubierto y se nutre de impulsos internos, no socializados, ansiados fuera del marco institucional.

Multidimensional: Que tiene dos o mas dimensiones, espacio de mas de tres dimensiones.

Mitigar: Moderar, apagar, disminuir o suavizar una cosa rigurosa o áspera.

Omnipotencia: Poder muy grande. Poder omnimodo, atributo únicamente de Dios.

Tánatos o Tanatología : Con relación a la muerte. Estudio de los signos patognomónicos del genero de muerte.

Transgresión: Acción que produce un daño al individuo, dando origen al sentimiento de culpa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ELECTRONICAS

- Alva López María del Carmen (1999). "Impacto psicológico del Aborto" en: http://www.alertamexico.org.mx/impacto_psic.htm, Consultado el, [06 de julio de 2002].
- Amador. Muñoz Luis Vicente.(1997) "Motivación y autoconcepto en los adultos universitarios a distancia. Contexto andaluz". Tesis Doctoral 1997.
- Aramburu Oyarbide Mikel, Guerra Plaza Jesús.(s/a). "Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencia" En. <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/1950,1-12>, Consultado el [04 de septiembre de 2001].
- Arteaga Georgina. (2000) "La Culpa: Un sentimiento que paraliza". En: http://www.geocities.com/hostsprings/resort/9050/06nov_00.htm, 1-5, Consultado el [25 de marzo de 2002].
- Barrera Quiala Miriam y Cols. (1999). "Respuesta del estado Psicológico en adolescentes con interrupción del embarazo" En http://bus.sld.cu/revistas/enf/vol_15_3.99enf08399.htm. Consultado el [29 de mayo de 2002].
- Barruel Oettinger Marcela. (1993). "Consecuencias emocionales ante la perdida de la capacidad reproductiva en la mujer (autoconcepto en tres formas de perdida reproductiva, natural, impuesta y decidida)" Tesis para obtener el titulo de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- Barbosa Ramos Isaac. (s/a). "El perdón como elemento terapéutico". En. <http://www.psicologia.online.com>. 1-10, Consultado el [19 de enero de 2003].
- Boeree C. George (1997). "Biografía. Acerca de Erich Fromm" En. <http://www.geocities.com/Athens/Delphi/5667/frommbio.htm>. 1-16. Consultado el [31 de mayo de 2002].
- Boeree C. George.(1998). "Teorías de la Personalidad. Gordon Allport". En <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm>. Consultado al 29 de mayo de 2002].
- Boeree C. George (1997). "Teorías de la Personalidad. Alfred Adler". En <http://www.ship.edu/~cgboeree/adleresp.html>. Consultado el [29 de mayo de 2002]
- Boeree C. George (1998). "Teorías de la Personalidad. Gordon Allport." En

<http://www.psicología-online.com/ebooks/personalidad/allport.htm>. Consultado el [29 de mayo de 2002]

- Bonobotta, Mario. (1989). "Disolución del sujeto en Descartes". En <http://www.monografias.com/trabajos/sujedes.../sujedescartes.shtml>. Consultado el [06 de junio de 2002].

- Bréhier, Emile. (1998). "Historia de la Filosofía, Platón" En <http://www.monografias.com/trabajos/5/platon2/platon2.shtml>. Consultado el [06 de junio de 2002].

- Bruzal Eleonora. (1999). "La culpa". En <http://www.mujeresterceremilenio.com>. Consultado el [29 de mayo de 2002].

- Bréhier, Emile. (1998). "Historia de la Filosofía, Aristóteles". En <http://www.monografias.com/trabajos/5/aristo/aristo.shtml>. Consultado el [06 de junio de 2002]

- Capponi M. Ricardo.(1997). "Omnipotencia, madurez y perdón". En <http://www.mensaje.cl/1997/mayo/omnipotencia>. Consultado el [19 de enero de 2003].

- Coser Fromm (1997). "Biografía de Charles Horton Cooley". En <http://www2.pfeiffer.edu/%7Elridener/DSS/C.../COOLWRK.HTM>. Consultado en [29 de mayo de 2002].

- Corey, Gerald. (1991). "Personality theories. Erikson". En <http://www.ac.biola.edu/ay/erikson.html>. Consultado el [29 de mayo del 2002].

- Díaz Loving Rolando. (1993). "Identificación de rasgos (masculinos) y expresivos (femeninos, normativos (típicos e ideales) en México".Págs. 18.

- Espailat Iván, Rosario Adonise, Rodríguez Grace, Coronado Marisol. "Incidencia del aborto en adolescentes y su repercusión psicosocial en pacientes atendidas por el depto de gineco-obstetricia del Hospital Regional "Dr. Luis Manuel Murillo King" En http://fd.tripod.com/MEDICINA/Grace_Rodríguez.htm. La Vega Rep. Dominicana en el periodo de agosto 15 y diciembre 15 de 1997.

- Galdona Javier. (2002) "Interacción entre dimensiones de la persona" En <http://www.franciscanos.net/teologos/sut/galdonaperd%C3%B3n.htm>. Consultado el [30 de mayo de 2002].

- Garza Flores Josué, Leopoldo Vázquez Estrada. "El aborto". Antología de la Sexualidad humana. CONAPO. Editorial Miguel Ángel Porrúa. Tomo 3. Capítulo. Aborto. 2000.

- Flores Ángeles Alma Rosalía (1993) "Autoconcepto" Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.
- Frías Navarro M. Dolores. (1989) "Relaciones entre autoestima y depresión en población infantil valenciana" En <http://www.mcu.es.TESEO/BRSCGI?CMD=VERDC&BASE=TSEO&DOCN=000025281>. Consultado el [29 de diciembre de 2001].
- García Gómez A.(1999). "Panorama de la investigación sobre el autoconcepto en España(1976-1998)" En http://www.psiquitria.com/psicologia/vol3num1_5.htm Revista Electrónica de psicología volumen 3, No 1, Enero 1999. Consultado el [04 de septiembre de 2001].
- García Romero, Faure, García Barrios. "Metodología de la Investigación en Salud". Editorial McGraw- Hill interamericana México 1999. paginas 117.
- Gómez Lavín Carmen (2000). "Consecuencias Psicopatológicas del aborto en la mujer" En. http://www.bioeticaweb.com/inicio_de_la_vida/consecuencias_psicopatologicas_d.htm
Consultado el [04 de septiembre de 2001].
- Grinberg León. (1994).. "Culpa y Depresión. Estudio psicoanalítico". Editorial Alianza, S. A. Madrid, 1983, 1988, 1994. Impreso en Josmar. Paginas 276.
- G. Myers David. (2000). "Una visión de culpa a través de la Psicología Social "En <http://mujerdeltercermilenio.com/articulo.htm>. Consultado el. [04 de septiembre de 2001].
- Iglesias Alberto. (1995). "Síndrome postaborto". En http://bioeticaweb.com/inicio_de_la_vida.htm. Consultado el [29 de mayo de 2002].
- Jaramillo Diego. (1999). "Sanación por el perdón". En. <http://www.consamu.com/misiones/S/SANACION%20POR%20EL%20PERDON> Consultado el [04 de septiembre de 2002].
- Jiménez Rodríguez José Antonio (1996) "Autoconciencia y autoconcepto: estructura de la personalidad e inducción experimental". En <http://www.mcu.es.TESEO/BRSCGI?CMD=VERDC&BASE=TSEO&DOCN=000060196>. Consultado el [04 de septiembre de 2001].

- La Rosa Jorge, Rolando Díaz Loving (1986). "Evaluación del Autoconcepto: una escala dimensional". Revista Latinoamericana de Psicología 1991. Vol. 23 No 1.
- La Rosa Jorge. (1986). "Escalas de Locus de Control y Autoconcepto: construcción y validación". Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. Pág. 257.. UNAM.
- Laureino de Barros. (1999). "Psicoanálisis, estudios feministas y de género". En <http://www.psicomundo.com/foros//genero/comentarios>. Consultado el [3 de abril de 2002]
- La Rosa Jorge, Díaz L. (1991). "Evaluación del Autoconcepto: una escala multidimensional". Revista Latinoamericana de Psicología, Volumen 23- Nº 1. Págs. 33
- "Leyes y códigos de México. Ley General de Salud. Ley de Salud para el D. F. Y disposiciones complementarias". Décimo sexta edición. Editorial Porrúa 2000. tomo I páginas 597. tomo II páginas 1214.
- Lila Murillo M. Soledad (1994). "Autoconcepto, valores y socialización: Un estudio intercultural". En. <http://www.mcu.es/TESEO/>. Consultado el [04 de septiembre de 2001].
- Llinares Insa Lucia Isasti. (1998). "La configuración del autoconcepto y los valores en el contexto familiar. Un estudio de su socialización en la adolescencia." En <http://www.mcu.es/TESEO/BRSCGI?CMD=VERDC&BASE=TSEO&DOCN=000069360>. Consultado el [04 de septiembre de 2001].
- Macin Ocampo Martha. (2000). "Estimaciones generales del aborto" Tesis Doctoral.
- Martínez Pérez, Carballo López. (2000). "Autoconcepto en la Integración escolar de alumnos ciegos o deficientes visuales" En. <http://www.mcu.es.teseo.html>. Consultado el [30 de septiembre de 2001]
- Miguel Simón. (1999). "Diccionario de la mujer". Secretaria de Salud. Mexicana Ediciones. páginas 271.
- Matienzo Jorge. (2001) "El perdón entre los hermanos". En <http://www.ungidos.com/est/01.html>. Consultado el [04 de septiembre de 2002].

- Mora Guevara Edwin (s/a) . "Espiritualidad: espacio para propiciar el perdón" En. Red de liturgia y Educación cristiana. Consultado el [04 de septiembre de 2002]
- Morales, C. (2001). "El yo según Karen Horney y Carl Rogers". En http://www.udec.cl/~clbustos/a.../index.php?texto=hor_rog_yo.htm. Consultado el [31 de mayo de 2002].
- Muñiz Campos Alejandro (1999). "El autoconcepto actual y que debe de ser en niños de primaria" . Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNAM.
- Mc. Mullan Harry. (1998). "Cuando las cosas van mal. Cuando nos sentimos culpables". En <http://ellibro.org/documents/lascosas3.htm>. Consultado el [25 de marzo de 2002].
- Orrade Olaverri. (1991). "Inteligencia limitrofe, retraso escolar y autoconcepto: posibilidades de las técnicas de entrenamiento cognitivo". En. <http://www.mcu.es.teseo.html>. Consultado el [30 de septiembre de 2001]
- Quijada Yanet y Carolina I. (1998). "El yo ideal y el yo real, según Karen Horney". En <http://www.udec.cl/~clbustos/apsique/pers/horyi.html>. Consultado el [29 de mayo de 2002].
- Richard D. Gross.(1994) "Psicología la ciencia de la mente y conducta". Editorial manual moderno México D. F. 1994 paginas 884.
- Romero Aguirre Javier. (2002). "Las siete palabras. Como disminuir el Dolor y el Sufrimiento. Un modelo cristiano". Editorial. LESA. Primera edición marzo Pp. 261.
- Romero Aguirre Javier (1999) . "Culpabilidad y Pecado". En <http://www.unam.mx/rompan/26/rf> Consultado el [10 de septiembre de 2002].
- Rue Vicent y Stanford. (s/a). "El Trauma de un aborto inducido: Controversia, diagnóstico y reconciliación" En <http://www.vidahumana.org/vidafam/aborto-inducido.html>. Consultado el [04 de julio de 2002].
- Valdez José Luis. (1990) El autoconcepto del mexicano. Tesis doctoral. UNAM. Facultad de Psicología México Pág. 205.
- Valderrama Hernández. (2001). "Teoría de Harry S. Sullivan". En <http://www.psiquiatria.com/articulos/historia/3380>. Consultado el [31 de mayo de 2002]

- Zabalegui Luis. (1997). ¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa Editorial desclée de Brouwer, S. A., Paginas 212.
- Zabalza Beraza Miguel Ángel.(1978) "La integración psíquica del muchacho inadaptado El autoconcepto". En: <http://www.mcu.es.TESEO/BRSCGI?CMD=VERDC&BASE=TSEO&DOCN=00003354>. Consultado el [29 de agosto de 2001]
- Zulaica Isasti Luis M. (1998). "Educación física y autoconcepto. Análisis correlacional y eficacia en la mejora del autoconcepto físico de un programa de intervención". En <http://www.mcu.es.TESEO/BRSCGI?CMD=VERDC&BASE=TSEO&DOCN=0000704>
- "Estadísticas del Sistema Nacional de Salud." En <http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/privada/med6.htm>. Consultado el [30 de mayo de 2002].

MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESCALA SC-35
ESCALA PARA MEDIR EL SENTIMIENTO DE CULPA



INSTRUCCIONES:

Lea las frases siguientes y compruebe si, en su caso, es verdadero o falso lo que la frase. Puede matizar la respuesta marcando con una X la expresión que mejor responda a lo que opina de sí mismo.

	Totalmente Falso	Más bien falso	Más bien verdadero	Totalmente Verdadero
1. No me preocupa nada lo que otras gentes (por ejemplo, mis vecinos, mis padres), pueden pensar de mis acciones.				
2. En ocasiones de gran felicidad, me asalta la duda de estar gozando de algo que no merezco.				
3. No merezco tener gente que me quiera.				
4. Cuando cometo algún error, por pequeño que sea, me lo paso muy mal.				
5. Cuando me acusan injustamente, me sigue atormentando la duda de que quizás tengan razón.				
6. Me sentiría feliz arreglar de alguna manera el mal que he hecho.				
7. A lo largo de mi vida he tenido muchas meteduras de pata que me pesan lo indecible.				
8. Cuando me dicen que un superior quiere hablar conmigo, me siento mal y comienzo a temer que habré hecho algo mal.				
9. Hay cosas en mi pasado de las que no quiero ni acordarme.				
10. A veces me quedo perplejo viendo como la gente es tan inconsciente de sus acciones, siendo así que yo me preocupo de continuo por las mismas.				
11. No sé por qué, pero el sexo sigue siendo para mí algo no limpio.				
12. Cuando tengo que recibir cuidados de otras personas, me siento culpable.				
13. Cuando pierdo un amigo, pienso: "ya habré metido otra vez la pata".				
14. Tengo la sensación de "romper" todo aquello que toco.				
15. Cuando no me doy a conocer como realmente soy, me queda la sensación de haber engañado a los demás.				
16. Me moriría de vergüenza si tuviera				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- que ser encarcelado.
17. Hay acciones que dejan manchado por mucho tiempo.
 18. No es extraño que mis amigos me olviden.
 19. La causa de mis fracasos esta en mi mismo.
 20. Cuando noto que un amigo me habla con frialdad, empiezo a pensar que le habre podido hacer yo.
 21. Si pudiera limpiar me de toda culpa, me quitaría un peso de encima.
 22. La mayor felicidad es comportarse correctamente
 23. A veces me siento culpable por acontecimientos o desgracias en los que objetivamente no estoy implicado.
 24. Echo de menos la inocencia que tenia cuando era niño.
 25. Hay muchas cosas que la gente piensa que están bien, pero yo siento en mi interior que conmigo no van.
 26. Temo que me ocurran desgracias, aunque no he hecho nada malo.
 27. En alguna ocasión me han venido ganas de escupirme cuando me miraba al espejo.
 28. Cuando tengo éxito en algo me queda la sospecha de no merecerlo.
 29. Siento un peso cuando me pongo a pensar en mi padre.
 30. Comprendo y justifico fácilmente a los demás. Sin embargo, a mi mismo no me perdono una.
 31. No me siento peor que la mayoría.
 32. Cada vez que me sale algo mal pienso que cada uno recibe lo que merece.
 33. Es imperdonable por mi parte no corresponder a aquellos que me quieren.
 34. A veces he sentido asco de mi mismo.
 35. Hay pensamientos y deseos que te infectan como si fueran un foco de suciedad.

Fuente: Una escala para medir la culpa, Luis Zabalegui (1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESCALA PARA MEDIR AUTOCONCEPTO**



El autoconcepto es una temática que ha ido adquiriendo relevancia desde la perspectiva psicosocial, especialmente en el ámbito educativo, por que es en el proceso enseñanza aprendizaje en donde las interacciones están perfiladas por aspectos como el "sí mismo" de los involucrados en dicho proceso

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de palabras que usaras para describirte tomando en consideración que, entre mas grande y mas cerca de la palabra se encuentre el cuadro, indica que tiene mas de esa característica



En el ejemplo puedes ver que hay siete cuadros después de flaco; debe marcar con una X sobre el cuadro que le represente mejor. Si marca el cuadro más grande esto indica que tiene mucho de esta característica. Si marca el cuadro más pequeño; esto indica que esta característica no le describe. El espacio que se encuentra exactamente a la mitad de las dos palabras indica que no tiene ni mucho ni poco de la característica que se menciona. El resto de los espacios indican diferentes grados de la característica, utilice estos espacios para encontrar el punto adecuado para su propia persona.

Sus respuestas son totalmente anónimas y confidenciales recuerde que debe responder "COMO ES SIEMPRE, NO COMO LE GUSTARIA SER".

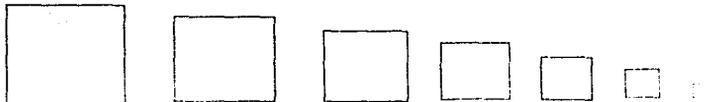
YO SOY

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ATENTA



DECENTE



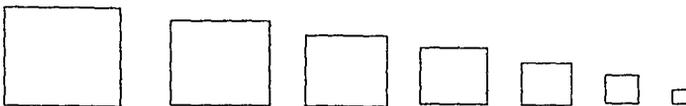
ENVIDIOSA



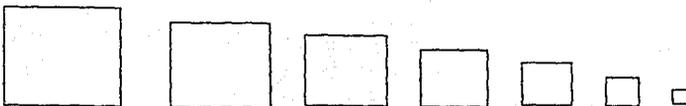
MIEDOSA



NOBLE



ROMANTICA



APROVECHADA



AVORAZADA



AMOROSA



204

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MENTIROSA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

OBEDIENTE

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

EMPREDEDORA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RELAJADA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ASTUTA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LLORONA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RESPETUOSA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

205

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AMBICIOSA



COMPETITIVA



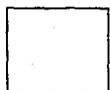
COBARDE



COMPENSIVA



LEAL



SERENA

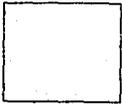
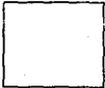
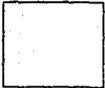
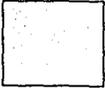
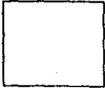


TRATABLE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AUDAZ							
SENSIBLE							
CORTÉS							
LIMPIA							
SENCILLA							
CAPAZ							
ALTANERA							

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOLERANTE

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ARROGANTE

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DECIDIDA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CORRUPTA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CÁLIDA

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

SOCIABLE

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

EMOCIONAL

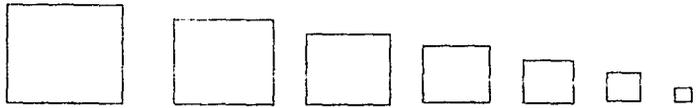
<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

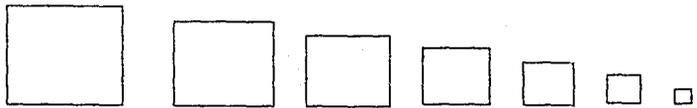
DEJADA



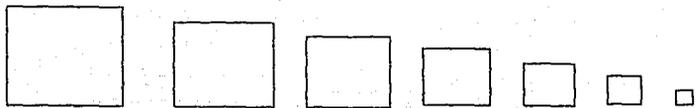
CALMADA



BONDADOSA



ESTABLE



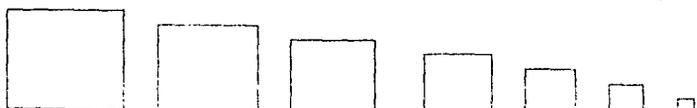
ORDENADA



TIERNA



OPTIMISTA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GENEROSA	<input type="checkbox"/>						
PACÍFICA	<input type="checkbox"/>						
SINCERA	<input type="checkbox"/>						
TRABAJADORA	<input type="checkbox"/>						
ABUSIVA	<input type="checkbox"/>						
AFECTUOSA	<input type="checkbox"/>						
INESTABLE	<input type="checkbox"/>						

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SENTIMENTAL	<input type="checkbox"/>						
TRANQUILA	<input type="checkbox"/>						
COMPETENTE	<input type="checkbox"/>						
VALIENTE	<input type="checkbox"/>						
PREOCUPONA	<input type="checkbox"/>						
CARIÑOSA	<input type="checkbox"/>						
EDUCADA	<input type="checkbox"/>						

CUMPLIDA

--	--	--	--	--	--	--

Sexo: F M

Edad: _____ (años)

Estado civil:

Máximo grado de estudio de la persona que mantiene la casa en la que vive.

Ocupación de la persona que mantiene la casa en la que vive:

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de evaluación del autoconcepto realizado por Rolando Díaz Loving.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN