

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“ASERTIVIDAD Y AUTOESTIMA EN LA MUJER ESTÉRIL”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MÓNICA AGUILAR TREJO

DIRECTOR: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Universidad Nacional Autónoma de México por ser y seguir siendo la máxima casa de estudios.

Instituto Nacional de Perinatología por las facilidades prestadas para este trabajo.

Departamento de Psicología por darme la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en mi formación profesional. Aprendí, sufrí y disfruté mi estancia.

A mi director Dr. Francisco Morales Carmona por permitirme concluir, siempre en su mejor disposición sin emitir juicios; gracias.

A mi maestro, asesor y amigo Maestro Jorge Carreño Meléndez por la enorme, enorme, enorme paciencia ante las adversidades personales, sin tu ayuda no habría sido posible la terminación de este trabajo y... a pesar de todo terminé. Gracias por la confianza.

Agradezco con todo lo que implica esta palabra y más, con letras mayúsculas a mis abuelos Ana María y Rafael (q.e.p.d.) por adquirir la responsabilidad de mi persona a una edad tardía, dando todo lo que pudieron; por darme elementos para la vida y por hacerme lo que soy, los amo. Anny terminé la licenciatura.

Dedico especialmente esta tesis a mis hijos Diego y Sofía por ser lo más maravilloso de mi vida, por ser parte de este proyecto y por impulsarme a crecer cada día más junto con ellos, los amo y los amaré siempre. Para ti Dieguis Dieguis y para ti Chefos Chefos.

A ti Aarón Cruz Saldaña por ser mi compañero, mi pareja y porque sin ti esto no sería posible, te amo y espero que nuestro proyecto de vida juntos siga adelante por muchos años más.

A mis abuelos Pedro y Tere sin ustedes junto con la familia Trejo Cenoz fueron un gran sostén para terminar mi carrera gracias.

A mi amiga Marypaz por haber permanecido a lo largo de todos estos años, por que más que amiga eres como una hermana, por todos los momentos compartidos: alegría, tristeza, frustración, crecimiento...pero sobre todo un gran acompañamiento. Mil gracias, te quiero.

A la Dra. Paty Frontana por darme una visión distinta de ser mujer, mostrando que se pueden tener dos papeles a la vez; por tu motivación. Gracias por tu amistad y tu confianza.

A mis amigos que compartí espacio en el aula Angélica, Sandra y Alejandro.

Gracias a las pacientes por su colaboración, amén de lo aprendido a través de la escucha.

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
Introducción.....	2
2. Capítulo 1. Esterilidad.....	5
Antecedentes históricos.....	9
Factores biológicos.....	15
Masculinos.....	15
Femeninos.....	17
Aspectos psicológicos y/o emocionales	18
3. Capítulo 2. Asertividad	30
Definiciones	31
Asertividad y autoestima.....	36
Género y asertividad	37
Asertividad y escolaridad	41
Tipos de asertividad.....	41
Diferenciación de la conducta asertiva	42
4. Capítulo 3. Autoestima	45
Autores y definiciones	45
Enfoque psicoanalítico	51
Enfoque Gestalt	52
Enfoque cognitivo	52
Enfoque conductual	52
Enfoque cognitivo-conductual	53
Género y autoestima	54
5. Método	60
6. Resultados	66
7. Discusión y conclusiones	74
8. Bibliografía	81

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer de qué manera la esterilidad afecta el tipo de asertividad y el grado de autoestima en mujeres que presentan este problema se trate de esterilidad primaria o secundaria. Para su realización se tomó una muestra probabilística de 240 mujeres de entre 20 y 39 años de edad, con una evolución de uno a 12 años a partir del diagnóstico de esterilidad que asisten a la clínica de esterilidad y de reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología. La investigación fue transversal y correlacional; con un diseño no experimental de una sola muestra. Para la obtención de datos se utilizó la Escala multidimensional de asertividad de Rathus y el Inventario de Coopersmith para medir el autoestima. Se aplicó la estadística descriptiva con el fin de conocer variables sociodemográficas de la muestra: edad, número de hijos, clasificación socioeconómica y periodo de evolución del padecimiento. Con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) se hizo una correlación de Pearson entre autoestima y asertividad. El mayor porcentaje obtenido fue para asertividad asertividad en situaciones cotidianas con el 82.5% (198), no asertividad con 12.5% (30) y asertividad indirecta con 5% (12). El resultado de autoestima fue de 30.1% (72) normal, 44.9% (108) alta y finalmente 25.2% (60) autoestima baja. Las mujeres con autoestima normal no presentan asertividad indirecta con una correlación negativa o inversa de $-.337$ con nivel de significancia $.01$, las mujeres con autoestima baja fueron no asertivas, mas no asertivas indirectas; existe una correlación inversa en asertividad indirecta de $-.323$ nivel de significancia $.05$ y la no asertividad con $-.389$ nivel de significancia $.01$. Las mujeres con autoestima alta no fueron asertivas indirectas; existe una correlación inversa con la asertividad indirecta de $-.253$, nivel de significancia $.05$ mas no existe correlación directa con asertividad en situaciones cotidianas. La esterilidad por sí misma no es un evento que condicione el nivel de autoestima ni el tipo de asertividad.

INTRODUCCIÓN

Desde que el ser humano existe, la reproducción ha sido un evento determinante en su vida y se le han asignado diferentes significados a través del tiempo y de la historia. La mayoría enfocados a simbolismos, ideología, cultura; siendo tan significativa la asunción de la paternidad llegándose a considerar como un proceso decisivo para la humanización.

Una característica del éste es la capacidad de decisión y una de ellas es la de tener descendencia, no pensando en la posibilidad de no poder procrear (de manera obligatoria) o por lo menos no tener dificultades para ello, siendo algo “natural”. En las mujeres el papel de ser madre se va introyectando con la propia madre, en juegos y modelos, y con los roles asignados por la misma sociedad.

La incapacidad para procrear no se considera una situación nueva y de manera general podemos hablar de que la mujer ha sido considerada como la única responsable de la esterilidad. En algún momento se llegó a considerar que la esterilidad era una situación de pareja, pero al momento de establecerse las culturas patriarcales fue cuando se concretó el concepto de “mujer estéril”.

Cuando una pareja se encuentra en una situación de esta naturaleza lo enfrenta con sorpresa, negación; entre otra serie de sentimientos, de aquí que no sólo es un trastorno fisiológico ya que también afecta en el ámbito psicológico y social de la pareja y en especial en las mujeres. La pregunta es por qué unas mujeres reaccionan de manera distinta ante un mismo evento siendo que las pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología generalmente con un diagnóstico previo o por lo menos con la incertidumbre de no saber cuál es el motivo por el que no se embarazan se someten a una serie de estudios, muchas veces invasivos hasta la última etapa que es la reproducción asistida y no todas reaccionan de la misma manera, de ahí la importancia de este estudio donde tuvo como objetivo relacionar variables que son significativas para el ser humano en su

interrelación con los otros y consigo mismo como la asertividad y la autoestima esto debido a que la esterilidad de acuerdo con profesionales dedicados a la salud mental puede ser un evento que si bien no tendría por que minar la vida cotidiana de la las parejas o de las mujeres, pacientes que acuden al Instituto Nacional de Perinatología frecuentemente presentan alguna problemática emocional, con esto no quiere decir que la esterilidad por sí misma es la causante de tener un problema psicológico. Hablando de autoestima, si es que ésta es baja se ve impactada por el evento, es decir una persona con una autoestima adecuada sabrá enfrentar un diagnóstico de una manera distinta o más adecuada (Carreño, 2002).

Actualmente la ciencia y la tecnología han avanzado para beneficio de la reproducción sin esto ser determinante para que se logre un embarazo o que por lo menos se lleve a término. Las parejas en el afán de tener un hijo se someten a una serie de tratamientos médicos en los que no hay una garantía real para poder lograr un embarazo, esto dependiendo de los factores existentes, ya sean masculinos, femeninos o ambos.

De acuerdo con diferentes teóricos, las parejas pasan por diferentes síntomas emocionales desde el momento del diagnóstico hasta los diferentes tratamientos. Malhsted (1991) refiere que “tanto el diagnóstico como el o los tratamientos de la esterilidad tienen un profundo impacto en la vida de las personas, ya que es un proceso que invade su cuerpo, su personalidad, su trabajo y su mente”. Hay una variedad de respuestas emocionales como pena, depresión, sentimientos de inadecuación, celos, culpa, ansiedad y enojo, teniendo una relación importante con la autoestima y asertividad. De aquí la importancia de hacer una correlación entre las variables esterilidad, asertividad y autoestima.

Al haber un diagnóstico de esterilidad la respuesta es la que se tendría al tener cualquier enfermedad donde existe una crisis y posteriormente una adaptación sin esto significar un trastorno a su entorno familiar, social, y laboral.

Se realizaron tres capítulos basada en la revisión de estudios realizados por profesionales de la salud principalmente el capítulo 1 es sobre esterilidad y maternidad su enfoque histórico, biológico, psicológico y social, el capítulo 2 aborda el tema de asertividad su concepto, origen, definiciones, su relación con el género y los diferentes tipos de asertividad. En el capítulo 3 se habla sobre autoestima; cómo se desarrolla, definiciones y su relación con el género.

La esterilidad es la variable de clasificación, a partir de ella se realiza la investigación, la autoestima y la asertividad son consideradas como variables de estudio. Para poder hacer la medición de las mismas se utilizaron 2 pruebas: para asertividad se utilizó la prueba de Rathus que fue estandarizada para población mexicana en 1994 mide asertividad en situaciones cotidianas, asertividad indirecta y no asertividad. Para autoestima fue el inventario de Coopersmith traducida y estandarizada en 1993 para población mexicana haciendo la división de autoestima alta, normal y baja.

El capítulo siguiente es el método, presenta el planteamiento del problema, objetivo, justificación, hipótesis, diseño, definición de variables, población, muestra, tipo de estudio, instrumentos y procedimiento. Posteriormente se observan los resultados con las características de la muestra (estadística descriptiva) y la correlación de los datos, finalmente se hizo un análisis de los resultados y se realizó una discusión entre la revisión bibliográfica, donde existe una correlación entre la autoestima y la asertividad con respecto a la esterilidad.

ESTERILIDAD.

La historia de la fertilidad se ha presentado desde que el hombre existe, tomando en cuenta que no hay época de celo en el mismo, por lo que las relaciones sexuales son independientes de la función fisiológica el cual su fin es la necesidad innata de la conservación humana, conjugándose la parte fisiológica, psicológica y cultural, llevando esto a emociones diversas; un ejemplo de lo relevante que ha sido la fertilidad es lo mencionado por Platón donde habla que “la posibilidad de generar concurre a hacer inmortales a los hombres, dejando en pos de sí hijos siendo esta acción capaz de aproximar a los hombres con la divinidad porque les da la facultad de procrear seres semejantes a él” (Moreno R., 2000).

Edgar Morin (1984) (citado en Burin, 1999) considera que la asunción de la paternidad por parte de los homínidos fue un paso decisivo en el proceso de humanización. Durante este proceso, los genitales han tomado un papel significativo por ser los generadores de descendencia dándole un valor religioso teniendo dioses en diferentes culturas como es el caso de la cultura egipcia siendo Osiris su dios de la fertilidad, en algunos pueblos se admira el instinto maternal y se idolatra a su sexo ya que es el origen de las nuevas generaciones de la tribu, en la India tenían un dios Shiva, que además de ser el dios de la destrucción y la muerte también lo es de la fecundidad y la vida.

En un lugar llamado la Ferrasier en Francia se encontraron con santuarios femeninos donde su interpretación es que posiblemente fueron destinados a la invocación o adoración de una diosa de la fertilidad o de una “madre” o “abuela” de determinadas tribus prehistóricas, inclusive diferentes esculturas han hecho énfasis en pechos abultados o pelvis prominentes, como si la feminidad estuviera altamente relacionada con esas formas, éste culto, para la gran mayoría si no es que todas las sociedades prehistóricas, se consideraba como un acto central que era de gran importancia para la supervivencia de todo pueblo, relacionando la

fertilidad de la mujer con la fecundidad de las tierras donde vivían, extendiéndose por todo el mundo hasta nuestros días como en el caso de una pareja que se casan al salir de la iglesia o el juzgado, los participantes del evento se unen en las demostraciones simbólicas de deseos de fecundidad cuando se les arroja arroz (Moreno, 2000).

En tanto a la fertilidad se le ha dado un valor simbólico significativo, a la mujer se le dio una noción de sujeto en calidad de objeto donde debía de ser dominada e incapaz de trascender hacia el orden divino ya que no se le asignaba una “alma”. A partir de la era judeo-cristiana las mujeres fueron consideradas como hembras humanas en su labor reproductora, a diferencia de las que eran glorificadas en su carácter de vírgenes o bien estigmatizadas por su perversa asociación con el sexo y lo demoníaco-pecador. Uno de los ejemplos más antiguos de esto, es el Génesis (texto bíblico) donde pone de manifiesto que la esterilidad es un castigo divino; este pasaje menciona a Sarah, Rebeca y Raquel donde se tornan estériles “al ingresar a una sociedad donde se les asigna el papel de producir descendientes varones” (Burin, 1999), en Sarah su fertilidad se encuentra bajo el dominio del nuevo dios, un dios capaz de dejar que una mujer joven y sana permanezca estéril y otorgar un hijo a una mujer anciana, la generación de nuevos seres humanos depende de la voluntad de un Dios todopoderoso y no del deseo de la mujer.

Durante la era medieval la fecundidad se basaba en el placer, sin éste, no había fecundación, pues la sensación de placer era signo inequívoco de emisión del semen femenino y sin éste no podía producirse la concepción, donde la asincronía de la pareja era causa indirecta de esterilidad (Ussher, 1995) es decir, a la fertilidad se le han dado diversos significados, uno de ellos es la demostración de madurez como adultos, como una forma de perpetuarse o como evidencia de la capacidad sexual (Moreno R., 2000); de este modo la fertilidad se encuentra ampliamente relacionada al igual que el concepto de ser mujer. En este sentido, de acuerdo con Ussher J. (1995) las mujeres (en general) de forma individual están inevitablemente posicionadas hasta el final de su vida por las siguientes

dicotomías: buena o mala, virgen o prostituta, femenina o con una carrera orientada, además de esto ser determinado por su estatus reproductivo, es decir, no puede ser una buena madre y una persona sexual al mismo tiempo (virgen y prostituta) por lo que la sexualidad en las mujeres es peligrosa y amenazante siendo una contradicción con el estereotipo de “buena madre”. Con esto, el cuerpo femenino, la menstruación, embarazo, menopausia o cualquier otro evento reproductivo contribuyen a los estereotipos de la mujer, estereotipos para quienes las juzguen como buenas o malas, sanas o locas. Tanto la reproducción como la menstruación han sido un factor controlador en la vida de las mujeres, esto se ve claramente en la Inglaterra Victoriana donde se llegó a pensar que la educación y el trabajo podrían dañar la función reproductora, definiéndolas también por su estatus reproductivo, su posición en su ciclo vital o el curso de su vida y con esto se enfatiza la idea de que “anatomía es destino”.

Ante esto, Burin M. (1999) menciona que la subjetividad de las mujeres se centraba en el trabajo reproductivo con la convicción social de que entre más hijos se tuvieran, más se autoconfirmaban como sujetos, por que con la maternidad creaban las bases de su posición como sujetos sociales y psíquicos (Spector, 1985) y a la misma reproducción se le ha dado un valor que ha justificado la subyugación de la mujer a través de los siglos en todas las sociedades, llegándose a considerar como el único fin de la misma, y a su vez única responsable de no poder tener descendencia, siendo esto establecido por las culturas patriarcales, concretándose el concepto de “mujer estéril”, teniendo éste un rasgo peyorativo y un dejo de culpabilidad (López de Nava A., 1999) aunque previo al establecimiento de dichas culturas se considerara una situación de pareja el hecho de no poder tener descendencia; pese a este antecedente las normas sociales y preceptos psicológicos de alguna manera se han retrasado en crear y apoyar nuevas definiciones de no feminidad (Spector, 1985).

La manera en que se va conformando la feminidad empieza desde como se visualiza a los órganos sexuales, siendo esto construido por la sociedad,

existiendo ciertas diferencias dependiendo de la cultura a la que se pertenezca, aunque existen valores arraigados de forma general; y dichas construcciones son internalizadas tanto por hombres como mujeres; Ussher (1995) habla de conceptos que se han establecido como son hombre=bueno, mujer=malo en cuanto a la diferencia sexual, esto es que “los niños aprenden a percibir sus genitales como causa de orgullo y placer, mientras que en las niñas se desarrolla un sentido de vergüenza, disgusto o humillación hacia sus genitales”. De acuerdo a lo anterior, esta misma autora también hace mención que lo paradójico es que las mujeres que se conforman rígidamente al modelo de rol femenino así como quienes ambigualmente lo rechazan son propensas a ser clasificadas como psiquiátricamente enfermas siendo algo que difícilmente se puede ignorar . Así la diferencia biológica, específicamente la capacidad para reproducir de las mujeres ha sido una justificante para excluir a la mujer de la educación, un ejemplo claro es en la Inglaterra Victoriana donde se decía que la educación podría dañar la función reproductora, dándoles el título de “especialistas en reproducción”.

El caso de la cultura mexicana, previo a la conquista de México, para la mujer precolombina existía algo que podía afectar profundamente su psicología ya que se identificaba a través de su religión y la madre naturaleza en sus tres aspectos: vida, conservación y muerte. Es decir, al identificarse con el aspecto de Vida-Fertilidad, lo hacía con manifiesto orgullo, pues al tener hijos y muchos, se realizaba su valor ante ella misma, ante el hombre a quien le probaba con esto su efectividad en la cópula, y se aunaba así como las contrapartidas cósmicas de su ser, o sea con las numerosas diosas de la fertilidad que aquellos hombres, con toda su gallardía y valentía aún adoraban. La existencia de la mujer indígena estaba unida subliminalmente de una manera enfática y estrechísima al concepto de mantener la vida, no siendo extraño que en lo personal su inclinación anímica se canalizará hacia la culminación de ese aspecto: ser esposa y madre, y que paradójicamente, aceptará el tremendo sacrificio religioso de sus hijos, puesto que éste se perpetraba supuestamente para la continuidad de la vida misma en un plan más grande que todos ellos, en un plan, pudiera decirse cósmico (Bonifaz de

Novelo, 1978). Retomando la cultura mexicana, como se ha señalado con anterioridad existe un antagonismo entre la satisfacción genital y procreativa, la mujer, poco satisfecha y realizada en su conducta genital, compensa vicariamente la falta de seguridad y apoyo que debiera obtener del compañero en una maternidad exuberante y prolífica, dándole al hijo la protección y apoyo que ella no recibe por parte de su compañero (Ramírez, 1962).

A la llegada de los conquistadores, el enfoque no sufrió modificaciones substanciales con lo que respecta al fin del matrimonio, sin embargo, las leyes fueron más restrictivas en cuanto a la sexualidad, ésta debía ejercerse con fines reproductivos y no tanto como la expresión de una condición biológica y emocional. Estas ideas continuaron a lo largo de 300 años en la sociedad colonial, en donde la iglesia-estado dictaba normas y patrones de conducta para toda la sociedad. La posición económica-familiar y la categoría social imponían las normas que las mujeres asumían, más como un deber voluntariamente aceptado, que como posición externa de amigos y familiares (Gonzalbo, 1985). Con esto, para finales del siglo XVI en la Nueva España los papeles adjudicados tanto para hombres como para mujeres ya se encontraban bien definidos, esto en parte establecido en base a conceptos religiosos producto de siglos de evolución.

Parte de la identidad genérica se aprende en función de cómo se transmiten los momentos críticos del ciclo de vida (Del Valle, 1993) esto es que así como la reproducción y la fertilidad han tomado un papel fundamental en la historia del hombre y de la mujer como parte importante en este proceso; la historia del arte y la investigación prehistórica, también se ha manifestado un interés en el evento contrario, la infertilidad. El hecho de no poder procrear, o tener un deterioro reproductivo, afecta de manera significativa a las mujeres en su sentido de competencia y feminidad; el ser biológicamente “imperfecta” demanda un nuevo significado de ser mujer (Spector 1985, Ussher, 1995). A la mujer se le introyecta el papel de madre (Carreño, 2000; Langer, citada en Ramírez, 1962) ya que las niñas desarrollan una “identificación personal” con la misma, entrelazando

procesos afectivos y de aprendizaje del rol por medio de juegos y modelos; de acuerdo con esto, las niñas se identifican con ser madres, es decir, las niñas interiorizan roles más bien interpersonales, familiares, reproductivos, pertinentes a los lazos personales y afectivos (Burin,1999) lo cual es reforzado a lo largo de su desarrollo, considerándose el principal definidor de las mujeres (Chodorow, 1984). De alguna manera a la mujer en particular se le ha definido en función de la que ésta podría proporcionar al hombre o a los hijos, no partiendo de sus propias necesidades o deseos. El placer de ser madre y ser hijo, se convierte en un vínculo impuesto, en una exigencia no modificable contribuyendo la sociedad en todas sus expresiones (Videla, 1990).

De acuerdo con Burin (1999) el rol femenino tuvo un cambio significativo hacia el siglo XVIII a partir de la revolución industrial donde el entorno de las mujeres se redujo y perdió perspectivas: la crianza de los hijos, tareas domésticas y lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en su “ámbito natural”, en la medida que la función materna quedó más disociada de otras actividades que desempeñaba, también se volvió más aislada y excluyente y de esa manera se va construyendo un tipo de ideal social y maternal que las mujeres interiorizan en su subjetividad. El trabajo maternal se rige con leyes de intercambio afectivo estrecho por las relaciones íntimas y personales, considerado como amor, por lo que se va haciendo una deuda de gratitud que solo se puede saldar creando a otro sujeto.

La necesidad de perpetuar la especie como concepto está altamente relacionado con un punto de vista religioso, fue la preparación para introducirse como una influencia social la cual fue tomando una influencia a través de la cultura, siendo una ideología hasta mediados del siglo XX, siendo esto transmitido de generación en generación, al reproducirse no sólo se reproducen seres humanos, también formas de pensar, actuar, costumbres, tradiciones, valores morales y religiosos, en fin la cultura (Villafuerte, 1991)

Con lo anterior, podemos ver que el origen de la “necesidad” maternal se encuentra matizado por la parte cultural, así, mostrándose en cada uno de los individuos como representaciones psicológicas donde el origen de sus deseos no son meramente individuales, aunque no se sabe a ciencia cierta cual es el origen de sus deseos. Estas ideas pasaron de generación en generación estableciéndose un consenso y, desde luego una ideología directiva de una sociedad.

Para finales del siglo XIX y principios del XX con el desarrollo del psicoanálisis se empezó a darle la importancia a las dulzuras de la maternidad y como es que los padres se consideraban parte de la felicidad o desdicha de los hijos.

Marie Langer (citado en Meler, 1999) habla de que en “todas las mujeres hay tendencias hacia un instinto maternal, cuyo inadecuado procesamiento sería el origen de padecimientos neuróticos”, también afirma que todos los rasgos de personalidad se encuentran débilmente relacionados o unidos al sexo, como la vestimenta, maneras o formas de peinarse; para ella en el caso de que una mujer se encuentre en una sociedad anti-maternal y anti-instintiva sufrirá conflictos debido al desacuerdo que le marca la sociedad contra su propio sexo. Desde su particular punto de vista menciona que la forma de tratar a estas mujeres es mediante un proceso de sublimación de sus mociones pulsionales insatisfechas, a fin de que pudieran transformarlas en creaciones simbólicas acordes con los nuevos roles femeninos, y encontraran satisfacción adecuada a través de esta vía, esto es, que la mujer sin hijos logrará la felicidad siempre y cuando encuentre una forma de vida que le permita sublimar su instinto maternal. Burin (1999), refiere que muchas mujeres se relacionan compulsivamente en un vínculo amoroso que hace que eviten el desarrollo de su propio crecimiento, evitando esos desafíos existenciales, debido a una ideología ancestral depositando la gestión de sus propias vidas a otros. En este sentido, la mujer se encontraba fuertemente subordinada al marido, y su estatuto era comparable al de un hijo más, Rousseau (personaje histórico), concebía a las mujeres como seres cuyo destino en la vida era complacer a los hombres.

También quien mencionó algo que va en este mismo sentido, fue Sigmund Freud hablando de que “la desaparición del periodo de celo despertó en los machos humanos la necesidad de conservar junto a sí a la hembra o las hembras elegidas y que, a su vez, la hembra se mantuvo junto al macho debido a su necesidad de protección para sí misma y sus hijos” , al no haber época de celo, la pareja humana se debe encontrar en disposición de mantener relaciones sexuales independientemente de lo que su fisiología interna marque, esto es a la satisfacción de un deseo innato de la conservación de la especie, conformándose la parte fisiológica, psicológica y cultural donde todos se combinan con ese “instinto de procreación” (Moreno, 2000).

Existe una frase dada que es “soy novia, seré esposa y madre” todo lo demás pasando a segundo término (Del Valle, 1993). Chodorow (1984) pone en evidencia sus preceptos acerca de la existencia de un sustrato biológico para el ejercicio exclusivo de la parentalidad por parte de las mujeres, como parte significativa, este sustrato psicológico da lugar a situaciones complejas de diferentes necesidades, afectos, amores, pasiones, odios y celos.

Para las parejas que se unen, aún en la modernidad su finalidad de dicha alianza es la reproducción. El triángulo presentado en una familia con ambos progenitores es un factor decisivo, ya que las mujeres se sienten más felices cuando tienen hijos ya que les permite revivir su afectividad temprana, donde ambos padres eran amados aunque de distinto modo.

El inicio de la maternidad, en el contexto actual en que se idealiza esta condición, constituye generalmente una circunstancia enaltecedora de la autoestima para las mujeres, más allá de la relación conyugal y de la disposición o la habilidad que esa mujer tenga para la función de la crianza (Chodorow, 1984). Inclusive para las mujeres que se encuentran subjetivadas en un estilo masculino en cuanto al trabajo, aún conservan el ideal de ser esposas y madres como una representación fuertemente investida dentro de su sistema de ideales propuestos para el yo

(Meler, 1999) se enfrentan entonces a la dificultad de hacer compatibles sus diversos deseos, y éste obstáculo es a la vez subjetivo y objetivo. Las mujeres comienzan a desear un hijo sobre la base del deseo de ser madre.

De acuerdo con Freud, “el deseo femenino de tener un hijo es así heredero de la aspiración fálica de tener un pene”. Por tanto, éste deseo tiene un origen preedípico y se asienta en la identificación de los niños de ambos sexos con su madre. De acuerdo al modelo freudiano, este deseo de un hijo evoluciona en las niñas desde el hijo visto como una posesión entre la madre y la hija, hasta la comprensión del vínculo sexual y de la participación del padre en la fecundación. En este sentido, Karen Horney (citado en Ramírez, 1962) no estaba totalmente de acuerdo con él, para ella, si bien la niña “aparentaba desconocer su vagina y reclamaba un pene concentrando su sensibilidad genital en el clítoris, esto se debía a que desde esta posición podía negar sus tempranas experiencias vaginales cargadas de culpa, angustia y temor”. A su vez Melanie Klein menciona que “las tendencias receptivas tempranas, presentes en la mujer, la llevan a una mayor introyección de los padres lo que trae aparejado, a diferencia de lo señalado por Freud, la creación de un superyó o conciencia moral más intensa que de el varón”.

Según Silvia Tubert (1991) el deseo de ser madre consiste en un “deseo narcisista, focalizado en el despliegue de la capacidad corporal de embarazarse, parir, amamantar, y en la confirmación social del rol materno”. Este proceso subjetivo puede darse en un contexto que, como hemos visto, a partir de la modernidad idealiza la maternidad. Es distinto el deseo de criar a un hijo ya que implica una mayor madurez personal y el establecimiento de cierta capacidad de donación. Inclusive Meler, (1999) refiere que la reproducción generacional es, como la denominación indica, una tarea que compete a cada generación, la cual debe crear condiciones para que la sociedad como tal siga existiendo. Pareciera que tener un hijo, es dar “sentido” a la vida, los padres encuentran su lugar en el

orden genealógico y perpetúan la vida que se les dio, pagando así una deuda (Cabau,1997).

Para Fromm (1990), desde una postura psicodinámica y sociocultural habla de que si bien con frecuencia aparecen las motivaciones anteriormente descritas no son tan importantes y universales como la necesidad de trascender, la cual describe como una de las necesidades básicas del hombre, arraigado en su autoconciencia en el hecho de no sentirse complacido en su papel de ser creado, necesita sentirse creador y así trascender. Sumado a esto, en una investigación de Lalos y Lalos (1985) las mujeres manifiestan sus deseos de inmortalidad a través de sus hijos.

Parece que como la procreación es algo natural, el embarazo como fenómeno fisiológico y biológico debe corresponder a una actitud maternal “instintiva” como son los lazos de amor inmediatos, sintiendo placer inmediato por el simple hecho del embarazo, descartando la ambivalencia de emociones que también se presentan en él. En la actualidad los medios de comunicación forman un papel significativo por la difusión de imágenes idealizadas de la mujer como madre.

El concepto de esterilidad desde un punto de vista médico se considera como la “incapacidad de concebir en las mujeres con pareja, relaciones sexuales frecuentes, sin control contraceptivo, en exposición por un lapso mínimo de un año” (criterios del Instituto Nacional de Perinatología, 1992). Se consideran dos tipos de esterilidad: esterilidad primaria y esterilidad secundaria; la distinción entre esterilidad primaria considerada como la inhabilidad para concebir el primer hijo es decir, que nunca se ha logrado un embarazo y la esterilidad secundaria considerada como la inhabilidad para concebir después de un hijo vivo o embarazos previos (Gibson and Myers, 2000; Pérez Peña, 1997).

Una definición más es la de Blackwell es “la ausencia de concepción en una pareja estable, con relaciones sexuales vaginales frecuentes, sin uso de

anticonceptivos y expuesta un embarazo por un periodo mayor de un año” (Castelazo, 1999).

La Organización Mundial de la Salud ha tomado a la infertilidad como un problema donde se ha visto un incremento significativo en la población mundial. El concepto o definición de salud es “el estado físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. De este modo debido a la importancia de la salud reproductiva se le ha asignado una definición considerada como “una condición en la cual el proceso reproductivo es logrado en un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o desorden en el proceso reproductor”. Tomando en cuenta la definición anterior la pareja estéril se encuentra en una condición que deteriora su salud reproductiva, siendo la esterilidad un problema de salud mundial, teniendo un componente económico importante. Existen diferentes causas para que se de una situación de esterilidad lo cual varía de acuerdo a la población que se trate; en ocasiones se puede considerar una esterilidad mixta por la combinación de ambos factores, tanto los factores masculinos como femeninos (Sciarra, 1994).

Factores Biológicos

Factores masculinos

Existen estimaciones ampliamente variables acerca del papel que desempeña el factor masculino en la esterilidad 25-50% (Yen ,1997). El análisis de semen continúa siendo el método comúnmente aceptado para evaluar el factor masculino. Sin embargo su valor se ve afectado por la variabilidad de la calidad de semen en las pruebas repetidas del mismo individuo a través del tiempo y por la variación de resultados del análisis del semen incluso si es efectuado por el mismo observador con la misma muestra. El punto decisivo del límite normal inferior del recuento de los espermatozoides ha variado según la autoridad en la materia de 10 millones/ml. a 60 millones/ml. Además, incluso si se emplea la cifra comúnmente aceptada de 20 millones/ml. como punto normal inferior entre el 20 y

25% de los hombres no tratados con recuentos por debajo de esa cifra pueden tener un hijo.

Por otra parte, cierto número de hombres con análisis normales pueden no tener hijos con una pareja normal. La información observada debe de ser manejada con cuidado ya que es delicado dar un diagnóstico de esterilidad ante una sola muestra de semen, a menos de existir una ausencia total de espermatozoides.

Si es que los análisis repetidos continúan siendo anormales se puede hacer un interrogatorio para descubrir factores etiológicos, tales como:

Antecedentes de lesión testicular; cirugía (en especial cirugía inguinal) o parotiditis.

Exposición de los testículos a temperaturas aumentadas por enfermedades febriles o causas ambientales de aumento de calor, como el uso de suspensores, baños de inmersión en agua caliente o saunas, que pueden reducir el potencial de fertilidad.

El uso de la marihuana y nicotina, que se ha demostrado que deprimen la calidad y la cantidad de los espermatozoides. El uso de algunos fármacos, el uso de esteroides androgénicos por parte de atletas jóvenes también reduce la espermatogénesis.

Reacciones alérgicas severas recientes.

- La exposición a contaminantes industriales o ambientales (deben evaluarse estas exposiciones).
- Eyaculación retrógrada hacia la vejiga (se hace un sondeo de la vejiga posterior a la eyaculación).

- La ausencia u obstrucción congénitas de conductos deferentes.
- Los trastornos endócrinos son una causa poco común de infertilidad masculina.

Varicocele.

La varicocele es la turtuosidad o la dilatación anormales de una de las venas del plexo pampiniforme del cordón espermático. Su efecto puede ser el aumento de la temperatura testicular y por lo tanto la interferencia en la producción de espermatozoides. Entre el 10 y 15% de la población masculina general tienen un varicocele, y su prevalencia en hombres infértiles es del 25%.

Anticuerpos contra los espermatozoides.

Es probable que la prevalencia de la esterilidad inmunológica sea menor del 10% y todavía no se haya el tratamiento más efectivo.

Factores femeninos:

En el factor metabólico y endócrino se debe de observar la constitución general, cambios de peso, obesidad, desnutrición, galactorrea, diabetes, alteraciones tiroideas, datos de patología endócrina diversa, etc., esto con el fin de determinar la posible existencia de algún factor que este afectando el área reproductiva.

En el funcionamiento ovárico se cuestiona sobre trastornos de la ovulación, es decir, la anovulación o la oligoanovulación severa, que son responsables del 15% de todos los problemas de esterilidad. En los casos de oligoanovulación, aún

cuando se produzca la ovulación, su relativa falta de frecuencia reduce las posibilidades de embarazo en la mujer.

En el factor tuboperitoneal, la esterilidad se puede deber a antecedentes de enfermedad inflamatoria pelviana, uso de dispositivo intrauterino, rotura del apéndice; lo cual podría indicar una posible lesión tubárica. Dentro de este factor se encuentra la endometriosis. La bacteria más comúnmente transmitida sexualmente que causa enfermedad de infección pélvica es la chlamydia trachomatis y el gonococos, neisseria gonorrhoea, los cuales pueden dañar hasta llegar a la esterilidad provocando obstrucción tubárica o adhesiones pélvicas, llegando a provocar un embarazo ectópico, se ha investigado y corroborado que la infección pélvica es la causa principal de esterilidad primaria como secundaria (Sciarra, 1994).

En el factor cervical, se encuentra la ausencia de datos de moco filante preovulatorio, cervicitis, electrofulguraciones o criocirugías cervicales, legrados uterinos, laceraciones cervicales.

En una población mexicana se encontró que el factor endócrino ovárico alterado fue el más frecuente (82.7%) seguido del factor cervical (80%) el factor masculino un (38%) y el factor tuboperitoneal (29%). Siendo multifactorial las causas en la población estudiada (Vite, 2005).

Aspectos psicológicos y/o emocionales.

Al haber un diagnóstico de esterilidad se ven reflejadas una serie de emociones incluídas desde el momento de decidir el momento de tener un hijo (Rojo-Moreno y Valdemoro, 1996). Las parejas experimentan una serie de cambios psicológicos y sociales por toda la carga cultural existente ante una situación de esterilidad; empezando por que las parejas en ningún momento piensan en la posibilidad de no poder tener descendencia (de manera obligatoria) pasando por una serie de

fantasías previas antes de consultar con un especialista, inclusive, de acuerdo con Berg B. J. y Wilson J. F. (1991) desde las mismas pruebas para el diagnóstico, el estrés provocado por las mismas y posteriormente los tratamientos. El padecer problemas de fertilidad trae una carga significativa de estrés (Glover, 1999). Sumando a esto se genera frustración al ver pasar el tiempo y no obtener frutos provocando problemas psicosexuales en la pareja (González, 2002).

El “no funcionar adecuadamente” para engendrar un hijo constituye un golpe narcisístico para cada miembro de la pareja, entendiendo narcisismo como el amor hacia uno mismo, derivado de las pulsiones de autoconservación del yo, siendo parte fundamental de la personalidad, viviéndose el cuerpo de esa manera, como defectuoso (Abbey A, Andrews F., 1992) independientemente del atractivo físico o capacidad (Pérez, 1997). La presencia de fallas en la estructura narcisista de la personalidad donde existen sentimientos de vacío, cuestionamientos sobre su identidad, percibiéndose como una pérdida de la misma, (Gibson y Myers, 2000) donde habiendo una falta de autoestima se acentúan en momentos críticos de la vida, en este caso, la esterilidad; pretendiendo que el “hijo imaginario” cubra esas fallas (Arranz et. al., 2001). La identidad de género tomada a través de un hijo y de ese modo sentirse mujer u hombre trae conflictos importantes a nivel intrapsíquico y en sus relaciones interpersonales. Ferró (1991) menciona que la identidad de género puede desarrollarse en un sentido mucho más amplio, en el que el ideal del yo tenga que ver con diferentes cosas de la maternidad y con respecto a una gran cantidad de roles, no solamente el ser madre como único sentido de ser mujer.

El impacto psicológico en la esterilidad ha sido bien documentado en las tres últimas décadas. Diversos estudios han mostrado que la experiencia de la esterilidad causa ansiedad, “angustia” sexual y depresión en mujeres lo cual puede tener un impacto adverso en la relación de pareja (Caruso, Greenfeld, 2000).

Spector (1985) menciona que los efectos de juicios psicológicos de quienes culpan a las mujeres por ser infértiles, persisten dentro del conciencia colectivo, pese a la aguda reducción de diagnósticos psicológicos como se observa en el caso del Génesis donde la infertilidad se considera como un castigo divino (Burin, 1999, Pérez, 1997) socialmente en muchas circunstancias si la mujer no cumple las expectativas creadas por la misma sociedad y asumidas de forma “natural” por ella misma trae consigo una gran carga de culpa (Del Valle, 1993), conllevando esto, a una falta de valía o merecimientos donde se llega a aislar a las parejas, tenerles lástima o simplemente no saben como abordar el tema.

Imenson y McMurray (1996) mencionan que la esencia de la experiencia de la esterilidad se concreta en cuatro temas: cambios de vida, pérdida de poder, el ciclo de esperanza y desilusión y el aislamiento social teniendo dificultades para tratar el tema de la infertilidad a nivel social. Observó que en su estudio las parejas centran su vida alrededor de tener un hijo dejando a un lado su vida personal, laboral, de pareja y todos sus planes a corto y largo plazo en función de lograr un embarazo.

El impacto psicológico de la esterilidad ha sido estudiado en las tres últimas décadas (Carusso, 2000). Malhsted (1991) refiere que “tanto el diagnóstico como el o los tratamientos de la esterilidad tienen un profundo impacto en la vida de las personas, ya que es un proceso que invade su cuerpo, su personalidad, su trabajo y su mente”. De aquí la importancia que la esterilidad femenina no puede considerarse como un trastorno meramente fisiológico ya que afecta de forma significativa el ámbito social y psicológico de las mujeres que la presentan. El interés por la reproducción marca la forma de cómo la sociedad contempla y ordena asignando los supuestos papeles “naturales” (Lamas, 1994). Muchas mujeres refieren que “tener un hijo” constituye un punto de especial importancia, “emocionalmente cercano” (Rojo-Moreno y Vademoro, 1996). Diversos estudios han mostrado que la experiencia de la esterilidad causa ansiedad, “angustia”

sexual y depresión en mujeres lo cual puede tener un impacto adverso en la relación de pareja.

Nuevamente Imenson y McMurray (1996) encontraron que las pacientes con esterilidad reportan sentimientos de aislamiento social, aunado a las dificultades que conlleva el tener que tratar con las respuestas inadecuadas de los demás. En cuanto a su estilo de vida las parejas centran su vida alrededor de tener un hijo, dejando a un lado su vida laboral, familiar, incluyendo de pareja, los planes a corto y largo plazo se encuentran en función de lograr un embarazo. Las parejas se encuentran altamente motivadas para ser padres, el tratamiento de infertilidad es de primordial importancia, hacen cambios en su estilo de vida en función de esto.

En cuanto a cambios físicos las mujeres en particular describen más transformaciones en sus cuerpos, en su imagen corporal, autoconcepto y el buen estado emocional en general. Tanto los hombres como las mujeres expresan una variedad de respuestas emocionales como pena, depresión, sentimientos de inadecuación, celos, culpa, ansiedad (Carreño y Morales, 1997; Domar y Cloop, 2000) y enojo. En cuanto a diferencias sexuales “las mujeres manifiestan una mayor tendencia expresar sentimientos de culpa que los varones” algunas mujeres hablan de celos como parte importante de su respuesta emocional. La culpa como parte fundamental en el caso de las mujeres, estos sentimientos, están asociados principalmente con las vivencias del cuerpo y con todo lo que afecta a la experiencia con respecto a la sexualidad, debido a esta situación o en otras circunstancias existe una gran carga de culpa si la mujer no responde a las expectativas creadas socialmente y asumidas de forma “natural” por ella misma (Del Valle, 1993).

El sentimiento de culpa va hacia la no representación de valía que tiene la persona, “condicionando la pérdida de la autoestima” (Morales y Carreño, 1999; Wright, Bissantte, 1991). Pottinger A. et. al. (2006) por su parte, hace mención que

las mujeres presentaron mayor sentimiento de culpa lo que resulta en baja autoestima y aumento de angustia.

En el estudio de Imenson y McMurray (1996) las parejas refieren que sufren un cambio en sus relaciones interpersonales. Sus relaciones sexuales las perciben como dominadas por un calendario y monitoreadas. Se vuelve una situación mecánica con el fin único de procrear dejando a un lado la relación de pareja. Dhillon (2000) refiere que la respuesta del hombre con respecto a la esterilidad cambia de acuerdo al diagnóstico, ya que el hombre experimenta una mayor carga de estrés cuando la causa identificable de la esterilidad tiene que ver con algún factor masculino, pese a la carga de estrés mencionada a los hombres les es más difícil expresar sus sentimientos.

Carreño y Morales (1997) hacen mención de que la esterilidad se le ha llegado a considerar como una experiencia tanto o más estresante que la pérdida de un familiar, un amigo o bien, el divorcio. Algunas personas refieren esta situación como una “muerte en vida” (Pérez, 1997). Un diagnóstico de esterilidad estimula sentimientos de pérdida como se mencionó con anterioridad, pérdida de una meta, de la experiencia del embarazo, fertilidad, identidad personal y sexual, de control personal, salud, confianza, de la cercanía en la pareja, amigos y familia conllevando esto a sentimientos de tristeza, frustración, inferioridad, soledad, miedo, sorpresa, desorganización, fatiga, baja autoestima, vergüenza, sentimientos similares a las de un duelo por muerte de alguien significativo (Gibson y Myers, 2000).

Uno de los sentimientos más frecuentes en las parejas, referidos por Imenson y McMurray (1996) son la impotencia o la sensación de perder el control siendo el resultado de fuertes cambios que penetran en muchos aspectos de su vida por lo poco predecible de la situación, siendo un ciclo de desesperanza y desilusión, viéndose reflejados en otras parejas que se encuentran en una situación muy similar, enfrentándose a su propio miedo a fracasar debido a los diferentes

tratamientos en los que se pudiesen encontrar dependiendo de la causa de su esterilidad. El hecho de ser dos personas distintas con diferentes necesidades emocionales, historias personales y sufrimientos, al recibir un diagnóstico inesperado se da ese sentimiento de fracaso. El iniciar su tratamiento y posteriormente encontrarse con un fallo las parejas se sienten aislados de sus familias o amigos con hijos además de aislarse de forma real en ocasiones, en el caso de las mujeres especialmente expresan un sentimiento de ser excluidas del nexo social en mujeres con hijos; teniendo como diferencia ese punto. El sentido de privación que rodea a la infertilidad y esterilidad aparta a la mayoría de las mujeres de su grupo de apoyo (Spector, 1985). A su vez la familia se puede encontrar con dificultades para comunicarse y hablar de este tema, dándose una confusión en ambas partes donde existe censura o reproche.

Malhstedt (1985) y Blenner (1990) citados en Imenson y McMurray (1996) llegaron a la conclusión de que personas quienes usualmente son auto-dirigidas sobre el control de sus vidas, y se encuentran comprometidas con la ética de que el esfuerzo y el trabajo duro dejan un logro o éxito son devastados por la experiencia de la esterilidad, aunado a tener que vivir una angustia emocional causada por cada tratamiento poco predecible y alargado identificado en varios estudios, (Corson, 1993) por que “la única garantía en un tratamiento de infertilidad es que no hay garantías” (Gibson, 2000) esto significa que para ellos hacer caso omiso de la carga financiera, la carencia de tener hijos pueda parecer que todo su trabajo parezca inútil al llegar el periodo menstrual frustrándose una esperanza. Existiendo en las mujeres un sentimiento de no poder abandonar los tratamientos ya que así “en el futuro no tendrán que lamentarse o arrepentirse” (Imenson y McMurray, 1996). Quienes se encuentran en un programa de reproducción asistida, donde hubieron fracasos se ha observado sintomatología depresiva, ansiosa, baja autoestima y disminución de autoconcepto (Castelazo, Morales, Carreño, 1999).

La percepción de las parejas ante los tratamientos y la esterilidad cambia dependiendo del tiempo de evolución, que va desde el diagnóstico hasta los tratamientos, un estudio realizado por Daniluk (1988) citado en Berg y Wilson (1991) encontró que a seis semanas del diagnóstico existe un incremento de síntomas psicológicos en ambos géneros, existiendo una tendencia a experimentar más síntomas posterior a recibir el diagnóstico, pero los índices de satisfacción marital y sexual se mantuvieron estables. Sin embargo un estudio por intervención hecho por Takefman y asociados (1990) encontraron que se incrementaba la ansiedad estado y que existía un decline en el ajuste marital y en la frecuencia de relaciones durante el periodo de diagnosis. Los niveles más altos de tensión son más comunes entre las pacientes estériles en etapas más avanzadas del tratamiento, debido a que la pareja inicia un proceso de amplio deterioro y desgaste emocional, colocándoles en una posición de inferioridad de vida (Morales y Carreño, 1999).

En un estudio realizado por Berg (1991) se encontró que en ambos géneros había una satisfacción general en su relación, esto es, durante el primer año de esterilidad, existían síntomas depresivos y de discomfort interpersonal, el ajuste marital y la relación sexual se encontraron adecuadas y menos afectadas por las presiones que envuelven con el diagnóstico y los regímenes de tratamientos iniciales. Durante el segundo año, los índices psicológicos tuvieron un funcionamiento dentro de lo normal y la satisfacción marital y sexual fue comparable con la primera etapa, mientras que el estrés emocional fue menor, durante el tercer año o más Berg (1991) habla de que es el periodo más difícil en las parejas; el daño psicológico fue comparativamente mayor que en las dos etapas previas presentando síntomas depresivos, daño interpersonal hasta ideación paranoide y pequeños incrementos en conducta obsesivo-compulsivas, hostilidad y ansiedad. En cuanto a los índices de ajuste y satisfacción marital fue mucho menor en general con respecto a los niveles, llegando a tener un rango de un mal ajuste marital. El ajuste entre las parejas depende de factores como la autoconfidencia y autoestima de cada uno de los miembros de la pareja, cerca del

50% de las mujeres en un estudio de Myers y Wark, (1996) reportaron un decremento en general de autoconfidencia desde que descubrieron su fertilidad dañada (Sabatelli, 1988, citado en Myers y Wark, 1996). Aunado a esto, dicho estudio, reveló que la autoestima de las mujeres responde a la más amplia proporción de varianza en sus niveles de ansiedad, depresión y ajuste hacia la fertilidad. Burns habla de que las “fantasías de tener un hijo” es un punto significativo para afrontar la esterilidad, el estrés provocado por la situación puede traer como consecuencia una separación de los esposos; Hallman citado en Myers y Wark mencionan que dicho estrés también decrementa significativamente la satisfacción y autoestima (Mathews y Mathews, 1986; Abbey y Andrews, 1994) sexual. Ante la situación actual, se requiere de la emergencia de recursos adaptativos que operan a través de determinadas respuestas psicosociales (Carreño y Morales, 1997). Dentro de estos recursos, la negación puede ayudar a los individuos a que no se abrumen proporcionándoles el tiempo necesario para dominar otros recursos que le puedan servir para afrontar la situación de forma general, las personas que valoran su enfermedad en términos más positivos tienen más recursos internos para afrontar la situación en situaciones difíciles, lo cual ayuda al mantenimiento de la autoestima y a protegerse de la depresión (Carreño y Morales, 1997) siendo que para la mayoría de los participantes en tratamientos viven esta experiencia como negativa, viendo esto como un esfuerzo psicológico severo (Schmidt, 1998). Según Gibson y Myers (2000) las diferencias de género en la “crisis de la infertilidad” se basan en la diferencia en los estilos de afrontamiento. La depresión puede inhibir la asertividad reforzando el sentimiento de pérdida de control (Gibson, 2000). Los eventos de vida estresantes reducen la sensación individual de control interno y las personas tienden a ajustarse mejor a estos eventos cuando ellos sienten que tienen el control (Abbey & Andrews 1985, Affleck, Tennen, Pfeiffer & 1987, Taylor 1983) citado en Abbey & Andrews (1992).

La incapacidad para procrear se considera un evento de desorganización es decir, es un hecho que obstaculiza el desarrollo de la dinámica familiar que facilitan la aparición de crisis por desorganización (Fernández, 2002)

A la esterilidad se le considera como una pérdida real o simbólica que repercute en forma indiferenciada en actividades de la vida cotidiana, se comienzan a buscar mecanismos para experimentar en menor grado alteraciones emocionales, especialmente ansiedad, donde existen fantasías de ruptura, autodevaluación, distorsión de la imagen corporal, en ocasiones quejas somáticas (Carreño, 1994). En la gran mayoría de los casos, la persona con esterilidad pierde autoestima (Berg y Wilson, 1991; Keye, 1984; Mahlstedt, 1985), confianza, seguridad y salud (Morales, 1994) relacionándose trastornos psicológicos con autoestima baja (González R., 2008). En algunas mujeres, existe la percepción de que al lograr tener un hijo funcionara como soporte de una autoestima disminuída (Morales y Carreño, 1999). Lo significativo de la situación es que cuando estas respuestas se cronifican, llegan a incapacitar a la persona, existiendo un riesgo para la salud física y psicológica a nivel individuo, pareja o familiar.

En un estudio realizado por Dhillon algunas parejas temen el expresar sus necesidades psicológicas por miedo a ser catalogados como “locos”, “demandantes”o “demasiado necesitados”, también hace mención de que existen factores determinantes que hacen la diferencia en cuanto a la respuesta emocional como son los factores demográficos como la edad, número de años de matrimonio; factores clínicos (años de tratamiento, tratamientos recibidos, médicos visitados); variables psicológicas (importancia de tener hijos, predisposición, soporte social), los hombres en particular parece que tienen más problemas con el paso del tiempo y con el incremento en los tratamientos. Al enfrentar un problema como es la esterilidad en las mujeres puede haber autodepreciación y aislamiento por la inadecuada estrategia de afrontamiento y el simbolismo que le dan a no poder tener un hijo existiendo una diferencia en cuanto al género (Pottinger A.M, 2006).

Demyttenaere K. et. al., (1998) en un estudio realizado descubrió que las mujeres con indicación para fertilización in vitro tuvieron un afrontamiento depresivo mayor que las mujeres con indicación masculina para fertilización in vitro.

Las mujeres con una mayor expresión de emociones negativas por consecuencia muestran elementos de agresión y enojo en contra de la causa percibida como el problema y esto varía dependiendo de la causa de la esterilidad. La culpa alrededor del problema propio de fertilidad incrementa la sintomatología depresiva, mientras que el enojo por el problema de fertilidad de la pareja decreta la sintomatología depresiva.

Curiosamente, en un estudio realizado por Gibson y Ungerer (2000) mujeres que lograron ser madres por fertilización in vitro reportaron baja autoestima al igual que sus parejas y una menor competencia hacia la paternidad que las madres del grupo control, en cuanto al apego y crianza no se difieren en ningún resultado.

En el caso de México, Bustos citado en Morales (1999), refiere que la esterilidad es un problema que ha alcanzado una frecuencia del 10 al 15% de la población, la explicación aparente es la disminución del deseo de tener un hijo, aunado a posponer la reproducción para edades más avanzadas (después de los treinta años), edad donde se marca el decline de la fertilidad, debido al deseo personal y profesional de las parejas reduciendo el tiempo para concebir, no existiendo diferencias si es un país próspero o no (Vite, 2005).

Los tratamientos médicos han avanzado de forma significativa pero todavía los diagnósticos y tratamientos se siguen manejando en la medicina alternativa donde los diagnósticos son conocidos como “frialdad de la matriz” y la “cadera abierta” descritos en el Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana.

“Frialdad de matriz”. Es la causa reconocida más comúnmente por los curadores populares para explicar la esterilidad. Se basa en la creencia de que para poder

concebir, la matriz, al igual que los demás órganos reproductores, incluyendo los del hombre, deben estar calientes durante el coito. Dependiendo de la región del país, se reconocen diversas etiologías para la frialdad, por ejemplo, la entrada de aire frío en la matriz durante un aborto o parto, o el enfriamiento del vientre durante la menstruación por bañarse en agua fría o ingerir alimentos de esa calidad. Los tratamientos están dirigidos fundamentalmente a extraer el frío o contrarrestar sus efectos, proporcionando calor por medio de fricciones, frotaciones, masajes, aplicación de cataplasmas, ventosas, emplastos, así como duchas vaginales, baños de vapor y baños de asiento.

“La frialdad de los ovarios” se considera una causa de esterilidad transitoria. Se origina cuando la región abdominal permanece mojada durante algún tiempo, cuando la mujer no se cambia después de lavar, o cuando ingiere una dieta rica en alimentos de calidad fría, tales como limones. El tratamiento consiste en calentar a la mujer con té, baños de plantas medicinales o masajes de sebos, así como la prescripción de alimentos de calidad caliente, todo ello con la finalidad de retirar la frialdad alojada en los ovarios.

“Cadera abierta”. Se usa como sinónimo de “abierto de la cadera”, “aflojado de cintura”, “cadera floja”, “descaderado”, “falseada de cintura”. La expresión agrupa diversos padecimientos originados por realizar grandes esfuerzos, motivadores de fuertes dolores de cintura y piernas, que dificultan la marcha y son causa de posible esterilidad en ambos sexos. El tratamiento es fundamentalmente de tipo mecánico, mediante la aplicación de masajes. En las mujeres se da masaje en la espalda, la cintura, la cadera y el vientre, con el propósito de “recoger la matriz”, “arreglarla en su lugar”, “cerrar la cintura y la cadera”, se dice que cuando “los huesos truenan y la cadera cruje” es que ya está en su puesto, se le faja lo más apretado posible y se le recomienda evitar enfriamientos, abstenerse de tener relaciones sexuales y no bañarse. En otras regiones se cuelga al enfermo por los pies con una reata, de tal manera que las manos apenas toquen el suelo, entonces, se golpea a la reata con un garrote con el fin que los huesos vuelvan a

su lugar, se recomienda al paciente reposo por varios días, citado en Castañeda y Bustos (2001). De acuerdo con las anteriores definiciones que aunque parecieran estar muy lejos de la vida actual, siguen vigentes; en algunas ocasiones, muchas de las mujeres antes de ir con el médico alópata acuden con personas dedicadas a la medicina tradicional o herbolaria.

ASERTIVIDAD

Muchas personas tienen dificultad para expresar sus sentimientos, ideas y pensamientos por la manera en que fueron educados y su interacción con sus relaciones sociales, generando inseguridad y frustración, haciendo lo que consideran que es importante para los demás no tanto para ellos mismos, siendo víctimas de chantaje y manipulación (Muruetta,2007).

De acuerdo con Smith (1975), las especies animales solo cuentan con dos principales modos de comportamiento hereditarios para la supervivencia “la lucha y la huida” en común con el ser humano, gracias a nuestros antepasados más logrados nosotros contamos con tres principales modos de comportamiento para la supervivencia y la relación con los demás: la lucha, la huida y la capacidad verbal para resolver problemas. Comunicarnos verbalmente unos con otros y resolver nuestros problemas de manera asertiva en lugar de luchar o huir, es la parte de nuestra herencia evolutiva que nos ha sido legada por nuestros primeros antepasados humanos.

En el desarrollo del ser humano, en el momento en que se comienzan a elegir que hacer o no, o a su vez que decir o no es básico para el autorespeto. La necesidad de respeto a sí mismo es básica e ineludible, al momento en que un niño es tratado con respeto tiende a interiorizar éste y, por tanto, trata a los demás de la misma manera, en contraste con el niño que es maltratado, que interioriza el desprecio propio y crece reaccionando hacia los demás con miedo y rabia (Branden, 1995).

La asertividad se considera un estilo de comunicación aprendido mediante la observación de los modelos significativos desde la perspectiva de Bandura y su aprendizaje social (Flores, 1994).

Definiciones.

La palabra asertivo, de aserto, proviene del latín assertus y quiere decir "Afirmación de la certeza de una cosa", de ahí podemos ver que está relacionada con la firmeza y la certeza o veracidad, y podemos deducir que una persona asertiva es aquella que afirma con certeza. Es una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación, incluyendo aquellos momentos en las relaciones entre los seres humanos que representan un reto para quien envía un mensaje, debido a que a través de éste se puede confrontar o incomodar a quien lo recibe (Anguiano, 2003).

Wolpe de acuerdo con su idea original (1969) la definió como la "defensa de nuestros derechos". Previo a esto en 1958 mencionó que "la conducta asertiva se define como la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad".

Lazarus (1973) la refiere como la habilidad de decir "no", para pedir favores, hacer demandas, expresar sentimientos positivos y negativos, para iniciar, continuar y terminar conversaciones generales. Previo a esto en 1966 menciona como conducta asertiva "El aspecto de la libertad emocional que se relaciona con la capacidad de luchar por los propios derechos".

Alberti y Emmons (1974) consideran que es la conducta que permite a una persona actuar para implantar su propio interés, defenderse así mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros. Mencionando que las personas no asertivas tienen baja autoestima generando ansiedad en situaciones sociales que lo lleva a no expresar sus sentimientos y dejar que otros tomen ventaja de ellos (Alberti y Emmons, 1980).

Libet y Lewishon (1973), la definen como: "Una capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas." (en [http: usuarios](http://usuarios))

Rich y Schroeder (1976), definen la conducta asertiva como: "La habilidad de buscar y mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos. Cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluye al castigo".

Walter Riso (1988) define a la conducta asertiva como: "Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin medir distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo a sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta." (en [http: usuarios](http://usuarios))

Bartolomé Carrorobles (1979) conducta mediante la cual se puede expresar directa o adecuadamente sus opiniones y sentimientos (tanto positivos como negativos) en situaciones sociales e interpersonales.

Para Aguilar Kubli (1987) es tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Ser asertivo implica respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, ser honesto, ser apropiado, ser positivo, tener control emocional, saber decir, saber escuchar, establecer límites, además incluye el área no verbal (gustos, posturas, contacto visual, etc.), la cual juega un papel importante en la conducta asertiva. Siendo este un componente de la asertividad).

De acuerdo con Stephen R. Covey (1995) es una forma de vida que se hace un hábito profundo en la idea de tal cual los hábitos de las personas altamente efectivas, ésta se inserta en el primer hábito; el ser proactivo, el ser responsable de nuestro propio destino y de nuestras respuestas ante cualquier estímulo de éxito o fracaso que nos plantee el medio, la asertividad hace que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente nos fueron enviados; y hace que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos mandar y que fundamentan nuestro respeto y el de los demás (Navarro, 2006).

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

- relaciones o situaciones de la vida cotidiana en donde existe una interacción con desconocidos,
- relaciones afectuosas donde existe una interacción con personas involucradas sentimentalmente, es decir, familia, pareja y amigos y
- relación educativo laboral donde la interacción se da con autoridades y compañeros en un contexto sociocultural determinado.

Diversos investigadores han señalado que la persona asertiva, es una persona que tiene un gran autorespeto, ya que para actuar asertivamente se necesita que el individuo se respete a sí mismo y a los demás. Aguilar Kubli (1987) señala que una persona asertiva tiene alta autoestima (citado en Flores, 1994).

El ser asertivo en ocasiones se puede confundir con ser agresivo o dominante existiendo una línea muy delgada entre estos términos ya que el autoritarismo es socialmente desaprobado y la asertividad aprobada (Loor y More, 1980)

considerándola como una respuesta no adaptativa al medio (Baggio, Godwin, Baldwin 1984) citado en Flores 1994.

La asertividad es considerada un constructo global que implica:

1. defensa de los derechos,
2. la habilidad para iniciar, terminar o continuar conversando en las relaciones interpersonales,
3. la iniciativa para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades,
4. la habilidad para resistir presión grupal o individual y
5. liderazgo, dirección e influencia en otros.

Entre los derechos asertivos, Aguilar Kubli (1987), nos muestra algunos que se refieren a lo siguiente:

- A considerar tus propias necesidades.
- A cambiar de opinión.
- A expresar tus ideas y sentimientos.
- A decir no ante una petición, sin sentirse culpable.
- A ser tratado con respeto y dignidad.
- A cometer errores.
- A pedir y dar cuando así lo decidas.
- A hacer menos de lo que como humano puedes hacer.
- A establecer tus prioridades y tus propias decisiones.
- A sentirte bien.
- A tener éxito.

- A la privacidad.
- A la reciprocidad
- A no usar tus derechos.

Asertividad es la propensión a ser autoafirmativo y asertivo es aquella persona que es afirmativa. Esto en ocasiones se puede confundir con ser agresivo existiendo una línea muy delgada entre estos términos. No siendo siempre la mejor respuesta adaptativa al medio (Baggio, Godwin, Baldwin 1984). Citado en Flores, 1994.

La autoafirmación significa respetar deseos, necesidades y valores y buscar su forma de expresión adecuada en la realidad. El respetar la diferencia no equivale a sacrificar la autenticidad, sino meramente permanecer centrado en la realidad. En cada contexto hay formas de expresión de uno mismo adecuadas e inadecuadas, esto varía obedeciendo a cada cultura. A veces la autoafirmación se manifiesta presentando voluntariamente una idea o haciendo un cumplido.

El primer acto de autoafirmación, el más básico, es la afirmación de la consciencia. Esto supone la elección de ver, pensar, ser consciente, proyectar la luz de la consciencia al mundo exterior y al mundo interior, a nuestro ser más íntimo. Un ejemplo de ello es el desafío a la autoridad siendo un acto de autoafirmación. El pensar por sí mismo es la raíz de la misma. Faltar a esta responsabilidad es faltar a uno mismo en el nivel más básico. La “autoafirmación” sin consciencia no es tal. Desde este dicho término supone la capacidad de decir que no, exige oponerse a lo que se rechaza y vivir de acuerdo con valores propios y expresarlos. Dando como consecuencia la integridad (Branden, 1995). Esto implica enfrentarse y no huir de los retos.

Asertividad y autoestima

En varias ocasiones los investigadores han señalado que la persona asertiva, es una persona que tiene un gran autorespeto, ya que para actuar asertivamente se necesita que el individuo se respete a sí mismo y a los demás. Aguilar Kubli (1987) señala que una persona asertiva tiene alta autoestima.

Para Fernsterheim y Baer (1979) el término asertividad es igual a la autoestima, ya que si se tiene duda si se fue o no asertivo en un acto determinado entonces existe inseguridad. Ellos parten de lo que hace una persona sirve como base para el concepto de sí misma, por lo que mas defienda sus derechos y se actúe de modo que se respete a sí mismo mayor será la autoestima.

Las personas no asertivas tienen baja autoestima lo cual genera ansiedad en situaciones sociales que lo lleva a no expresar sus sentimientos y dejar que otros tomen ventaja de ellos (Alberti y Emmons, 1980). De acuerdo con estos mismos autores se ha mencionado que la asertividad y la autoestima se vinculan positivamente. Un individuo asertivo es más apto para tener éxito en situaciones interpersonales, y como resultado, sentirse mejor acerca de sí mismo.

De acuerdo con Branden (1995) la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí. Uno es la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: la eficacia personal. El otro es la sensación de considerarse merecedor de la felicidad: el respeto a sí mismo. La eficacia personal significa confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en la capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de intereses y necesidades; en creer en sí mismo; en la confianza personal. El respeto a sí mismo significa el reafirmar la propia valía personal; siendo una actitud positiva hacia el derecho de vivir y ser feliz; el confort al reafirmar de forma apropiada los pensamientos, deseos y necesidades; el sentimiento de la alegría y satisfacción son derechos

innatos y naturales. La eficacia personal genera un sentimiento de control que está asociado con el bienestar psicológico, a diferencia de ser un espectador pasivo y víctima de los acontecimientos. Al tener autorespeto se origina una sensación de independencia teniendo una sensación no neurótica de comunicación con otras personas.

Se ha argumentado que la asertividad y la autoestima se vinculan positivamente. Un individuo asertivo es más apto para tener éxito en situaciones interpersonales, y como resultado, sentirse mejor acerca de sí mismo (Alberti & Emmons, 1970).

La literatura señala que los individuos asertivos son individuos con una alta autoestima (referido en Flores, 1994).

Género y asertividad.

Para MacDonald (1982) la asertividad ha sido percibida en varias ocasiones como un “problema de mujeres”. Esto no quiere decir que las mujeres sean menos asertivas que los hombres ya que al respecto existen resultados contradictorios. Al respecto Jakubowski y Spector (1973) sugieren que la falta de ésta en mujeres ha sido mantenida porque las mujeres tienen miedo a responder asertivamente porque dicha conducta es considerada como inapropiada a las normas sociales. Este miedo es una explicación del por qué las mujeres no expresan o tienen dificultad de expresarse directamente y que podría estar relacionado con patrones de dependencia (Hirschowitz y Nell, 1985). De acuerdo con (Gingsburg, La Greca & Silverman, 1998) las niñas con altos niveles de ansiedad social presentan habilidades sociales pobres, particularmente en las áreas de asertividad y conducta social responsable (citado en Fajardo, 2001).

Los hombres y a las mujeres tradicionalmente tienen una orientación social de formas diferentes. En ocasiones es socialmente aceptable para los hombres ser agresivos, mientras que se espera que las mujeres sean pasivas y sumisas, en la

actualidad la realidad es otra. Algunas mujeres al intentar romper el "molde" sumiso con el que pretende "etiquetarlas" la sociedad frecuentemente cree que la única manera de hacerlo es adoptando la postura diametralmente opuesta, la de la agresividad, al mismo tiempo que reconocen que el comportamiento agresivo es poco femenino. Es entonces cuando consideran ser asertivas, lo cual, a diferencia de la agresividad, si es compatible con la feminidad. Podemos decir que el primer paso hacia la asertividad se genera en la relación del ser humano consigo mismo, Anguiano (2003).

Kern, et. al. (1985) sugieren que la confusión de los hallazgos sobre el efecto del género sobre el impacto social de la asertividad puede ser debidos a la dificultad para controlar la variable sujeto, es decir, la actitud de los sujetos hacia el papel de la mujer en la sociedad. Por en cambio en Flores (1994) el género no tuvo ningún efecto en la asertividad.

Maccoby y Jackin (1974) encontraron que los hombres tienden a ser más asertivos (dominantes), más agresivos, y menos ansiosos que las mujeres. No encontraron diferencias en autoestima en ambos. Aunque en ambos sexos no difirieron en las medidas de comportamiento asertivo, los hombres puntuaron como más alto en asertividad por lo tanto el hombre tiende a ser mucho más agresivo con respecto a la mujer.

Hall encontró que no existieron esencialmente diferencias sexuales en autoestima o asertividad pero que las mujeres se encontraron más ansiosas y con un menor control interno que los hombres.

Las destrezas verbales precoces de las niñas ayudan a la solución de problemas, por que facilitan la comunicación social; esto puede ser importante para explicar el mayor desarrollo de la sociabilidad y dependencia en las mujeres. Kagan y Moss (1960, 1962) llegaron a la conclusión de que la estabilidad de la dependencia (y la agresividad) parece obedecer a la congruencia del papel sexual. Las niñas se

autovaloran menos “ser una niña buena” puede tener más importancia para ellas (Kohlberg, 1969). Las madres que perciben especialmente una mayor aptitud de las niñas para cuidar de sí mismas, pueden ser menos tolerantes con la conducta dependiente de sus hijas, pero sus esfuerzos para reforzar una conducta más independiente pueden producir sentimientos de rechazo generando un aumento de la conducta dependiente e inseguridad (Sherman, 1978).

Cohen (1966) llegó a la conclusión de que las mujeres que cumplían mejor el ideal tradicional de la personalidad femenina de ser pasivas y dependientes eran sencillamente inadecuadas como personas, como compañeras sexuales, como esposas y como madres.

El autoconcepto puede mediar en los resultados esperados (Darley y Fazio, 1980), si por ejemplo es un rasgo observado como característica de los hombres, entonces la gente puede responder de una manera que en los hombres cause que primeramente internalicen la asertividad como parte de su autoconcepto (Cooley, 1990; Mead, 1934) y entonces el comportarse asertivamente da lugar a que su comportamiento vaya con su autoimagen. (Swann, 1984) citado en Feingold 1994.

Cuando se aprende a estar en una relación con otro sin abandonar el sentido de identidad, siendo amables sin sacrificar a nosotros mismos, cuando se aprende a cooperar con los demás sin traicionar nuestras normas y convicciones estamos practicando la autoafirmación. Aún se penaliza a menudo a las mujeres cuando ejercen su autoafirmación natural, un derecho inalienable como seres humanos.

Si nuestra fuente primaria de seguridad está en la afiliación a la tribu, la familia, el grupo, la comunidad, la empresa, el colectivo, la autoestima puede percibirse incluso como algo amenazador y temible por que significa individuación (autorrealización, despliegue de la identidad personal), y por lo tanto separación. Una sociedad sana es una unión de personas que se respetan a sí mismas. Las personas con un sentido de la identidad poco desarrollado a menudo les preocupa

causar desaprobación, pensando que el autoafirmarse puede provocar resentimiento y celos la alegría a sí mismo (Branden, 1995).

De acuerdo con Braiker (2000) existe un síndrome de las personas complacientes que son incapaces de decir no por miedo a la desaprobación. Su tipo de pensamiento distorsionado es la causa predominante de su síndrome están atrapadas en esquemas mentales autodestructivos y opresivos que perpetúan problemas. Es decir, se “cree” que siendo amables se protegerá del rechazo de los de más y de posibles daños”.

Las características principales de estas personas son que se imponen reglas de extrema exigencia, se crítica severamente y tiene expectativas perfeccionistas en relación consigo mismo, se anhela una aceptación universal. Esto está muy relacionado con lo que menciona Rogers (1972) “la conformidad indiscriminada tiene efectos adversos en la operación del yo”. En otras palabras para amoldarse a las condiciones de valía, la gente puede tener que sacrificar su espontaneidad y sus deseos personales, y en general amoldarse al patrón que tal vez no corresponda a su verdadera naturaleza (citado en Dicaprio, 1989).

Personas complacientes tienen una conducta habitual de sentirse compulsadas a ocuparse de las necesidades de los demás a expensas de las propias. Casi nunca dicen “no” rara vez delega sus tareas e inevitablemente se compromete demasiado.

Siendo modelos autodestructivos que producen estrés, perjudicando seriamente la salud, pudiendo ser una conducta adictiva (sentirse aprobado por todo el mundo).

El complacer a los demás está en gran medida motivado por miedos emocionales: miedo al rechazo, miedo al abandono, miedo al conflicto o a la confrontación, miedo a las críticas, miedo a estar solo y miedo a la ira. Se está convencido de que al mostrarse amable y hacer constantes cosas para los demás logrará evitar

estas emociones tanto en sí como en los demás. Este pensamiento defensivo tiene un efecto bidireccional: se utiliza la amabilidad para desviar y eludir las emociones que los otros experimentan respecto a la persona.

Finalmente siempre se descubre que el miedo al rechazo, al abandono o a las discusiones no disminuye ni se alivia. De hecho con el tiempo dichos miedos se fortalecen.

Asertividad y escolaridad.

Mientras se tenga mayor escolaridad se tendrá una serie de habilidades asertivas para enfrentar a diferentes situaciones (Hersen y Bellack, 1977) disminuyendo con ello la ansiedad ante la interacción social (Wolpe, 1958, Lazarus 1973).

Williams y Stout (1984) sugieren que los individuos altamente asertivos están más a gusto de tener un control interno que los individuos bajos en asertividad. Además de presentar menos síntomas de enfermedad.

Estudios realizados por Flores (1994) se encontró que las personas con un nivel escolar bajo tienden a ser no asertivos o a ser asertivos de manera indirecta.

Tipos de asertividad

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

Asertividad en situaciones cotidianas es la habilidad que tiene el individuo para hacer valer sus derechos en situaciones de la vida cotidiana o de consumo,

principalmente con personas desconocidas y en algunas ocasiones con familiares y amigos.

No Asertividad es la inhabilidad del individuo de expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos de decir no, de negarse a realizar alguna actividad.

Diferenciación de la conducta asertiva.

Conducta Asertiva o Socialmente Hábil. Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. El individuo tiene que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

Conducta Pasiva. Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer sus pensamientos es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

Conducta Agresiva. Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que viole los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal

directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes.

La agresividad es una fuerza que puede ayudar tanto a construir como a destruir según la dirección y el significado que se le de. La agresividad no es igual a la violencia, pero sí se puede convertir en violencia cuando busca anular o destruir al otro.

El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas. Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas.

El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es el reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. La conducta agresiva puede traer como resultado a corto plazo consecuencias favorables, como una expresión emocional insatisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contraagresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante. Las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas (<http://personales.com/espana/madrid/apsired/asertividad1.htm>)

Conducta Afectiva. En general se suele identificar el afecto con la emoción, pero, en realidad, son fenómenos muy distintos aunque, sin duda, están relacionados entre sí. Mientras que la emoción es una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece cada situación. El afecto es un proceso de interacción social entre dos o más organismos. Las emociones describen y valoran el estado de bienestar (probabilidad de supervivencia en el que se encuentra el individuo)

Se suele describir el estado emocional a través de expresiones como “me siento cansado” o “me siento con una gran alegría”, mientras que los procesos afectivos se describen como; “me da cariño” o “le doy mucha seguridad”. En general, no se dice “me da emoción” o “me da sentimiento” y sí decimos “me da afecto”. Además, cuando se utiliza la palabra ‘emoción’ en relación con otra persona, es decir, se refiere a un tercero como el que le proporciona dicha emoción. En ambos casos, se alude básicamente a un proceso interno más que a una transmisión. Una diferencia fundamental entre emoción y afecto es que la emoción es algo que se produce dentro del organismo, mientras que el afecto es algo que puede fluir y trasladarse de una persona a otra.

A diferencia de las emociones, el afecto es algo que puede almacenarse (acumularse). Es decir que en determinadas circunstancias, se almacena una mayor capacidad de afecto que se puede dar a los demás.

AUTOESTIMA

Hablar de autoestima, es hablar de desarrollo en el ser humano, ya que esta se empieza a construir a partir del nacimiento a través de los padres. Unificar criterios para dar una definición como tal resulta complejo por que en algunos casos puede ser limitante. Esto sin dejar de mencionar lo significativo e importante que es en la vida de los individuos.

La salud psicológica esta basada principalmente en el principio de realidad, la sensación de independencia; cada quien acepta aquello que le rodea y a sí mismo con base en lo que ha aprendido a través de su vida. El “yo”, la percepción de si mismo, es producto de las experiencias y las relaciones sociales en que se desenvuelve una persona (Muruet, 2007).

Definiciones

W. James indica que la autoestima está determinada por la relación entre las aspiraciones y los logros de una persona, M. Mead menciona que ésta deriva de la evaluación de los otros y Maslow la caracteriza como una necesidad (Lara-Cantú, et. al. 1993) además sostiene que la autoestima es el sentirse capaz de dominar algo del medio ambiente, saberse competente e independiente.

Pope, McHale y Craighead (1996) citado en Fajardo (2001) señalan que la autoestima es especialmente valiosa en los niños ya que fundamenta su percepción de las experiencias de vida.

Factores que se consideran de primordial importancia como parte de la formación de la autoestima son:

- La historia del individuo,
- La autopercepción,

- El contexto social proximal y distal,
- La retroalimentación del medio,
- Habilidades y competencias,
- Los procesos cognoscitivos, y las emociones.

Para Adler (1927) el hombre crea la estructura de su self a partir de su pasado, interpreta las impresiones que recibe, busca nuevas experiencias, realiza sus deseos de superioridad y reúne todo esto para crear un self que cuenta de una manera individual con su “particular estilo de vida”.

Allport (1961) afirma que el niño al nacer no tiene personalidad, está solo dotado de potencialidades físicas y temperamentales, solo responde con algunos reflejos, y es durante el primer año, y dependiendo de las motivaciones a las que esté expuesto como infante, que va formando su personalidad, y así se va diferenciando, integrando, va teniendo autonomía y extensión de su self que involucra la proyección del planteamiento futuro (citado en Bonifaz M. 1986).

Autores como Stanley Coopersmith considera que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y normalmente mantiene con respecto a sí mismo, y expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y meritorio (Coopersmith, 1967). Aunado a lo anterior autores como Piaget (1960) hace mención de que el ser humano está inmerso en un medio social desde el nacimiento, así los valores, creencias y los ideales de la sociedad desempeñan un papel fundamental (Mead, 1934). También autores como Martínez y Montané refieren a la autoestima como “la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo” (Martínez y Montané 1981) citado en Fajardo, 2001.

En general, los autores coinciden en que la autoestima es una autoevaluación independientemente del contexto social, conductual, autopercepción, cognoscitivo, o las emociones.

Stanley Coopersmith (1967), propone una autoestima determinada principalmente por un ambiente familiar, tomando la competencia como un elemento significativo tomando ésta de la experiencia de los propios padres. Esto es, que los niños observan la manera en que sus padres enfrentan tanto la crítica, como reconocen sus puntos buenos así como sus deficiencias; tomando las expectativas positivas respecto a ellos mismos que probablemente se cumplan. Así, los estilos de crianza que ejercen los padres son otro factor determinante para la autoestima argumentando que la crianza provee la mayoría de las oportunidades de aprendizaje del niño, así como también promueve patrones de comportamiento que pueden predominar a través de su vida (Hernández-Guzmán & Sánchez Sosa, 1996) citado en Fajardo, 2001.

Coopersmith (1967) define la autoestima como “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo”. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta (Lara, 1993)

Para este mismo autor, existen cuatro valores que contribuyen al desarrollo de la autoestima:

a) el valor que el niño percibe que otras personas le conceden (expresando elogios, afecto y atención),

b) sus propias experiencias de éxito (retroinformación que le permite ubicarse en el ambiente),

c) la definición individual de éxito o fracaso que tiene el niño, y

d) la personalidad, es decir, el estilo personal del niño para lidiar con la retroinformación negativa y la crítica.

Coopersmith (1959) planteó que deben existir ciertas condiciones en el ambiente familiar para el desarrollo de la autoestima sana. Uno de ellos es la comunicación entre padres e hijos esto es, que el niño sepa que es un miembro aceptado, apreciado y valuado. Otro muy importante es el establecimiento de límites bien definidos tomando en cuenta las expectativas altas enfocadas a la conducta del niño, por último los padres deben respetar la individualidad del niño, dándole libertad al niño de ser diferente y único dentro de los límites generales establecidos. En este sentido, el aspecto social no refiere una gran influencia en cuanto a una autoestima alta.

De acuerdo a este modelo los niños confiarán en sus propios juicios y decisiones, independientemente de lo que el grupo difiera, siendo más conscientes de sus propias opiniones, expresando sus convicciones aunque se enfrenten a puntos de vista contrarios. Es así que de manera contraria los niños que se sienten inseguros de las habilidades que poseen suelen ser más cautelosos y están poco dispuestos a entrar en una controversia, dependiendo más del contexto social.

Así es como Coopersmith (1959) habla de la importancia de la autoevaluación que hace el sujeto, la percepción que tiene de sus habilidades y competencia personal; tomando también en cuenta el componente cognitivo, ya que la persona evalúa, contrasta y hace juicios de su situación de manera constante. Con todo esto, hace hincapié en la influencia de los padres para el desarrollo de una sana autoestima, sosteniendo que la aprobación y la atención que el niño reciba de su familia influirán en gran medida en su autoestima.

De acuerdo con lo anterior y sumado a lo que refiere Erich Fromm (1959) la realidad exterior, las personas y las cosas, tienen sentido sólo en la medida en

que satisfacen o frustran el estado interno del cuerpo. Los primeros contactos en el niño son con la madre, el niño aprende a percibir muchas otras cosas como diferentes, como poseedoras de una existencia propia, de esa manera todas esas experiencias se cristalizan y o integran en la experiencia como un “me aman”. Esta experiencia de ser amado por el simple hecho de “ser” su hijo por parte de la madre se mantiene hasta la edad de ocho años y medio hasta los diez años previo a esto el niño responde con gratitud y alegría del amor que le brindan, posterior a esta edad en el desarrollo infantil aparece en el cuadro un nuevo factor: el sentimiento de producir amor por medio de la propia actividad, por primera vez se transforma en el niño el sentimiento de ser amado a amar, en crear amor.

Dentro del amor materno un aspecto que va más allá de la conservación es la actitud que inculca la madre en el niño como el amor a la vida donde crea en él el sentimiento ¡es bueno estar vivo, es bueno ser una criatura! (Fromm,1959).

Otro autor que habla del término es Seymour Epstein quien dentro de su teoría maneja optimizar el equilibrio entre el placer y el dolor del individuo en su vida teniendo como finalidad las relaciones con los demás. De acuerdo con él, las funciones del sistema del self, provienen de la suposición de que en su nivel más básico, la conducta humana está biológicamente organizada de acuerdo con el principio de placer/dolor, que de acuerdo a las condiciones se podría producir una total y repentina desorganización de la personalidad. Donde el self lo considera como todas las creencias que los individuos sostienen acerca de ellos mismos, es decir, el individuo se construye a sí mismo y la suma de las habilidades que le procuran placer por la vida, para asimilar experiencias y mantener la autoestima, determinará la estabilidad general.

Fromm habla de una falacia lógica que implica la noción de que el amor a los demás y el amor a uno mismo se excluyen recíprocamente. La persona debe ser un objeto de mi amor al igual que lo es otra persona. La afirmación de la vida,

felicidad, crecimiento y libertad propios, está arraigada en la propia capacidad de amar.

Albert Bandura (1986) toma en cuenta las cadenas estímulo respuesta para abordar el tema de la autoestima es decir, las autoevaluaciones de las personas y los resultados de sus conductas informan y alteran tanto a sus ambientes como a sus auto-creencias, teniendo conductas subsecuentes.

Para Bandura los individuos poseen un sistema del self, comparable a la teoría del self de Epstein, que les permite ejercer control sobre sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones. Este sistema del self incluye habilidades tales como: simbolizar, aprender de otros, planear estrategias alternativas, regular su propia conducta y reflexionar. Considera que la conducta humana es el resultado de la interacción entre el sistema del self y las influencias ambientales (Bandura, 1982).

Campbell et. al. 1996, Greenwald & Banaji 1995; Greenwald, Belleza & Banaji 1988; Pelham 1991; Showers & Kling 1996 refieren que la autoestima está también relacionada con la cognición tanto como con el contenido como la estructura de auto-creencia y consistentemente con modelos predictores de pensamiento acerca de nuestra propia conducta (citado en Kling, 1999).

Cada parte de la vida de una persona se encuentra influida por lo que ya ha ocurrido, y cada período afecta a los que vienen. Las personas no son receptores pasivos de las influencias, activamente moldean su propio medio ambiente y responden así a las fuerzas ambientales que han ayudado a originar (Papalia & Olds, 1992) citado en Fajardo. De ese modo, las fuentes más significativas de autoestima deben ser congruentes con las demandas de adaptación y las normas de los escenarios primarios de desarrollo (ej. escuela), así como también de la sociedad en general y la cultura, en las cuales tales contextos están incrustados (Kaplan 1986, Skaalvik & Hagtvet 1990).

Hamacheck (1981) plantea que el autoconcepto es la parte cognitiva del Yo, y la autoestima la parte del mismo.

Kagan (citado por Botero 1982) afirma que el amor y el aprecio son valores que conducen al desarrollo de una autoevaluación positiva, mientras que el criticismo y el rechazo originan imágenes derrotistas.

Murueta (2007) llama autoestima colectiva al sentido de pertenencia llámese familia, amigos o comunidad y pende mucho de éste el sentido de orgullo o desprecio hacia uno mismo, son entidades colectivas que afectan la autovaloración, reconociéndolo como uno de los sentimientos más importantes de la vida.

Con lo anterior, cabe mencionar que el ambiente social es un determinante para la autoestima, y es a este componente al que se refieren estos factores de congruencia social y contextual.

De acuerdo con las distintas corrientes psicológicas se da un enfoque de lo que es la autoestima. Entre ellos están los siguientes.

Enfoque psicoanalítico. Considera que la autoestima se origina del self, el cual es la estructura intrapsíquica que lo compone como parte fundamental, el Self (o si mismo) presenta una doble intervención cuerpo y pensamiento y es igual a la suma de todo lo que el individuo considera como suyo. Está formado por tres partes el self social, se refiere a las opiniones que los demás tienen del sujeto y a las relaciones interpersonales, el self material o cuerpo, se refiere básicamente a la imagen corporal y el self espiritual que se conforma por las creencias, valores y religión de la persona. Este constructo considera a la autoestima como una de las principales interpretaciones de la personalidad del individuo, con una función importante en la integración de la misma, motivación del comportamiento y

desarrollo de la salud mental. Es el que determina al individuo quien es y que tanto se acepta y/o se estima a sí mismo.

Enfoque Gestalt, palabra alemana que significa "la totalidad", la entidad formada por el orden particular de sus diversas partes. Considera que la autoestima depende en gran parte de todo lo que el individuo es o se hace, basado en todo tipo de experiencias físicas, sociales, culturales, éticas, religiosas de como el sujeto asimila la información que percibe y como la organiza tanto dentro como fuera de su "campo del espacio vital" (García, 2000); para el mantenimiento y formación de una autoestima sana está el darse cuenta de sí mismo (distinguir entre necesidades y deseos y el ser responsable de sí mismo (reconocer que se tiene derecho a elegir lo que se hace), la autopercepción del cuerpo es importante.

Enfoque cognitivo se basa principalmente en los procesos internos que el ser humano utiliza para conocer el entorno y para expresarse por medio del lenguaje verbal. La autoestima es un fenómeno que se origina principalmente de los pensamientos que son influidos por factores externos, estos son todos los estímulos que se perciben del medio ambiente. Por lo tanto para interpretar la conducta se debe conocer como piensa y como estructura el sujeto, su marco de referencias, como lo organiza e interpreta.

Enfoque conductual este enfoque analiza la conducta de los seres vivos, que es producto de estímulos externos e internos que provocan un aprendizaje y patrones de comportamiento que al ser condicionados, ya sea por castigo o por reforzamiento permanecen como parte fundamental en la vida del individuo. Todas estas conductas están influenciadas por los patrones de crianza y educación que rigen a ciertas sociedades, si alguien esta educado con solo recompensas y sobreprotección no aprenderá a discriminar lo apropiado de lo inapropiado, de esta forma al estar fuera de su ambiente se sentirá con una serie de obstáculos que por no estar preparado para afrontarlos se dañara considerablemente su

autoestima, por lo tanto el que la autoestima aumente o se disminuya, depende en gran parte de cómo se desarrolla el sujeto en la sociedad en la que vive.

La manera en como se percibe en cierto grupo de gente, lo que estos opinan de él y su manera de comportarse en sociedad, determinan su seguridad y confianza. Así mismo el lenguaje corporal, es un indicador del grado de autoestima con que cuenta la persona.

Bandura dice que la autoestima se puede medir a través de patrones de castigo y autorrefuerzo que el individuo utilice para si mismo. A medida que se le refuerza se puede observar la estima que se tiene a si mismo.

Enfoque Cognitivo conductual, combina las dos corrientes, la cognitiva y la conductual Seligman (1975), dice que el individuo aprende a sentirse desvalido, por que tiene la creencia de que no puede hacer nada para salir de este estado, que haga lo que haga de cualquier forma las cosas resultarían negativas. Desde esta aproximación el estudio de la autoestima, trata de establecer la relación que existe entre conducta, pensamiento, emociones y la condición biológica del sujeto.

Terapia racional emotiva (TRE) que tiene como fundamento el enfoque cognitivo conductual es una técnica que emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante. Adaptado principalmente para trabajar sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración, consta de varios puntos. Se considera que la persona tiene una experiencia o un agente o una acción por el cual les está afectando, con un sistema de creencias que son todos los pensamientos, filosofías o ideas conscientes e inconscientes que la persona hace de sí misma, con consecuencias o reacciones emocionales, donde se le muestra a la persona como discutir sus propias creencias irracionales para posteriormente inducirlos a abandonarlas si es que les está afectando a su vida personal (García, 2000).

Género y autoestima.

Diversos teóricos han tratado de explicar diferencias de autoestima con respecto al género, en donde generalmente se ha asumido que en las niñas hay una mayor incidencia de baja autoestima que en los niños.

En un estudio realizado por Harper y Marshal (1991) las niñas mostraron problemas con las relaciones interpersonales, el ajuste personal, la salud y los asuntos familiares existiendo diferencias de género en la imagen corporal en la autoestima y la depresión con bajos puntajes para las mujeres en todas las medidas, es el resultado de otro estudio conducido por Keel, Fulkerson y Leon (1997) citado en Fajardo (2001).

Con respecto al género y autoestima, diferentes autores citados en un estudio realizado por Kling (1999) existen controversias, por ejemplo, Antill & Cunningham 1980, Whitle 1983 en sus investigaciones han considerado que en los niveles de feminidad presentan una baja autoestima, además de existir una menor relación con la misma (autoestima). Dweck, Davidson, Nelson & Enna, (1978) mencionan que con respecto al ámbito escolar, los maestros tienden a atribuir los fracasos académicos de los niños (hombres) a problemas motivacionales y el de las niñas por falta de habilidad.

Feingold 1992, Harter 1990, Longo & Ashmore 1995, Mendelson, White & Mendelson 1996, Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin 1988; Sonstroem, Speliotis & Fava 1992. Refieren un énfasis cultural que en las niñas y mujeres la apariencia física es un factor para la construcción de la autoestima, además de las diferencias de género relacionado a la misma. También la percepción de su propio atractivo esta correlacionado con autoestima en ambos, tanto hombres como mujeres.

Allgood-Merten, Lewinston & Hops 1990, McCaulay, Mintz & Gleen 1988 et. al. refieren que las jóvenes y mujeres consistentemente reportan una mayor insatisfacción con su apariencia y sus cuerpos que los jóvenes y hombres.

Feingold & Mazzela (1998) hablan de que las diferencias de género en la “estima” del cuerpo ha llegado a ser más pronunciada en los últimos 50 años, que importancia acerca del peso y apariencia puede ser más dañino para las niñas en su autoestima por que la percepción del atractivo físico está mayormente asociado con autoestima para las niñas que para los niños (Allgood-Merten et.al. 1990) que la insatisfacción con el peso es muy común entre adolescentes mujeres y adultas, lo cual se ha hecho una normativa de discontento (Rodin, Silberstein & Stiegel-Moore, 1985).

Block & Robins 1993, Simmons & Rosenberg 1975 mencionan que la adolescencia ha sido el blanco como un periodo especialmente importante para la formación de la autoestima. Específicamente algunos estudios han encontrado que en la adolescencia, la autoestima en los niños adolescentes incrementa, mientras que en las mujeres disminuye (Allgood-Merten et. al. 1990), muchas de las explicaciones para una baja autoestima en la adolescencia de las niñas se focaliza en el impacto de la pubertad en el desarrollo físico (Feingold 1992, Harter 1990, et. al., en Kling 1999)

Además del aspecto corporal a la mujer al asignársele un rol más pasivo en su autovaloración, que se basa en la imagen física, es dejada con un muy bajo control sobre estos elementos, lo que termina afectando negativamente su autoconcepto, autoimagen y autoestima, predisponiéndola a la depresión (citado en Aguilar, 1996).

Bardwick (citado en López, 1993) señala que la autoestima depende del desempeño de los individuos en su rol, empleando sus capacidades y características personales. Si éstas no se emplean, la autoestima disminuye.

Concretamente, en relación con la autoestima de la mujer, sostiene que ésta se ve influida por la vestimenta, ya que la mujer, aprende que la apariencia atractiva es una expresión de su confianza y competencia aumentando su autoestima, sin embargo, afirma también que la mujer que hace uso de excesivo maquillaje y vestuario llamativo tiende a tener bajos niveles de autoestima.

Koss (1990), refiere en sus investigaciones que también la violencia contra las mujeres y niñas puede contribuir a reducir la autoestima femenina; una forma relevante de violencia contra la mujer es el abuso doméstico.

La masculinidad es mejor predictor y significativamente más asociada a la autoestima que la feminidad, la masculinidad es el factor que más contribuye a la autoestima (García-Mina, 2001).

DeLongis, Folkman & Lazarus 1988, Egan & Perry 1998 Murrell, Meeks & Walker, 1991 en estudios longitudinales han demostrado que la autoestima cuando es evaluada de forma primordial en una variedad de cambios de vida, alcanzando desde las molestias diarias hasta duelos o pérdidas, puede conducirse o comportarse como un recurso protector y de afrontamiento, directamente o como un factor amortiguante, citado en Kling (1999).

Para poder alcanzar un nivel adecuado de autoestima según Rojas (2002) es preciso integrar la vertiente física en el esquema de la personalidad, que comprende desde la morfología corporal (belleza externa, estatura...) a las características fisiológicas (enfermedades físicas o psicológicas, congénitas o adquiridas).

Saber relacionarse es uno de los indicadores más claros de que existe una autoestima buena.

El trabajo es uno de los pilares sobre los que se edifica la autoestima.

Un error frecuente que suele minar la autoestima consiste en compararse con los demás.

Blaine & Crocker (1993) refieren que las personas con un nivel alto de autoestima se comprometen tomando su propio crédito en sus éxitos negando su responsabilidad de error. Los niveles altos de autoestima no sólo contribuyen a la habilidad para enfrentar de forma realista y aprender de las situaciones amenazantes, sino que también permiten que las personas se perciban capaces de resolver las dificultades que se les presentan. Heatherton & Ambady 1993; Sedikides y Strupe 1997; Swann, 1990 y Tice 1993. Señalan que finalmente la autoestima es asociada en como la gente se comporta, específicamente cuando se tiene que afrontar evaluando una retroalimentación (citado en Kling, 1999) también la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Rosenberg, 1962; Lundgren, 1978). Citado en Lara-Cantú, 1993).

Wink (1991) refiere que hablar de autoestima alta puede ser en ocasiones contra productivo si, se dice que esta asociada con narcicismo. (Kernis 1993, Kernis, Grannerman & Barclay 1989) autoestima inestable, (Baumeister, Smart & Boden 1996) violencia interpersonal, (Baumeister, Heatherton & Tice 1993) o respuestas autodestructivas amenazantes.

Coopersmith (1967) demostró que una autoestima baja se asocia con sentimientos de aflicción, de auto-odio, síntomas psicósomáticos y sentimientos de depresión. A menor autoestima, mayor depresión. La depresión es una enfermedad que la padecen dos veces más que los hombres que al momento de realizarse una intervención psicoeducativa a un grupo de mujeres que la padecen y con autoestima baja se vio un cambio tanto en la depresión como en la autoestima al hacerles un seguimiento de dos años (Lara M., 2003).

De acuerdo con Rojas (2002) las personas con baja autoestima emplean una serie de interpretaciones patológicas a las que llegan mediante mecanismos psicológicos, existiendo puntos básicos para la identificación de la misma.

Tendencia a la generalización: lo particular se hace general, se extraen reglas de las anécdotas, se emplean términos definitivos a la hora de valorar.

Pensamiento dicotómico o absolutista: binomio extremo de ideas absolutamente irreconciliables.

Filtrado negativo: uno se centra en un detalle negativo y es incapaz de prestar atención al resto de cosas favorables. Sobre la base de ese fragmento se monta una visión muy poco equilibrada de la realidad.

Autoacusaciones: es muy habitual acusarse e inculparse de fallos en los que no se tiene una responsabilidad clara y evidente.

Personalización: consiste en interpretar cualquier queja o comentario como una alusión personal.

Reacción emocional y poco racional: la interpretación de la realidad es sentimental, no argumental.

La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad (Lara Cantú, 1993)

Las metas a las que aspira el sujeto son importantes para la autoestima, de la misma forma que la convicción de lograrlas, de manera que las expectativas de logro influyen sobre el nivel de autoestima Sears (citado en López, 1993). Algo que es importante mencionar es que la admiración de los demás hacia nosotros mismos no crea la autoestima, ni tampoco la erudición, el matrimonio o la maternidad, ni las posesiones materiales, los actos de filantropía, las conquistas sexuales o la cirugía estética (Branden, 1999).

Como definición no existe una para hablar de autoestima en lo que sí concuerdan todos los autores es que se va formando desde el nacimiento y que se construye con el desarrollo del ser humano y su personalidad que es la base fundamental para poder soportar los eventos difíciles que se presentan a lo largo de la vida y que no tiene por que ser estática, que autoestima baja y alta son los extremos uno siendo sumamente negativo y otro positivo en todas sus áreas tanto la social, biológica y por supuesto psicológica donde todas las relaciones se pueden afectar en caso de encontrarse en autoestima baja, la percepción de sí mismos, de los demás, de su entorno y por el contrario en autoestima alta tener una percepción de la vida, de sus relaciones de una manera positiva con un adecuado estilo de comunicación hacia los demás, percibiéndose capaces de enfrentar cualquier situación que se le presente.

MÉTODO

Planteamiento del problema.

Investigaciones realizadas dentro del Instituto Nacional de Perinatología han encontrado que la esterilidad está relacionada con aspectos psicológicos como la depresión y ansiedad (Carreño, Morales, Aldana, Flores, 2000). Tomando esto en cuenta sumado a que otros estudios también lo relacionan con la imagen corporal, conflictos a nivel social y familiar sumado a una posible baja autoestima (Carreño, 1996) por la incapacidad de procrear y desorganización a nivel personal (Fernández, 2002) la pregunta de investigación fue la siguiente:

¿Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoestima y el tipo de asertividad en mujeres con problemática de esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología?

Objetivo.

Conocer si existe una relación significativa entre el nivel de autoestima y el tipo de asertividad en mujeres con problemática de esterilidad

Justificación.

El incremento de casos de esterilidad tanto primaria como secundaria es un hecho debido a factores como postergar la reproducción por metas individuales, profesionales, económicas, etc. a edades mayores (después de los 30 años) siendo a que a partir de esta edad empieza a declinar la fertilidad. Sumado a esto otros factores como infecciones de transmisión sexual, uso inadecuado de métodos anticonceptivos y trastornos de la alimentación (Castelazo, Morales y Carreño, 1999) forman parte de un incremento en la tasa de esterilidad tanto en México como en el mundo. Cuando existe una frustración constante por la

incapacidad para procrear se pueden crear problemas emocionales importantes que puedan afectar la autoestima y la asertividad (Vite, 2005).

Hipótesis conceptual.

El nivel de autoestima y el tipo de asertividad se ve afectado significativamente en mujeres con problemática de esterilidad.

Hipótesis.

Hi: Las mujeres con problemática de esterilidad con baja autoestima presentarán asertividad indirecta y no asertividad.

Hi: Las mujeres con problemática de esterilidad con alta autoestima presentarán asertividad en situaciones cotidianas.

Hipótesis Nula.

Ho: Las mujeres estériles con baja autoestima no presentarán asertividad indirecta o no asertividad.

Ho: Las mujeres estériles con alta autoestima no presentarán asertividad en situaciones cotidianas.

Variables.

Variable de Clasificación: Esterilidad.

Definición conceptual:

Esterilidad se considera la incapacidad para concebir en las mujeres con pareja, relaciones sexuales frecuentes, sin control contraceptivo, en exposición por un lapso mínimo de un año, según los criterios clínicos del Instituto Nacional de Perinatología (INper, 1990).

Esterilidad o infertilidad primaria:

Mujer que en ninguna ocasión ha logrado un embarazo.

Esterilidad o infertilidad secundaria:

Mujer que ha logrado un embarazo en una ocasión o más y puede o no tener un hijo vivo.

Definición operacional:

Mujeres que se encuentran dentro de las clínicas de esterilidad o de reproducción asistida del Instituto Nacional de Perinatología en tratamiento para lograr un embarazo previamente diagnosticado como esterilidad por ginecólogos del hospital.

Variables Dependientes: Autoestima y Asertividad.

Variable de estudio: Autoestima.

Definición conceptual:

La autoestima es la evaluación que el individuo hace y normalmente mantiene con respecto a sí mismo, y expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y meritorio (Coopersmith, 1967).

Definición Operacional:

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

Variable de estudio: Asertividad.

Definición conceptual:

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

Definición operacional:

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

Población.

Pacientes femeninas que asistieron a consulta con diagnóstico de esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología siendo ésta una institución de salud de tercer nivel donde acuden mujeres por problemáticas relacionadas con su vida reproductiva, las mujeres podían presentar esterilidad primaria o secundaria, con una historia mínima de 1 año de evolución, sus edades oscilan entre los 20 y 39 años de edad, con escolaridad mínima de primaria hasta nivel de postgrado.

Muestra.

La muestra se obtuvo en el Departamento de Psicología, así como en la clínica de esterilidad del Instituto Nacional de Perinatología. De una población de 1200 pacientes anuales que ingresan al programa de esterilidad mediante el programa SAMPLE (para cálculo de muestras) dicho programa nos indicó el número apropiado de la muestra el cual será de 240 mujeres estériles tomando un nivel de significancia de .05, por lo tanto se considera como una muestra representativa de la población. Los criterios de inclusión fueron ser pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, encontrarse dentro de las clínicas de esterilidad o reproducción asistida con diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria (acorde con criterios médicos establecidos por el INPer), con distintos periodos de evolución de 1 a 20 años, escolaridad mínima primaria, sin padecimientos psiquiátricos clínicamente observables.

Tipo de estudio.

No experimental. Ex post facto de una sola muestra.

Diseño.

Transversal y correlacional.

Instrumentos y/o materiales.

Los instrumentos utilizados para dicha investigación fueron:

La escala multidimensional de asertividad elaborada por Rathus en 1973, fue estandarizada para la población mexicana por Flores Galaz M. M. en 1994; en esta se mide asertividad indirecta, asertividad ante situaciones cotidianas y no asertividad.

Inventario de Autoestima de Coopersmith. Éste autor, hizo investigaciones sobre este tema desde 1959 e inició su estudio con niños, ya para 1967 realizó una escala con niños de 5º y 6º grado, lo cual le dio la base para el desarrollo de la versión para adultos.

La forma de calificación, para la escala multidimensional de asertividad es haciendo una selección de 5 respuestas que van desde “completamente en desacuerdo” hasta “completamente de acuerdo” (escala tipo Likert) para poder determinar el tipo de asertividad. Para el inventario de Coopersmith se seleccionan únicamente dos opciones de respuesta, si o no; con punto de corte de 17 puntos.

Procedimiento.

A las pacientes se les dio una hoja informativa para que conocieran algunos aspectos sobre la esterilidad, dándoles a conocer que estas pruebas forman parte de una investigación que busca conocer más sobre la esterilidad y aspectos psicológicos.

Análisis estadístico de datos.

Al aplicarles los instrumentos a la muestra formada por 240 mujeres con diagnóstico de esterilidad, se capturaron los datos y se procesaron en el paquete SPSS-PC (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales en su versión para Windows) para obtener los resultados. Se obtuvo estadística descriptiva de la muestra para conocer las características de la misma y se realizó una correlación de Pearson para conocer la relación entre las variables encontrándose los siguientes resultados.

RESULTADOS

En el presente capítulo se presenta un análisis descriptivo para identificar la variabilidad de la muestra (análisis de frecuencias) para así poder definir la muestra con respecto a los datos sociodemográficos, donde se incluyen tablas o gráficas según lo requiera cada una de las variables, y de este modo poder observar la distribución de la misma.

El intervalo de edades fue de 19 años como mínimo y un máximo de 42 años con una media de 30.16 (Ds.4.31) (ver figura 1).

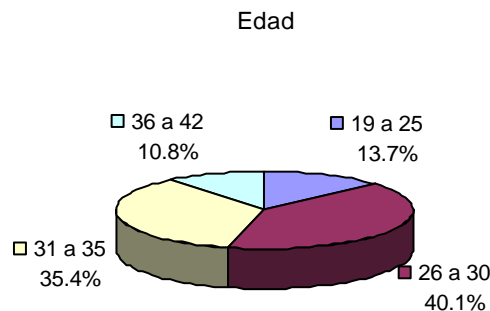
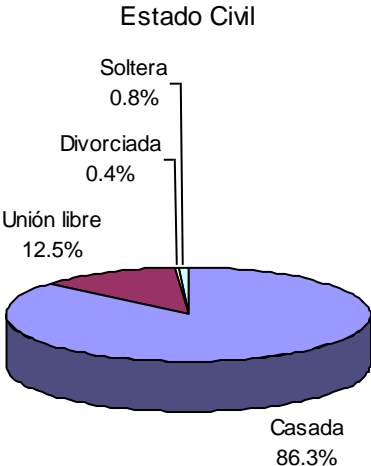


Figura no. 1

En el tiempo de evolución del padecimiento de la esterilidad la media fue de 5.4 años (Ds. 3.12) con un mínimo de 1 año y un máximo de 19 años para el primer año de evolución tan solo lo representó el 4.6%. El ingreso económico fue muy variable si se observa la media que fue de 2248.21 (Ds. 1860.70) con un mínimo de 300 pesos y un máximo de 12000 pesos mensuales, el 81.7% de las pacientes tenían un ingreso inferior a 3000 pesos, 6.88% tenía un ingreso que iba de 3500 a 5000, el 11.5% restante tenían ingresos que iban de 5800 a 12000 pesos mensuales.

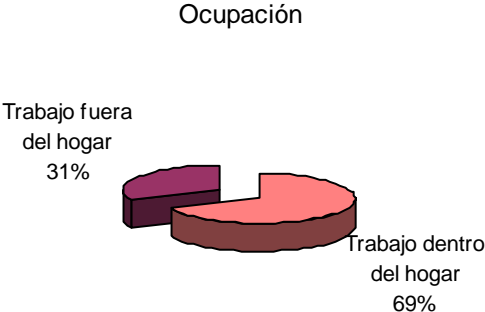
Dentro del estado civil encontramos que el 86.3% (207) de la muestra eran mujeres casadas, el 12.5% (30) lo representaban mujeres que vivían en unión libre; solo se encontraron dos casos de mujeres solteras (0.8%) y uno de mujer divorciada (0.4%) (ver figura no. 2).

Figura no. 2



De las 240 mujeres evaluadas, 68.8% (165) dedicaban la mayor parte de su tiempo a las labores del hogar, el 31.2% (75) restante trabajaba fuera del hogar (ver figura no. 3).

Figura no. 3



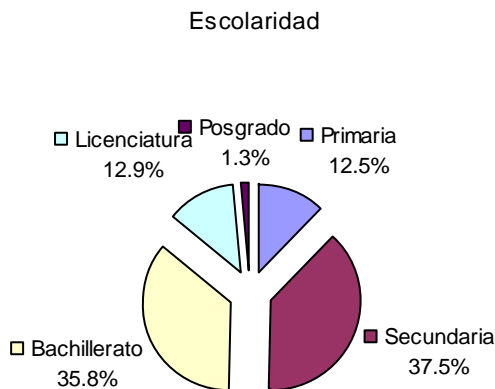
La esterilidad primaria fue la que tuvo una mayor frecuencia, esto es que el 67.9% (163) de las mujeres nunca tuvieron un embarazo y no tenían hijos, el 32.1% habían tenido un embarazo al menos en una ocasión y cerca del 8% (19) tenían al menos un hijo vivo, éstas también buscaban un nuevo embarazo (ver figura no. 4).

Figura no. 4



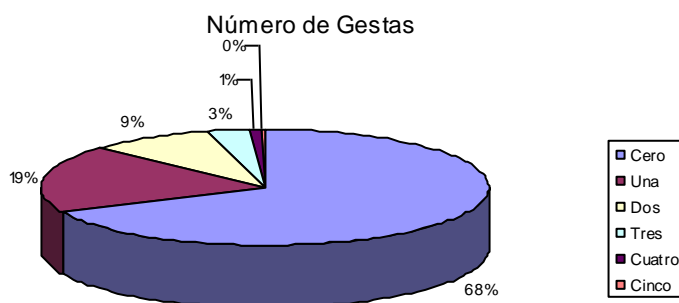
En la escolaridad se observa que la media es de 10.53 (Ds. 2.91), esto significa que está dentro de bachillerato, el nivel mínimo requerido fue primaria, de las cuales el 12.5% (30) tienen el grado de educación básica, el 37.5% (90) educación media básica, el 35.8% (81) bachillerato, 12.9% (31) tenía estudios de licenciatura y, por último el 1.3% tenía estudios de posgrado (ver figura no. 5).

Figura no. 5



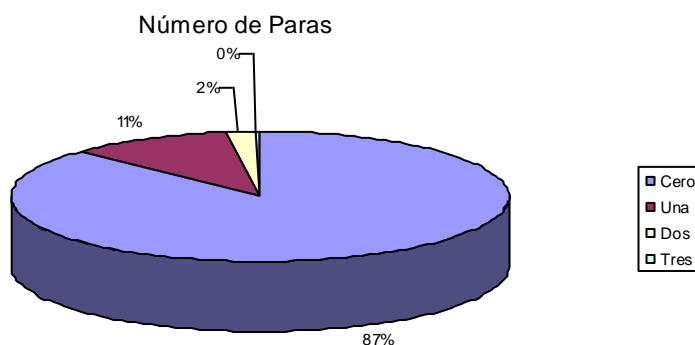
En cuanto a antecedentes ginecológicos y obstétricos se pudo observar que el 67.9% (163) no habían tenido ninguna gesta, el 18.8% (45) tuvieron una gesta, el 9.2% (22) tuvieron dos, el 2.9% (7) tuvieron tres gestas, y el restante 1.2% (3) gestó en cuatro y cinco ocasiones (ver figura no. 6).

Figura no. 6



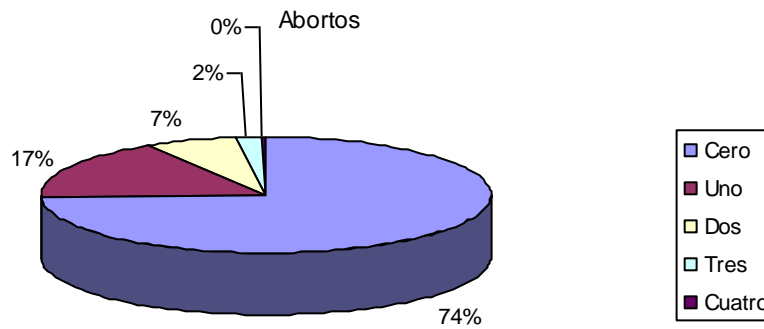
El número de paras, entendiendo como “para” cuando la mujer ha tenido un embarazo y se presenta el parto, no significando tener hijos vivos. Las paras de la muestra fue de: ninguna en el 87.1% (209), el 10.8% (26) tuvo una, el 1.7% (4) tuvo dos y el 0.4% (1) tuvo tres (ver figura no. 7).

Figura no. 7



De los abortos registrados, el 74.2% (178) no tuvieron ninguno, el 17.1% (41) uno, el 6.7% (16) tuvieron dos, el 1.7% (4) tuvieron tres, y por último el 0.4% (1) tuvo 4 abortos (ver figura no. 8).

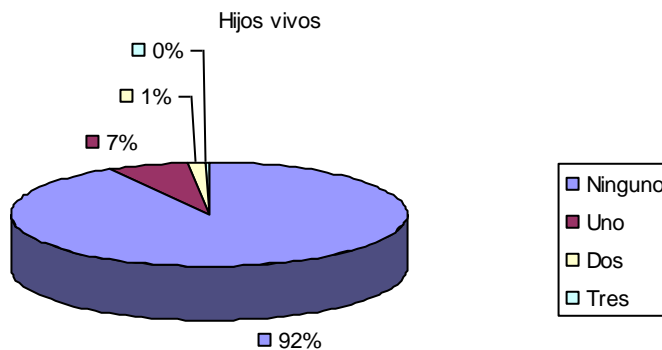
Figura no. 8



La variable número de cesárea no aplica propiamente a este tipo de muestra ya que al 99.6% (239) de ellas no se les practicaron ninguna cesárea, sólo a una de ellas sí, lo que corresponde a 0.4%.

En cuanto al número de hijos vivos que corresponde a la muestra es: 91.7% (220) ningún hijo vivo, el 6.7% (16) tenían un hijo vivo, el 1.3% (3) tenían dos hijos, y el 0.4% (1) tuvo tres hijos vivos. Aún así las pacientes buscaban un embarazo (ver figura no. 9).

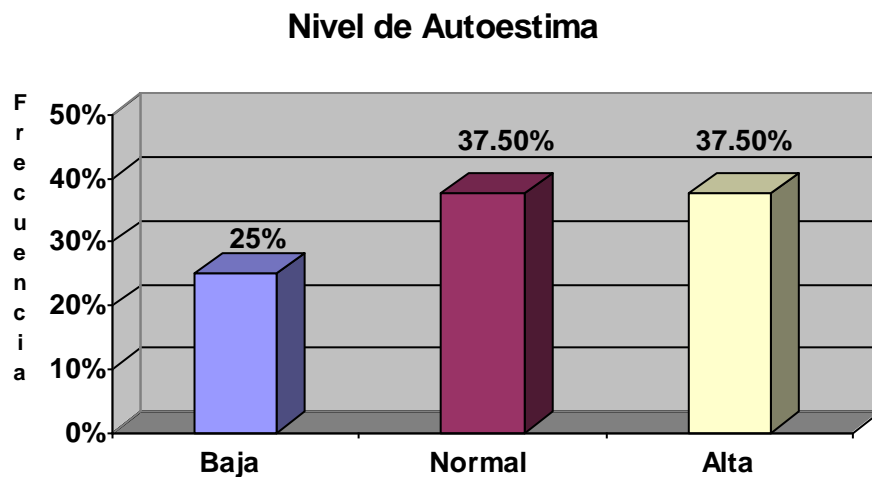
Figura no. 9



De la variable autoestima se tomó como punto de corte el que marca la prueba de Coopersmith; 17 puntos. Posteriormente se hicieron tres intervalos partiendo de la media y 5 puntos de la desviación estándar, de este modo un nivel de 12 puntos o menos se toma como un nivel de autoestima bajo, de 13 a 18 puntos un nivel medio o normal y de 19 a 25 puntos un nivel de autoestima alto.

De acuerdo con este punto de corte, se obtuvo que el 25.0% (60) de las pacientes presentaron una autoestima baja, el 37.5% (90) tuvo autoestima normal y 37.5% (90) autoestima alta. Ver tabla no. 1

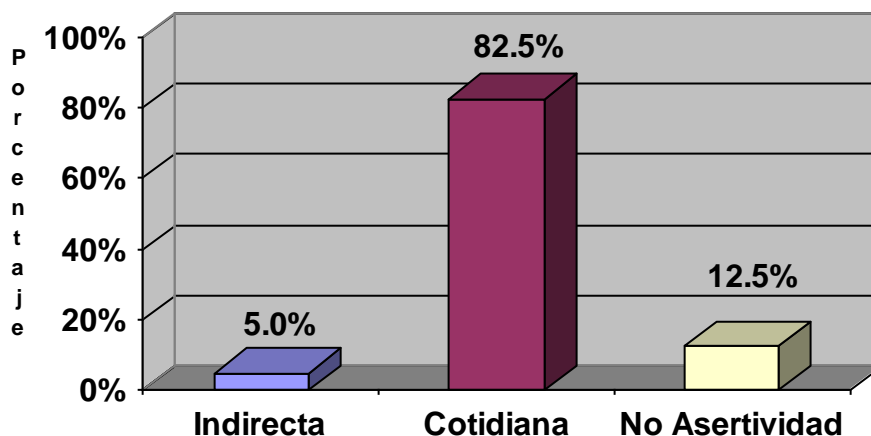
Tabla no. 1



En cuanto a los tres tipos de asertividad indirecta, en situaciones cotidianas y no asertividad; se obtuvo un 5.0% (12) de las pacientes presentaron asertividad indirecta, 82.5% (198) pacientes tuvieron asertividad en situaciones cotidianas y 12.5% (30) con no asertividad. Ver tabla no. 2

Tabla no. 2

Clasificación de Asertividad



Una vez aplicados los instrumentos de autoestima de Coopersmith y asertividad de Rathus se realizó una correlación de Pearson entre el nivel de autoestima y el tipo de asertividad con el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS-PC) en su versión para Windows donde se obtuvo lo siguiente:

Las mujeres con autoestima normal no presentan asertividad indirecta con una correlación negativa o inversa de $-.337$ con nivel de significancia $.01$

Correlaciones^a

		Asertividad indirecta	Asertividad cotidiana	No asertividad	Autoestima
Asertividad indirecta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				
Asertividad cotidiana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				
No asertividad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	**			
Autoestima	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	$-.337^{**}$			

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

a. AUTO2 = Normal

Con autoestima baja fueron no asertivas, mas no asertivas indirectas; existe una correlación inversa en asertividad indirecta de $-.323$ nivel de significancia $.05$ y la no asertividad con $-.389$ nivel de significancia $.01$.

Correlaciones^a

		Asertividad indirecta	Asertividad cotidiana	No asertividad	Autoestima
Asertividad indirecta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				
Asertividad cotidiana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	*			
No asertividad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	**			
Autoestima	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	$-.323^*$.012 60		$-.389^{**}$.002 60	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

a. AUTO2 = Baja

Con autoestima alta no fueron asertivas indirectas; existe una correlación inversa con la asertividad indirecta de $-.253$, nivel de significancia $.05$ mas no existe correlación directa con asertividad en situaciones cotidianas.

Correlaciones^a

		Asertividad indirecta	Asertividad cotidiana	No asertividad	Autoestima
Asertividad indirecta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N				
Asertividad cotidiana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	**			
No asertividad	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	**	**		
Autoestima	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	$-.253^*$.016 90			

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a. AUTO2 = Alta

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muestra estuvo compuesta por 240 mujeres en edad reproductiva siendo pacientes del Instituto Nacional de Perinatología por problemática de esterilidad ya sea esterilidad primaria o secundaria. La mayoría de la población se ajusta al criterio de población socioeconómica baja a media tomando en cuenta que el Instituto Nacional de Perinatología dentro de sus condiciones de inclusión al mismo es no tener acceso a ningún otro servicio médico. La gran mayoría eran mujeres casadas siguiendo unión libre encontrándose dos casos de mujeres solteras y una mujer divorciada existiendo una contradicción para el ingreso a algún programa de reproducción asistida ya que la condición es tener una pareja estable.

Los instrumentos de evaluación psicológica tuvieron como objetivo conocer si existía una correlación entre el nivel de autoestima y el tipo de asertividad en mujeres que presentaban un diagnóstico de esterilidad previamente establecido por el Instituto Nacional de Perinatología. Se refieren datos de estadística descriptiva para conocer la distribución de los datos de la muestra y poder hacer un análisis con todos los datos obtenidos.

En la investigación realizada por Carreño (2002) hace mención que la ocupación es significativa esto es que cuando una mujer se dedica al hogar los síntomas depresivos o ansiosos se presentan con mayor frecuencia al igual que cuando hay una menor escolaridad y en cuando al tipo de esterilidad ya sea primaria o secundaria no existe diferencia en cuanto a los síntomas.

La prueba de autoestima de Coopersmith se dividió en tres intervalos es decir, autoestima baja, normal y alta debido a que el instrumento de manera original sólo proporciona autoestima baja y normal; no obstante, a partir de las observaciones clínicas realizadas dentro del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología se ha podido establecer que cuando una persona tiene un puntaje

por arriba de la media difiere cualitativamente de otra que presenta puntaje de 25, que es el total posible de obtener, esta diferenciación no se realiza dentro del instrumento o en otras aplicaciones como lo refiere Coopersmith, según Lara (1993). Se determinó el punto de corte del instrumento tomando en cuenta las desviaciones estándar, con base en este criterio se estableció una autoestima baja de 12 puntos o menos, 13 a 18 normal y de 19 a 25 alta (Carreño, 2002).

Dentro de las hipótesis planteadas en este trabajo se hizo mención que las mujeres estériles con autoestima baja presentarían asertividad indirecta o no asertividad, los datos obtenidos son que las mujeres con autoestima baja fueron no asertivas y no utilizaron la asertividad indirecta existiendo una correlación inversa en asertividad indirecta de $-.323$ con nivel de significancia de $.05$ y la no asertividad con $-.389$ nivel de significancia de $.01$, tomando en cuenta que ser no asertivo es la inhabilidad del individuo de expresar opiniones, necesidades y sentimientos, de hacer valer sus derechos de decir no, de negarse a realizar alguna actividad (Flores, 1994).

Otra hipótesis planteada fue que las mujeres estériles con autoestima alta presentarían asertividad en situaciones cotidianas y las que presentaron autoestima alta no utilizaron la asertividad indirecta existiendo una correlación inversa con la ésta de $-.253$ y un nivel de significancia de $.05$ no así correlacionándose de manera directa con asertividad en situaciones cotidianas.

Cuando la autoestima fue normal no se utilizó la asertividad indirecta teniendo una correlación negativa o inversa con la asertividad indirecta $-.337$ con un nivel de significancia de $.01$. De acuerdo con lo obtenido tener una autoestima normal o adecuada hace que las mujeres tengan una mayor capacidad para poder expresar libremente lo que piensan y sienten sin la necesidad de medios indirectos como el teléfono, cartas considerándose ésta como asertividad indirecta (Flores, 1994). A pesar de no hacer mención en las hipótesis establecidas de esta investigación

sobre autoestima normal (previamente aclaradas) es importante mencionar los datos arrojados de acuerdo a la estructura de la prueba de Coopersmith.

Esto se relaciona ampliamente con el hecho de que las mujeres con esterilidad presentan dificultades para poder expresar libremente lo que sienten o cara a cara ante la dificultad de poder lograr un embarazo con la pareja, familiares y amistades. De acuerdo con Carreño (2002) en su experiencia clínica las pacientes con dificultades en la vida reproductiva tienden a enviar mensajes de poca claridad sobre la situación que están pasando al grado de aislarse comprometiendo el valor que se asigna a sí misma.

Encontrándose relacionado con fallas en la estructura narcisista de la personalidad donde existen sentimientos de vacío, cuestionamientos sobre su identidad percibiéndose como una pérdida de la misma, (Gibson y Myers, 2000) donde habiendo una falta de autoestima se acentúan los momentos críticos de la vida, en este caso, la esterilidad; pretendiendo que el “hijo imaginario” cubra esas fallas (Arranz, 2001).

La identidad de género tomada a través de un hijo y de ese modo sentirse mujer u hombre trae conflictos importantes a nivel intrapsíquico y en sus relaciones interpersonales existiendo una relación entre lo mencionado por Ferró (1991) que la identidad de género puede desarrollarse en un sentido mucho más amplio, en el que el ideal del yo tenga que ver con diferentes cosas de la maternidad y con respecto a una gran cantidad de roles, no solamente el ser madre como único sentido de ser mujer.

En cuanto a autoestima es importante mencionar que autores como Coopersmith entre otros hacen mención de que se construye desde el nacimiento y todo lo que esté a nuestro alrededor influye para que sea adecuada que el ambiente familiar es básico para la construcción de la misma siendo un “juicio de valía persona que se expresa en actitudes que el individuo toma hacía sí mismo”, que existen

factores que pueden afectarla pero que no así tendría por que cambiarla en absoluto; a las niñas se les va introyectando un rol materno que si no es manejado como opcional siendo adultas al tener alguna incapacidad reproductiva podría provocar severas dificultades en sus relaciones personales, sociales entre otras. Las mujeres estériles al tener dificultades en sus relaciones sociales podrían tener autoestima baja ya que el saber relacionarse de manera adecuada es sinónimo de autoestima alta (Rojas, 2002) además la asertividad se encuentra ampliamente relacionada con la misma por que finalmente es un estilo de comunicación donde se procura entablar límites que le permitirá sentirse mejor acerca de sí mismo. Las personas no asertivas tienen baja autoestima lo cual genera ansiedad en situaciones sociales que lo lleva a no expresar sus sentimientos y dejar que otros tomen ventaja de ellos (Alberti y Emmons, 1980). De acuerdo con estos mismos autores se ha mencionado que la asertividad y la autoestima se vinculan positivamente. Un individuo asertivo es más apto para tener éxito en situaciones interpersonales.

Coopersmith (1959) planteó que deben existir ciertas condiciones en el ambiente familiar para el desarrollo de la autoestima sana. Uno de ellos es la comunicación entre padres e hijos esto es, que el niño sepa que es un miembro aceptado, apreciado y valuado. Otro muy importante es el establecimiento de límites bien definidos tomando en cuenta las expectativas altas enfocadas a la conducta del niño, por último los padres deben respetar la individualidad del niño, dándole libertad al niño de ser diferente y único dentro de los límites generales establecidos. En este sentido, el aspecto social no refiere una gran influencia en cuanto a una autoestima alta. Sin embargo, Epstein maneja una definición llamadas funciones del sistema del self, donde provienen de la suposición de que en su nivel más básico, la conducta humana está biológicamente organizada de acuerdo con el principio de placer/dolor, que de acuerdo a las condiciones se podría producir una total y repentina desorganización de la personalidad. Donde el self lo considera como todas las creencias que los individuos sostienen acerca de ellos mismos, es decir, el individuo se construye a sí mismo y la suma de las

habilidades que le procuran placer por la vida, para asimilar experiencias y mantener la autoestima, determinará la estabilidad general. Tomando esto en cuenta sumado a que la esterilidad produce un gran dolor por que se considera una pérdida simbólica (Carreño, 1997) existe un desequilibrio en todas sus áreas que afecta la autoestima de manera importante.

Las metas a las que aspira el sujeto son importantes para la autoestima, de la misma forma que la convicción de lograrlas, de manera que las expectativas de logro influyen sobre el nivel de autoestima (Sears, citado en López, 1993) y las mujeres con esterilidad frecuentemente se enfrentan a no poder lograr sus objetivos tanto en tratamientos, lograr un embarazo y por supuesto el hijo lo cual crea una gran frustración minando con esto la autoestima.

La autoestima en su construcción se maneja el establecimiento de límites relacionándose con la asertividad tomando en cuenta las expectativas de cada ser humano respetándose la individualidad. La literatura en distintas ocasiones señala el ser asertivo con autoestima alta o un nivel adecuado de autoestima. Con respecto al género se menciona que las mujeres tienen un mayor problema para ser asertivas por cuestiones culturales sin embargo existen contradicciones ya que en un estudio realizado por Flores refiere al género como no determinante para ser asertivo o no.

En estudios longitudinales se ha demostrado que la autoestima cuando es evaluada de forma primordial en una variedad de cambios de vida, alcanzando desde las molestias diarias hasta duelos o pérdidas, puede conducirse o comportarse como un recurso protector y de afrontamiento, directamente o como un factor amortiguante (Kling,1999). Los niveles altos de autoestima no sólo contribuyen a la habilidad para enfrentar de forma realista y aprender de las situaciones amenazantes, sino que también permiten que las personas se perciban capaces de resolver las dificultades que se les presentan.

Como definición no existe una para hablar de autoestima en lo que sí concuerdan todos los autores es que se va formando desde el nacimiento y que se construye con el desarrollo del ser humano y su personalidad que es la base fundamental para poder soportar los eventos difíciles que se presentan a lo largo de la vida y que no tiene por que ser estática, que autoestima baja y alta son los extremos uno siendo sumamente negativo y otro positivo en todas sus áreas tanto la social, biológica y por supuesto psicológica donde todas las relaciones se pueden afectar en caso de encontrarse en autoestima baja, la percepción de sí mismos, de los demás, de su entorno y por el contrario en autoestima alta tener una percepción de la vida, de sus relaciones de una manera positiva con un adecuado estilo de comunicación hacia los demás, percibiéndose capaces de enfrentar cualquier situación que se le presente independientemente de cualquiera que sea ésta.

CONCLUSIONES

La esterilidad por sí misma no es un evento que condicione el nivel de autoestima ni el tipo de asertividad sin embargo si existió una relación estadísticamente significativa entre las mismas. El nivel de autoestima puede variar por diferentes eventos en la vida, pende de la historia personal siendo esto básico para dicho sentimiento de autovaloración, relaciones familiares, proyectos personales, etc. La autoestima no es estática existen periodos o eventos en que se puede ver afectada no siendo determinante. En ocasiones el simple diagnóstico de esterilidad o los diversos tratamientos la pueden afectar siendo una reacción momentánea; un punto importante a tratar es el tiempo de evolución de las pacientes por que al no tener metas claras se produce una gran frustración y por consecuencia al no lograrlas verse afectada la autoestima.

Como ya se ha mencionado de manera reiterativa la reproducción es un evento significativo para el ser humano desde escritos antiguos se hace mención de esto y al momento de tener una dificultad para la reproducirse se necesita un proceso de aceptación de forma natural pudiendo expresar todos los sentimientos

relacionados con la problemática, que se reconozcan, y de esta manera poder manejarlos, no significando que dichos sentimientos desaparezcan ya que pueden surgir en eventos especiales como eventos donde haya niños o bebés de familiares o amistades, aniversarios de bodas o por crisis nuevas o diferentes. El problema sería más grande si no se pueden superar estos ya que pueden ser invasivos para su vida en sus relaciones personales y en todo su entorno, y síntomas tales como depresión o ansiedad se pueden instalar de forma crónica. Sumado a el estilo de comunicación no asertivo y una autoestima baja los trastornos adaptativos se podrían instalar de forma crónica (Carreño, 2002).

De ahí el importante trabajo que se realiza en el Instituto Nacional de Perinatología en el departamento de Psicología en psicoterapia de grupo donde se busca darle un enfoque distinto al hecho de no poder lograr un embarazo uno de ellos es que las pacientes aprendan a poner límites, de aquí el objetivo de correlacionar la variable asertividad, autoestima y esterilidad, poder establecer límites a la familia política y a la propia, a la pareja e inclusive a los mismos tratamientos que en ocasiones tienen dificultades para poder tomar una decisión en cuanto a el momento de finalizar los mismos o continuar a pesar de su propio cuerpo. Dentro de la psicoterapia se plantea buscar nuevos objetivos dejando la maternidad a un lado asumiendo la toma de decisiones en cuanto a los tratamientos o posible adopción si es el caso. Cabe mencionar que de acuerdo con los resultados obtenidos la gran mayoría de las pacientes no se encontraban en un grupo de psicoterapia y que el tener una incapacidad para procrear a un hijo no implica necesariamente vivir con un trastorno psicológico o emocional.

Con respecto a los resultados obtenidos sería importante hacer otro análisis en relación a otras variables de estadística descriptiva inclusive hacer estudios con alguna prueba de personalidad que enriquecerían más el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abbey A, Andrews F. (1992), Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control,..., Journal of Marriage and the family, Vol. 54 No. 2
2. Abbey A., Andrews F. (1994), Psychosocial predictors of life quality, Journal of family issues, 15 (2).
3. Aguilar G., Berganza C., (1996), Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos; Revista latinoamericana de Psicología, Vol. 28 No. 2
4. Anguiano A. (2003), Comunicación asertiva, Mi espacio infosol.
5. Arranz L.L, Blum-Grynberg B., Morales C. F., (2000) El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia; Perinatología y Reproducción humana, 15 (2)
6. Berg B. J., Wilson J. F. (1991), Psychological functioning across stages of treatment for infertility, Journal of behavioral medicine, 14 (1) p.p. 11-25.
7. Bonifaz de Novelo Ma. Eugenia (1978); La mujer mexicana, análisis histórico, 2ª. Edición.
8. Bonifaz Muñoz M.P. (1986), Un perfil de la mujer en el trabajo, Tesis de maestría psicología social U.N.A.M. 7-8
9. Braiker H. (2000), La enfermedad de complacer a los demás, Edit. EDAF, ed. 2005, España.
10. Branden N. (1995), Los seis pilares de la autoestima, Paidós, México.
11. ----- (1999), La autoestima en la mujer, Paidós, Barcelona.
12. Burin M., Meler I. (1999); Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad; Paidós psicología profunda.
13. Cabau A., De Senardens M. (1997), Aspectos psicológicos de la esterilidad.
14. Carreño M. J. (1994), Programa de atención a la paciente estéril, Psicología Iberoamericana 2 (2) 63-70.
15. ----- (2002), Rol de género, asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad; Tesis maestría, Facultad de Psicología, U.N.A.M

16. Carreño M. J., Morales C. F. (1997), Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles; Perinatología y reproducción humana, 11(4) p.p. 176-183.
17. Carreño M.J., Bustos L.H. et. al. (1997), Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida, Perinatología y reproducción humana, 11(2)
18. Carusso K.S., Greenfeld D. (2000), Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study, Fertility and Sterility, 73 (6)
19. Caruso, K. S., Greenfeld D.A. (2001), Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: a longitudinal study; Fertility and Sterility, Vol. 73 No. 6 June. (2a. occasion).
20. Castelazo M. E., Morales C. F., Carreño M. J. (1999), Estudios y terapéutica en infertilidad y su relación con el estado emocional, en Vázquez B. E. Medicina reproductiva en México 231-233.
21. Castañeda J.E., Bustos L.H. (2001), La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad, Perinatología y Reproducción humana, 15 (2)
22. Del Valle T. (1993); Mujer y nuevas socializaciones: su relación con el poder poder y cambio, Revista Kobie (serie antropología cultural). No. IV, Diputación Foral de Bizkaia
23. Demyttenaere K. et. al., (1998), Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization, Fertility and Sterility, Vol. 69 No. 6
24. Díaz Guerrero R. (1994), Psicología del mexicano, descubrimiento de la etnopsicología, México, Trillas.
25. Dicaprio N. (1989), Teorías de la personalidad, Mc Graw Hill 2ª. Ed.
26. Domar D., Cloop D. et. al. (2000), Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women; Fertility and Sterility, 73 (4).
27. Fajardo V. (2001), La autoestima en adolescentes mexicanos: su relación con la ansiedad, depresión y asertividad. Tesis licenciatura en psicología, Fac. Psicología U.N.A.M. México.
28. Feingold, A. (1994), Gender Differences in Personality: A Meta-Analysis, Psychological Bulletin Vol. 116, No. 3 p.p. 429-456.

29. Fernández R. et. al. (2002). La infertilidad como evento paranormativo. Su repercusión familiar, Rev Cubana Med Gen Integr 18(2), La Habana, Cuba.
30. Flores G., Díaz-Loving (2002), Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales. Universidad autónoma de Yucatán, Porrúa.
31. Flores Galaz, M.M. (1994), Asertividad: Conceptualización, Medición y su relación con otras variables. Tesis doctorado, Facultad de Psicología U.N.A.M.
32. Fromm E. (1959), El arte de amar, Edit. Paidós, México 45-66
33. Fromm E. (1990), El miedo a la libertad, Paidós, México. (*)
34. García L., Luna O. (2000), Efecto del entrenamiento de autoestima y asertividad sobre las conductas de agresión y depresión en menores maltratadas; tesis licenciatura en psicología, Fac. Psicología, U.N.A.M., México.
35. García-Mina A. Carrasco Ma. (2001), La autoestima y los estereotipos de rol de género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Pontificia Comillas. <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct18.htm>
36. Gibson D., Myers J. (2000), Gender and infertility: A relational approach to counseling women, Journal of Counseling and Development, 78 (4)
37. Glover L., Hunter M. et. al. (1999), Development of the Fertility Adjustment Scale, Fertility and Sterility, Vol.72, No. 4 Octubre. London, United Kingdom.
38. González L. et. al. (2002), La fertilidad, el maternaje frustrado, Rev Cubana Med Gen Integr (3) La Habana, Cuba.
39. González R.M., Landero H. R. et. al. (2008) Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres, Revista panamericana de salud pública vol. 23 (2).
40. <http://personales.com/espana/madrid/apsired/asertividad1.htm>
41. <http://usuarios.lycos.es/doliresa/index-3.html>
42. <http://www.miespacio.org/cont/trin/comase.htm>
43. <http://www.nalejandria.com/00/colab/asertividad.htm>

44. Imenson M., McMurray (1996); Couples' experiences of infertility: a phenomenological study, Journal of advanced nursing, vol. 24 (5), p.p. 1014-1022.
45. Kling K.C., Shibley H. J., et. al. (1999), Gender Differences in Self-Esteem: A Meta-Analysis, Psychological Bulletin Vol. 125, No. 4 p.p. 470-500
46. Lara M., Navarro C., et. al. (2003), Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta, Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 26 (3).
47. Lara-Cantú M., Verduzco M. (1993), Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana, Revista latinoamericana de Psicología 25 (2)
48. López de Nava A. (1999), Breve repaso histórico de los estudios de la esterilidad y de la trayectoria de la Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción, JGH editores, ed. 1ª., México, p.p. 9-12.
49. López Nubia J., Domínguez Rocío (1993), Medición de la autoestima en la mujer universitaria, Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 25 No. 2, p.p. 257-273.
50. Morales C. F. (1994), Aspectos emocionales de la esterilidad masculina, Psicología Iberoamericana, 2 (2) 71-80
51. Morales C. F. (1999), Repercusiones emocionales de la reproducción. En temas selectos de la reproducción humana. p.p. 755-762.
52. Morales C. F., Carreño M. J. (1999), Pronóstico y soporte emocional de la pareja infértil; en Velázquez B. E., Medicina reproductiva en México, p.p. 235-236.
53. Moreno R.C. (2000), Reproducción e infertilidad, visión histórica y antropológica; editorial Sanz y Torres, Madrid.
54. Murueta R.M. (2007), Asertividad, expresión libre y segura, FES Iztacala, Amapsi. www.amapsi.org.mx
55. Myers L.B., Wark L. (1996), Psychoterapy for infertility: a cognitive.behavioral approach for couples; The American journal of family therapy 24 (1).
56. Navarro R.M. (2006), Asertividad y teoría de decisiones: el rol del orientador escolar. Universidad "José Vasconcelos" - Durango, México

57. Pérez P. E. (1997), Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Un enfoque integral. 2ª edición. Ciencia y cultura latinoamericana S.A. de C.V., JGH editores mexicanos.
58. Pottinger M.A, Mckenzie C. (2006), Diferencias de género a la hora de enfrentar problemas de esterilidad entre parejas que reciben consejería para el tratamiento de fertilización in vitro, West Indian medical journal, 55 (4).
59. Pottinger M.A., Mckenzie C., et. al. (2006), Las mujeres muestran mayor culpabilidad y menor autoestima frente a la esterilidad, West Indian Medical Journal, 55 (4) p.p. 237-242
60. Ramírez S. (1962); Esterilidad y fruto, psicología de la función procreativa; edit. Pax México, p.p. 9-152.
61. Rojas E. (2002), ¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima, edit. Planeta mexicana, ediciones temas de hoy.
62. Rojo-Moreno, Valdemoro, et. al. (1996), Analysis of the attitudes and couples undergoing artificial insemination by donor; Human reproduction 11 (2) p.p. 294-299.
63. Schmidt (1998), Infertile couple's assessment of infertility treatment, Acta obstetricia et gynecologica scandinavica, 77 p.p. 649-653.
64. Sciarra J. (1994), Infertility: An international health problem, Journal of gynecology & obstetrics April (46).
65. Sherman J. A. (1978), Psicología de la mujer, revisión de estudios empíricos; Ediciones Marova, Madrid.
66. Smith Manuel J. (1975) 2005 1ª. Ed. México, Cuando digo no, me siento culpable, De bolsillo, México.
67. Ussher Jane (1995), The psychology of the female body, Edit. Routledge, 2a. edición, London y New York, 1-10, 15.
68. Vite V., Ortiz N. et. al., (2005), Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana, Ginecología y obstetricia de México, 73 (7).
69. Wright J., Bissantte F. (1991) Psychological distress and infertility: men and women respond differently; Fertility and Sterility, 55 (1)
70. Yen S., Jaffe R. (1997), Endocrinología de la reproducción, fisiología, fisiopatología y manejo clínico, Edit. Panamericana, Buenos Aires Argentina, p.p. 715, 722