



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CONSECUENCIAS EMOCIONALES ANTE LA PERDIDA DE LA  
CAPACIDAD REPRODUCTIVA EN LA MUJER  
(AUTOCONCEPTO EN TRES FORMAS DE PERDIDA  
REPRODUCTIVA: NATURAL, IMPUESTA Y DECIDIDA)**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**MARCELA BARRUEL OETTINGER**

**MONICA INESTA CASTILLO**

Asesor de Tesis: Dr. Francisco Morales Carmona

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA LE ORIGEN

1993



## **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 está 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.

## INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. Climaterio	5
CAPITULO II. Histerectomia	21
CAPITULO III. Oclusión tubaria bilateral	34
CAPITULO IV. Autoconcepto	42
CAPITULO V. Método	53
CAPITULO VI. Resultados	69
CAPITULO VII. Discusión y análisis de resultados	84
CAPITULO VIII. Conclusiones	89
CAPITULO IX. Limitaciones	91
GLOSARIO	92
BIBLIOGRAFIA	94
ANEXOS	108

## RESUMEN

La presente investigación se realizó con una muestra del Instituto Nacional de Perinatología INPer. Se hizo un estudio comparativo entre tres grupos:

- Grupo 1. 51 mujeres con oclusión tubaria bilateral (OTB)
- Grupo 2. 51 mujeres con histerectomía (HIS)
- Grupo 3. 47 mujeres en etapa climatérica (CLI)

Se midió el autoconcepto de estos tres grupos mediante la Escala de Autoconcepto Tennessee (TSCS), puesto que se quería estudiar, cual era el impacto en el autoconcepto de estas mujeres ante el fin de vida reproductivo.

Se encontró que existen diferencias significativas en algunas de las áreas del TSCS. Estas son:

1. Yo físico. Que salió significativamente más bajo en el grupo de climaterio en comparación con los otros dos grupos.
2. Yo familiar. Que igualmente salió más bajo para el grupo de climaterio pero únicamente en comparación con el grupo de oclusión tubaria bilateral.

Se encontró también una marcada tendencia aunque no significativa a mostrar un bajo puntaje en el área de identidad en los grupos de histerectomía y climaterio en comparación con el grupo de oclusión tubaria bilateral.

## INTRODUCCION

A lo largo del tiempo el papel de la mujer ha sido delimitado por diversos factores. Haciendo una revisión histórica del significado de la femineidad y del concepto de género se ha visto que en casi todas las culturas conocidas, cualquiera que sea el tipo de organización vincular o el modo de subsistencia que se tenga, están caracterizadas por claras definiciones y prescripciones acerca del lugar y el papel de la mujer (Rosaldo citado en Burin, 1987). En la cultura patriarcal hay una gran asimetría que da cuenta de la subordinación de la mujer a su rol casi exclusivamente maternal y doméstico. Su función reproductora delinea su rol social, colorea su inserción cultural y define, significativamente su psiquismo. Si bien esta estructura de sociedad patriarcal ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia, no puede negarse que su peso y sus consecuencias son de suficiente arraigo hasta nuestros días (Burin, 1987). Una consecuencia notoria es que se ha atribuido a las mujeres los roles afectivos o expresivos como valiosos, en tanto se ha desalentado para ellas los roles instrumentales, sobre la base de que tal diferenciación es una necesidad funcional para la conservación de la familia como grupo social (Parson & Bales, 1955).

Por otro lado podemos encontrar una biologización de la maternidad centrada en un cuerpo reproductor, lo cual ocasiona, que las prácticas médicas y psicosociales se organicen alrededor del sentido biológico que tienen las mujeres en este proceso. El rol biológico femenino concierne a la reproducción y por tanto a la subsecuente continuación de la especie. Una parte integral de la reproducción es el intercambio sexual, es así que la capacidad de la mujer de hacerse desear sexualmente así como la salud de sus órganos reproductores contribuyen en su tarea de llevar a cabo su función biológica (Polivy, 1974).

Newton (1955) dice que existe cierta tendencia a menospreciar y denigrar el rol biológico femenino, y por otra parte la mujer tiende a basar su identidad a través de su femineidad. Esta femineidad se compone de una combinación de factores. Dentro de éstos encontramos algunos como el atractivo físico, que es sentido como determinante de la deseabilidad sexual y la capacidad para concebir hijos.

Por consiguiente, los senos, los genitales y los órganos reproductores de la mujer son probablemente esenciales en su adaptación y autovaloración como mujer.

Debido a la importancia psicológica de estos órganos, una amenaza contra ellos fácilmente constituirá una amenaza al entero autoconcepto de la mujer. Especialmente para aquellas mujeres cuya identificación con el rol femenino descansa fuertemente en estos atributos, su integridad puede ser esencial.

Ann Oakley (1979) plantea "que el acto de tener hijos es un

constante recordatorio de la asociación de la <<naturaleza>> de la mujer con la <<naturaleza misma>>". En su opinión, "la necesidad cultural de socializar el acto de tener hijos ha afectado la libre mediación de las mujeres. Estas son obligadas, por la definición cultural de lo que es ser mujer, a darle a la maternidad una urgencia que las mismas mujeres no pueden tener".

De esta manera la biologización de la maternidad trae como consecuencia la noción de la mujer como única portadora y cuidadora del bienestar y de la salud de su familia en los trabajos de alimentar, cuidar de la salud de sus hijos, pareja, padres, etc.

Engels (1891 citado en Burin, 1987), en un análisis de la economía de asentamiento y de la producción de bienes excedentes, explica el surgimiento de la familia patriarcal y la división sexual del trabajo (en trabajo productivo y reproductivo), y la existencia de dos ámbitos diferenciados: El público y el privado.

De esta forma para Engels, las mujeres dejaron de ser productoras de los bienes que consumían quedando adscritas a las tareas domésticas, al ámbito de lo íntimo, a lo personal y a lo privado, lo cual tiende a domesticar el trabajo de las mujeres. Bajo esta dinámica histórica las mujeres han pasado de ser miembros libres e igualmente productores de una sociedad, a ser miembros subordinados y dependientes en el rol de esposas y criadoras.

La familia se tornó en una institución básicamente relacional y personal; en la esfera personal e íntima de la sociedad. Es así como el desarrollo de la familia nuclear (constituida por padres, hijos y algún otro familiar cercano) conduce al estrechamiento de los límites de la intimidad personal y a la ampliación de sus específicas funciones emocionales (Burin, 1987).

Junto con el estrechamiento al escenario doméstico, el entorno de las mujeres se reduce en tamaño y pierde perspectivas: las tareas domésticas, el consumo, la crianza de los niños, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos, se convierten en su ámbito natural. De esta forma van surgiendo una serie de prescripciones respecto de la moral materna. Suponiendo un modelo femenino con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición. La función materna queda cada vez más disociada de las actividades antes desempeñadas por mujeres y el desarrollo de esta moral materna gesta al "ideal maternal", como ideal privilegiado constitutivo de la subjetividad femenina (Graschinsky y Lombardi, 1982).

La sexualidad es algo más que se asocia al trabajo doméstico y a la labor maternal, el goce de la sexualidad queda adscrito al goce de la maternidad (Foucault, 1979 citado en Burin, 1987). "El único lugar de la sexualidad es el de la sexualidad reconocida utilitaria y fecunda ..." "...absorbida en la seriedad de la función reproductora".

Con el avance del capitalismo y el modo de producción tendiente a la propiedad privada, los hijos pasan a ser propiedad privada de las mujeres con quienes se supone deben mantener un vínculo necesario de inmediatés y control de sus necesidades. La convicción social era que en tanto se produjeran sujetos la mujer se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad. Es un momento decisivo en la historia donde se produce un cambio en el aparato psíquico de la mujer con la gestación del ideal maternal como denominador de sujeto psíquico y social, tanto en el orden material como en el orden simbólico (Burin, 1987).

A través de la historia se han distinguido dentro de las diferentes culturas, los caracteres femeninos de los masculinos en virtud de las condiciones sociales a las que los grupos se ven sometidos. Esto determina la definición de los roles sexuales de los miembros de una sociedad. El control social, al basarse en la normatividad, determina en los individuos los comportamientos, las pautas a seguir, lo permitido y lo prohibido. Es así como masculinidad y femineidad se constituyen como estatus, los cuales, a su vez, se convierten en entidades psicológicas en la mayoría de los individuos. Estos aprenden en general a desear el estatus social que se les ha asignado.

Cuando los individuos asumen sus roles las expectativas sociales con respecto a cada uno de ellos se refuerzan. El sujeto aprende para cada rol las expectativas que las otras personas asocian con la categoría que les corresponde, formándose así una identidad de rol apropiada. Las diferencias entre hombres y mujeres se van haciendo cada vez más profundas mediante el uso de estereotipos (dado que éstos representan las características típicas de cada sexo) en cuanto a lo que se espera de su comportamiento en las diferentes situaciones y roles sociales.

Como menciona Burin (1987), a lo largo del tiempo, los contenidos y cargas psicológicas que conforman la conciencia de ser mujer, así como la estructura social en la que se encuentra inmersa la población femenina han determinado, mediante un complejo proceso individual y social, la adquisición de género y de las características llamadas femeninas (capacidad de atractivo sexual, capacidad para tener hijos y criarlos, juventud, atributos de belleza física y fertilidad, sensibilidad, expresividad afectiva, capacidad de receptividad y contención, buen desarrollo dentro del ámbito doméstico, etc). Es así como la concepción que la mujer tiene de sí misma se encuentra ligada a las multideterminaciones que hasta ahora han organizado su noción de identidad.

Se puede pensar que la realidad social de la mujer (la suma total de objetos dentro del mundo social o cultural, así como los múltiples vínculos y relaciones de interacción) se encuentra determinada por el "ideal femenino". Aquellas mujeres que no cumplan con este ideal femenino, determinado en gran medida por su capacidad reproductiva podrían verse expuestas a alteraciones

emocionales importantes. Se presume que el autoconcepto de la mujer variará, pues al parecer, éste se ve influenciado de manera significativa por las formas en que sus compañeros de rol lo ven y por la manera en que ella ejecuta sus roles. Al no cumplir con los roles establecidos y ser percibida de una manera diferente es posible que surjan cambios significativos en cuanto al autoconcepto se refiere.

Nadelson et. al. (1983) habla de que para una mujer, el conocimiento de que es capaz de tener hijos ha sido desde siempre considerado crítico para el desarrollo de su identidad de género, de su sentido de femineidad y de su autoestima.

Rosenfeld y Mitchell (1979) afirman que la falta de capacidad reproductiva impacta fundamentalmente al autoconcepto y con frecuencia se vive como una pérdida que se resolverá de acuerdo con los recursos que cuenta el individuo.

La pérdida de capacidad reproductiva es un fenómeno que se presenta con mucha frecuencia en clínicas de atención ginecológica como es el caso del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Sin embargo, desafortunadamente en México existen pocos estudios que hablen acerca de este fenómeno.

Es por ésto que surge la inquietud de investigar algunas de las repercusiones en relación al autoconcepto de la mujer que pierde la capacidad para reproducirse.

Con la presente investigación se pretende aportar datos acerca del fenómeno que puedan ser utilizados para implementar un trabajo que permita abordar la problemática específica de estas mujeres.

De la misma forma se pretende que esta investigación pueda servir para sensibilizar a los trabajadores de la salud, ya que se intenta dar a conocer la importancia de algunos de los factores emocionales que se pueden presentar ante los procedimientos médicoquirúrgicos, debido a que el estado afectivo constituye un factor de gran influencia en la recuperación y el bienestar físico de las pacientes.

## CAPITULO I

### CLIMATERIO

Los grandes avances científicos y medios a los que actualmente se tiene acceso han aumentado la posibilidad de incrementar el promedio de vida en el ser humano. Se habla de que antiguamente, hace 1000 años el promedio de vida para la mujer era de 28 años (Atman, 1984 citado en Haney, 1986) y actualmente en nuestro medio alcanza los 72.2 años de edad (Estadísticas vitales SSA citado en Morales, 1991).

Esto lleva a pensar que indudablemente aumenta tanto el número absoluto como el porcentaje de mujeres que viven una parte importante de su existencia más allá del climaterio.

Existen datos concluyentes que indican que para el año 2000 el número total de mujeres de edad aproximada a los 60 años o más se acercará a los 350 millones y casi se duplicará esta cifra a 650 millones veinticinco años después en el año 2025 (Diczfalusy, 1986).

Algunos autores como Haney (1986) han llegado a plantear que cuando la duración probable de la vida no excedía la edad del climaterio, éste no constituía problema clínico alguno para la especie humana, sin embargo con el rápido aumento de supervivencia éste es un fenómeno que cobra gran importancia y se plantea como una invención de la vida actual.

La investigación moderna de los aspectos psicosomáticos en relación a la obstetricia y ginecología puede remontarse 50 años atrás (Nadelson, et. al., 1983) pero el manejo actual de la menopausia constituye el dilema del siglo 20 (Brenner, 1988). Es por esto, que a pesar de las dificultades y las limitaciones se continúa (desde diversos puntos de vista) la búsqueda de datos, donde los conceptos van modificándose y considerándose con mayor detalle.

En el conocimiento sobre fisiología y psicología de la menstruación existen múltiples limitaciones metodológicas como: a) seguimiento de casos, b) a la ausencia de un acuerdo en la categorización de grupos (Jaszman, 1978; Dennerstein & Burrows, 1978 citado en Mckilay, Mckilay & Brambilla, 1987) ó en el uso de instrumentos estandarizados para la medición de la sintomatología (Greene & Cooke, 1981 op. cit.), c) el trabajo con grupos heterogéneos y poco representativos en las muestras (Robins, 1969 op. cit.), d) la comparación entre categorías de edad inadecuadas (Rybo & Westerberg's, 1971 op. cit.), e) el trabajo con grupos donde los rangos de edades son muy amplios, f) falla en general para hacer distinciones cruciales entre casos de menopausia natural de aquellos que se han dado artificial ó quirúrgicamente, g) el sustento de la hipótesis de la asociación menopausia-depresión, donde pocos toman en cuenta la influencia de otros factores asociados que pueden tener influencia en la depresión en mujeres de mediana edad (Gove & Tudor, 1981 op. cit.); y por

último entre algunas otras limitaciones, la falla en la distinción, tanto en la teoría como en la práctica, de los términos menopausia y climaterio; dos términos que se han venido usando indistintamente en la literatura (Greene & Cooke, 1981 op. cit.).

El término climaterio es un término más general y se refiere a la involución de los ovarios y a los diversos cambios patológicos y hormonales asociados con la ausencia del sangrado menstrual.

Todo esto ocurre a lo largo de un lapso que quizá comienza 10 años antes que la menopausia y continúa tal vez muchos años después (Studd et. al., 1977 citado en Greene & Cooke, 1980).

Por lo tanto el climaterio ocurre entre los tardíos 30's y los tempranos 50's, sin embargo estos límites de edad son puramente arbitrarios (Greene, 1979).

El comité de nomenclatura de la federación internacional de ginecología y obstetricia ha denominado al climaterio como: La fase en el proceso de envejecimiento en el cual una mujer pasa de la etapa reproductiva a la no reproductiva. Donde los signos que indican que ha llegado este período de vida se refieren como "síntomas climatericos" o si son más graves como "molestias climatericas" (Judd citado en Benson, 1986).

El climaterio comprende tres períodos:

Al principio, comienza con el decremento de la cantidad de estrógenos secretadas por los ovarios. Conforme van disminuyendo los estrógenos, la progesterona igualmente declina, lo que ocasiona que el ciclo hormonal reproductivo se torne irregular (For the woman approaching menopause, 1985).

La PREMENOPAUSIA es esta primera parte antes de que ocurra la menopausia donde los ciclos menstruales se vuelven irregulares y comienza la presencia de molestias climatericas (Judd citado en Benson, 1986).

Esta fase de irregularidad menstrual, marca la transición de los ciclos menstruales regulares a la amenorrea permanente de la menopausia. Los ciclos pueden alargarse o acortarse y el sangrado puede volverse más ligero o abundante (Los años brillantes, Civa-Geigy).

Los cambios en la función menstrual pueden seguir uno ó varios de los siguientes patrones menstruales.

- 1.- Supresión brusca del flujo menstrual, que es muy rara por que la disminución de la función ovárica por lo general sigue un curso lento.
- 2.- Disminución gradual que es el patrón más común, tanto en cantidad de flujo menstrual como en duración del periodo, el cual se va reduciendo a manchas hasta que desaparece.

La irregularidad del ciclo aparece tarde o temprano con periodos de abstención y retraso de la menstruación.

3.- Hemorragias vaginales más intensas y poco frecuentes que son presentadas en una minoría de pacientes. También puede ocurrir sagrado entre periodos (Judd citado en Benson, 1986).

Los episodios irregulares representan la maduración irregular de los folículos ováricos, función que se ve alterada debido al desequilibrio hormonal por la baja producción de estrógenos.

La MENOPAUSIA se refiere al cese del sangrado menstrual, lo cual ocurre entre los 45 y 50 años de edad (Greene & Cooke, Judd citado en Benson, 1986).

#### ETIOLOGIA

Existen dos tipos de menopausia clasificados de acuerdo a la causa: menopausia fisiológica y menopausia artificial.

#### 1o.MENOPAUSIA FISIOLÓGICA

Se refiere al cese espontáneo ó natural de la menstruación, en mujeres entre 45 y 50 años, como resultado del agotamiento de los folículos ováricos (Brenner, 1988).

La ovogénesis comienza tempranamente en el embrión humano, alrededor de la tercera semana de gestación. Se ha calculado que los ovarios fetales contienen aproximadamente 7 millones de oogonias a las 20 semanas de gestación, a partir de entonces hasta la menopausia disminuirán a ritmos variables. Después de los 7 meses de gestación ya no se forman nuevos oocitos, y al nacimiento existen aproximadamente 2 millones de ellos y al inicio de la pubertad se han reducido a 300 mil. Dos procesos ocasionan una reducción continua en el número de oocitos a lo largo de los años de reproducción, éstos son la ovulación y la atresia (Judd citado en Benson, 1986).

La mayoría de los oocitos desaparecen por atresia y sólo 400 ó 500 se convierten en óvulos. La menopausia ocurre aparentemente en la mujer a causa de dos procesos. Primero, los oocitos que responden a las gonadotropinas, desaparecen del ovario como óvulos maduros y son liberados, de tal manera que el sistema reproductor asegura la posibilidad de concepción; y segundo, los oocitos restantes, que no responden a las gonadotropinas, permanecen en los ovarios mostrando un grado limitado de desarrollo (op. cit.).

Es difícil determinar la edad promedio de la menopausia, pero la mayoría de las mujeres la presentan a una edad entre 45 y 55 años.

Parece no existir una relación fundamentada entre la menarquía y la edad de la menopausia.

Asimismo el matrimonio, peso, talla, procreación y empleo prolongado de anticonceptivos por vía oral parecen no influir en la edad de la menopausia, sin embargo el tabaquismo se asocia con una menopausia temprana.

La detención temprana espontánea de la menstruación, es decir, aquella que se presenta antes de los 40 años se llama menopausia prematura ó insuficiencia ovárica temprana (las razones aún se desconocen) pero la aparición de síntomas y molestias climatéricas puede ocurrir pocos años después de la menarquia.

La radiación ionizante y los medicamentos quimioterapéuticos pueden acelerar la menopausia.

## 20. MENOPAUSIA ARTIFICIAL

Se refiere a la suspensión permanente de la función ovárica originada por la extirpación quirúrgica de los ovarios, por radioterapia (que rara vez se utiliza en la actualidad) o por laparotomía.

Finalmente, el último periodo, la POSTMENOPAUSIA es la fase de la vida posterior a la menopausia donde se da un ajuste final del organismo (es incierto si debe llamarse así al resto de la vida de la mujer o sólo al periodo en el cual ocurren los síntomas del climaterio) (op cit.).

Las mujeres que han tenido su último sangrado hace más de seis meses se clasifican dentro de este rubro.

## CAMBIOS FISICOS IMPORTANTES

Utian (1977 citado en Hagstad et. al., 1986) concluyó que los únicos síntomas directamente asociados a la deficiencia estrogénica son la atrofia vaginal, endometrial y uretral, bochornos, transpiraciones y osteoporosis.

## ATROFIA ENDOMETRIAL, VAGINAL Y URETRAL

Debido a que los estrógenos funcionan como el factor más importante del sistema reproductor femenino, hay cambios sustanciales en el aspecto de todos los órganos reproductores.

La mayoría de las mujeres observan diversos cambios atróficos en sus epitelios vaginales, las estrias vaginales se aplanan progresivamente lo cual hace desaparecer su apariencia normal de rugosidad y el epitelio se adelgaza, se vuelve pálido y transparente (Brenner, 1988; Judd citado en Benson, 1986).

Traumatismos mínimos como duchas vaginales ó coitos pueden dar por resultado hemorragias ligeras.

Al inicio del proceso, el pH vaginal aumenta lo cual puede provocar invasión bacteriana local (normalmente ausente en los años reproductivos). Es posible que la infección vaginal cause

prurito (comezón) y leucorrea vaginal (op. cit.).

También se dan cambios atróficos en el cuello uterino. Suele reducirse su tamaño y hay disminución de moco cervical, la vagina se vuelve más seca y esta sequedad excesiva puede a su vez producir dispareunia (dolor en el coito) lo cual puede ocasionar que las relaciones sexuales sean incómodas (Los años maravillosos, Ciba Geigy; Judd citado en Benson, 1986).

Aparece atrofia del útero con retracción del endometrio y del miometrio, el tejido se vuelve atrófico e inactivo no sólo dentro del útero sino también en los sitios ectópicos. Las zonas palpables y sintomáticas de endometriosis se vuelven progresivamente más pequeñas y menos problemáticas.

Las trompas y los ovarios disminuyen también su tamaño en la postmenopausia, las estructuras de apoyo a los órganos reproductores sufren pérdida del tono a medida que disminuyen los niveles estrogénicos lo que puede conducir a una relajación pélvica sintomática y progresiva (op. cit.).

El tracto urinario (al provenir del mismo origen embriológico), se ve afectado por cambios similares a los que sufre la vagina.

El epitelio de la uretra al igual que la vagina, sufren cambios atróficos determinados por la falta de estrógenos, hay pérdida del tono uretral y las vías urinarias se tornan más vulnerables y sensibles. Es posible que se experimenten deseos urgentes de orinar ó incontinencia urinaria.

En cuanto a las glándulas mamarias, existe regresión del tejido mamario durante o después de la menopausia; este cambio psicológicamente trastorna a algunas mujeres (Judd citado en Benson, 1986).

#### OSTEOPOROSIS

Uno de los graves peligros asociado al climaterio es la osteoporosis. Es un trastorno que se caracteriza por una pérdida de volumen de hueso ó disminución en la cantidad de hueso, sin que haya cambios en la composición química de éste. Esto ocasiona que los huesos se tornen más endebles ó frágiles lo cual los convierte a ser más susceptibles a fracturas.

La pérdida de cierta cantidad de hueso es parte inevitable del envejecimiento, pero se pronuncia especialmente en las mujeres postmenopáusicas por la pérdida de la función ovárica.

Morris (1986) en su artículo sobre osteoporosis postmenopáusicas habla acerca de que las mujeres pierden masa ósea después de los 30 años y los hombres después de los 45 ó 50 años, además de estas diferencias sexuales, también existe una diferencia racial en la aparición de la osteoporosis sintomática. En las mujeres blancas es más alta la frecuencia, luego las orientales y por último la raza negra (las razones aún no se han definido

completamente). Se piensa que el tabaquismo favorece la osteoporosis y que las mujeres delgadas también son más susceptibles a sufrirla, al parecer la obesidad se ha dicho ser protectora de este proceso.

El fenotipo parece influir también significativamente. Las mujeres de baja estatura y complexión pequeña cuyo esqueleto es poco pesado presentan un mayor riesgo. Factores de historia familiar con osteoporosis y estilos de vida son también factores de incidencia (Morris, 1986).

#### BOCHORNOS

En cuanto a la inestabilidad vasomotora, puede presentarse en forma de llamaradas calientes, bochornos ó transpiraciones.

En Estados Unidos por lo menos el 75% de todas las mujeres postmenopáusicas tienen bochornos o ráfagas calientes, así como transpiraciones que las motivan a consultar al médico (Brenner, 1988); estos síntomas que ocurren en la mayoría de las mujeres están "claramente asociados" con el inicio de la menopausia natural (Nadelson et. al., 1983).

Este es el síntoma más comunmente asociado con la menopausia según escribe Brenner (1988), sin embargo otros autores consideran que no pueden considerarse como únicos en las mujeres postmenopáusicas, pues también las mujeres que aún menstruan han reportado estos síntomas (Hastad et. al., 1986).

Los bochornos generalmente comienzan en la parte superior del cuerpo y se extienden hacia el cuello y cara; después de esa sensación repentina de calor pueden aparecer áreas rojas en el pecho, espalda, hombros y en la parte superior de los brazos (Perlmutter, 1978). Su duración es variable, de pocos segundos a varios minutos (Mullely & Mitchell, 1986 citado en Brenner, 1988) ó con intervalos semanales, mensuales, diarios ó incluso de horas (Perlmutter, 1978). Estos períodos de aparición, varían de persona a persona y de época a época en la mujer.

El agente etiológico productor de los bochornos aún es desconocido. Probablemente estén mediados hormonalmente (clinical guide to the menopause & postmenopause citado en Perlmutter, 1978).

Existen autores que comentan que el fenómeno aún no es claro, pero que se encuentra relacionado al desbalance endócrino, con bajos niveles de estrógenos y altos niveles de hormona luteinizante y de hormona foliculoestimulante segregadas por la glándula pituitaria y estimuladas por el hipotálamo, pero no "bloqueadas ó apagadas" por las hormonas ováricas usuales (Casper, 1979 citado en Nadelson et. al., 1983). Las hormonas hipotalámicas, pituitarias y ováricas tienen efecto en el mecanismo regulador del calor.

En un estudio realizado en México, Casamadrid (1986) encontró que

bochornos y sudores son los síntomas que se asocian con mayor frecuencia al climaterio. Estos se presentaron en el 12% y 15% de la muestra estudiada, en este estudio se encontró que la presencia de bochornos no es igual en las mujeres que tienen una actitud favorable hacia el climaterio que aquellas que muestran una actitud desfavorable, por lo cual no descarta la posibilidad de considerar en la etiología de estos síntomas un componente psicológico.

Por otro lado se ha visto que estados de stress, ansiedad y excitación pueden precipitar y agravar estos ataques de calor e incrementar y prolongar las molestias (Clinical guide to the menopause & postmenopause citado en Perlmutter, 1978; Nadelson et. al., 1983). Sin embargo estos síntomas pueden aparecer independientemente de mecanismos psicológicos claros ó mecanismos de calor que los estimulen.

Se habla también de que para algunas mujeres el no poder tener control sobre las reacciones de su cuerpo representa un gran disturbio; y el que los bochornos sean evidentes a la vista de otros, produce situaciones embarazosas y provocan ansiedad.

Se debe pensar que estos síntomas físicos, que acompañan a la menopausia, rara vez ocurren sin influenciar las emociones y la personalidad de la mujer.

Estudios realizados en México como el de Casamadrid (1986) arrojan datos acerca de los síntomas encontrados para una muestra de mujeres mexicanas de nivel socioeconómico medio-alto. Los síntomas que se presentaron en más de 30% de la muestra fueron los siguientes:

- Dolores musculares en huesos y articulaciones.
- Piel seca.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Palpitaciones.
- Bochornos.
- Trastornos gastrointestinales.
- Insomnio.
- Aumento de peso.
- Dolor de cabeza o migraña.
- Adormecimiento de extremidades.
- Sudores.
- Labilidad emocional.
- Sentimientos de minusvalía.
- Calambres.

Por otra parte Schindler (1985) y Nadelson et. al. (1983) encontraron que algunos de los síntomas psicológicos y emocionales que se atribuyen a la menopausia incluyen: Depresión, irritabilidad, insomnio, dolores de cabeza, palpitaciones, ansiedad, miedo, nerviosidad mal definida, crisis de llanto, pérdida de la autoestima, desadaptación al ambiente, alteraciones de memoria y de la libido.

Una mujer normal sentirá profundamente los cambios que observa que están sucediendo en su cuerpo, lo cual creará respuestas emocionales en ella. Los cambios en los niveles hormonales (lo que esencialmente ocurre en la menopausia) pueden también afectar su personalidad (For the woman approaching menopause, 1985).

Es por esto que se dice que la menopausia no es sólo un fenómeno físico, es también un fenómeno psicológico y emocional.

En el estudio de Casamadrid (1986) se encuentra que el grupo de síntomas formado por adormecimiento de las extremidades, dolor de cabeza o migraña, insomnio, cansancio, trastornos gastrointestinales, escalofríos, dispareunia, disfunción sexual, depresión, labilidad emocional, irritabilidad y sentimientos de minusvalía corresponde al grupo considerado como síntomas psicológicos fué el que presentó la correlación más fuerte con la actitud hacia el climaterio, lo que indica que las mujeres que tienen una actitud favorable hacia éste tienden a presentar menos síntomas.

El doctor José Luis Pérez de Salazar (1967) consideró que "el síndrome climatérico" sobreviene al efectuarse la declinación de las funciones gonadales, trayendo como consecuencia la aparición de una serie de fenómenos compensatorios tanto orgánicos como psíquicos, que cuando se desarrollan armónicamente, logran que ese estado de la mujer sea poco molesto y en ocasiones asintomático; pero cuando no sucede esto se desencadenan trastornos psíquicos, metabólicos y degenerativos que constituyen la sintomatología del climaterio.

Vázquez Benítez (1991) plantea que la terapéutica de las complejas manifestaciones del climaterio se simplificaría si, dentro de un diagnóstico integral, se estableciera una jerarquía de los síntomas en 4 grandes subsíndromes que constituyen el síndrome climatérico, esquematizados de la siguiente manera:

a) Subsíndrome menstrual

Por disminución en la frecuencia, cantidad y duración del sangrado.

Por aumento en los mismos caracteres.

b) Subsíndrome vasomotor.

Bochornos.

Sudores.

Parestesias.

Calambres.

Mareo o subido de oídos.

Lipotimias.

Palpitaciones.

Inestabilidad de la tensión arterial o hipertensión franca.

c) Subsíndrome psíquico.

Nerviosidad mal definida.  
Irritabilidad, inestabilidad emotiva.  
Crisis de llanto.  
Alteraciones de la memoria.  
Alteraciones de la libido.  
Pérdida de la autoestima.  
Desadaptación a su ambiente.  
Insomnio.  
Cefalea tensional.

d) Subsíndrome metabólico.

Vaginitis atrofica/dispareunia/"cistitis".  
Ostopenia y sus consecuencias.  
Dislipidemias.  
Aterosclerosis y sus consecuencias (coronarias y cerebrales).

DEPRESION

Aunque al parecer la menopausia no aumenta el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos durante la edad madura, algunos grupos de mujeres son más vulnerables. El principal trastorno psiquiátrico es la enfermedad depresiva (Schindler, 1985).

"La depresión es un cuadro clínico que se caracteriza por una alteración específica del estado de ánimo (tristeza, apatía, sensación de soledad), un concepto negativo de sí mismo acompañado de autoreproches y autoinculpación. Emergen deseos regresivos y de autocastigo (deseo de escapar, esconderse ó morir) y trastornos neurovegetativos (anorexia, bulimia, insomnio, disminución de la libido). El nivel de actividad psicomotora muestra cambios significativos ya sea en forma de retardo o agitación (Morales, 1981).

Existen numerosos estudios que han trabajado sobre depresión en mujeres de mediana edad en las últimas tres décadas (estos estudios serán mencionados más adelante).

Dentro de la vasta literatura, con concepciones distintas acerca de la etiología de la depresión se encuentran dos puntos de vista diferentes ó escuelas de pensamiento diferentes:

- La perspectiva acerca de "la deficiencia estrogénica" que sostiene que la depresión se asocia a los cambios menstruales debido a las alteraciones endócrinas que sufre la mujer alrededor de los 50 años de edad.

- La perspectiva acerca de "las circunstancias sociales" que es la más reciente y la más discutida. Este punto de vista disminuye las asociaciones fortuitas (Winocur, 1973 citado en Mckinlay, Mckinlay & Branbilla, 1987) ó causales (Schneider, Brotherton & Hailes, 1977 op. cit.) menopausia-depresión, y sostiene que la depresión está relacionada a las circunstancias sociales o de

vida que las mujeres experimentan en esa etapa (Slater & Roth, 1969; Mitchel, 1971 op. cit.).

Algunas de las teorías psicosociales proponen que la desventaja social de la mujer, la debilidad aprendida y la sensación de impotencia contribuyen a elevar la incidencia de la depresión (Greene & Cooke, 1981; Weissman & Klerman, 1977 citados en Schindler, 1985).

La sintomatología que se presenta acompañando a la menopausia, ciertamente es ocasionada por la deficiencia endócrina de los ovarios; y constituye un estado patológico y un verdadero desorden metabólico que requiere reconocimiento (Utian, 1977 citado en Mckinlay et. al., 1987). Sin embargo no todas las mujeres muestran depresión en la mediana edad a pesar de estar condicionadas a dichos cambios metabólicos. Lo cual haría pensar que los estrógenos desempeñan una innegable función más no un papel dominante.

Una vez que fué establecido que las reacciones depresivas durante la mediana edad eran síntomas de un síndrome causado por la deficiencia estrogénica como resultado de la menopausia, numerosas terapias estrogénicas empezaron a ser cuestionadas y probadas clínicamente. Diversos autores (Utian, 1972; Utian & Beaumont, 1973; Dennerstein, Burrows, Hyman & Sharpe, 1977 citados en Mckynlay et. al., 1987) indican que la terapia estrogénica tiene un gran efecto placebo sobre los síntomas menopáusicos.

De la misma manera el estrógeno es considerado en los círculos clínicos como productor de un efecto mental "tónico" en mujeres de mediana edad que se encuentran deprimidas (op. cit.).

Otros autores concuerdan con que los estrógenos son sólo efectivos en aliviar algunos síntomas específicos, lo que implica que otros síntomas requieren de otro tipo de tratamientos.

Posteriormente, al afirmarse que la menopausia tenía efectos psicológicos y fisiológicos significativos, la menopausia asociada a la depresión se comienza a llamar "melancolía involutiva".

Estudios más recientes indican que no existen cuadros sintomáticos definidos como "depresión ó melancolía involutiva" como algunos le han llamado; Weissman (1977 citado en Mckynlay et. al., 1987) en una revisión de epidemiología y de estudios clínicos no encontró soporte alguno para dar validez al término como una entidad nosológica diferente. Incluso se ha observado que las mujeres son mucho más vulnerables a los trastornos depresivos que los varones en todos los grupos de edad y que existe una tendencia descendente en la edad pico en que aparecen los trastornos depresivos, donde las mujeres más jóvenes muestran mayor susceptibilidad a la depresión y al suicidio (Schindler, 1985). Es decir, no se ha encontrado una mayor incidencia de cuadros depresivos en la mediana edad de lo que se espera para

otra edad ó época en la vida.

Puede verse que la asociación menopausia-depresión ha perdido fuerza y la idea de que la menopausia ejerce efectos fisiológicos y psicológicos significativos que pueden conducir a la depresión (en aquellos individuos con cierta predisposición) gana terreno.

En ningún momento se pretende restar peso a los cambios fisiológicos como consecuencia del envejecimiento, pero habrá que notar que junto con la pérdida estrogénica van muchas otras pérdidas para la mujer en la edad del climaterio.

Entre los 45 y 55 años la mujer experimenta grandes cambios biológicos, sociales, y psicológicos. "Así el climaterio, junto con la primera infancia, la pubertad y la maternidad son etapas de desarrollo de gran susceptibilidad en donde se presentan conflictos psicológicos que la mujer debe resolver" (Casamadrid, 1986).

Se asume con frecuencia que estas experiencias son grandemente negativas y que tienen consecuencias que deterioran el estado de salud y el comportamiento (Mckynlay et. al., 1987).

Durante la mediana edad por ejemplo, aparecen grandes riesgos de contraer enfermedades ó morir, de perder a la pareja, divorciarse ó separarse; la muerte de los padres, el enfrentamiento con la crisis de mediana edad de la misma pareja, desempleo, la pérdida de la capacidad reproductiva, de la femineidad, del papel maternal (pues los hijos frecuentemente comienzan a expresar sus propias necesidades y se van de la casa), la pérdida de la juventud, de la capacidad y fuerza física que enfrentan a la mujer con el envejecimiento. Una mujer que está cercana a los cincuentas y que está en la etapa media de vida es propensa a sentir presiones sociales que le recuerdan la pérdida de la juventud. La menopausia no ocurre dentro de un vacío cultural y es mediada e interpretada a través de variables culturales que actúan como filtro de las experiencias, expectativas y actitudes (Kaufert & Syrotuik, 1981; Flint, 1975; Frey, 1981; Dowty, 1972; Maozi, Antonovsky, Apter, Wijsenbeck, Datan & Grossman, 1977; Griffin, 1977 citados en Mckinlay et. al., 1987).

Si se toma en cuenta lo escrito anteriormente, puede verse que es muy difícil establecer un sólo factor etiológico para la depresión; por lo cual tendrá que hablarse de una etiología multifactorial que incluya componentes hormonales, genéticos, bioquímicos, psicológicos y sociales.

Junto con las experiencias de la mediana edad y los múltiples cambios fisiológicos y de vida alrededor de la menopausia, el estrés puede ser relacionado a la experiencia que se vive y a la interpretación de ésta.

A continuación se mencionan algunas teorías que hablan acerca de esto.

## ESTRES DE VIDA

Diversos autores han atribuido los síntomas menopáusicos a cierto estrés psicosocial que se experimenta en la mediana edad (Cooke, 1979; Carlington, 1968 citados en Greene & Cooke, 1980). Se ha demostrado que el "estrés de vida" tiene un significativo efecto en la exaltación de los síntomas, más que la menopausia por sí sola. Asimismo, estos autores concluyeron que las reacciones adversas que tienen lugar en este período de la vida están más relacionadas con el estrés producido por los eventos que se viven, que con los eventos biológicos de la menopausia.

Paradójicamente, no existe evidencia de que "el estrés de vida" aumente significativamente en el climaterio. Greene et. al. plantean dos posibles hipótesis (no excluyentes) que quizá pudiesen explicar los siguientes hallazgos:

1. Algunas mujeres en esa época de su vida pueden estar particularmente predispuestas a reaccionar de manera adversa a altos grados de estrés siendo que en edades menores o mayores pueden manejarlo.

2. A pesar de que no existe un incremento significativo en el "estrés de vida" durante la fase temprana del climaterio, pueden existir ciertos aspectos cualitativos ligados a los eventos que suceden en ese período, que tienen un gran significado para las mujeres a esa edad.

Ambas teorías son consistentes con la hipótesis general de que las mujeres en esa época atraviesan un período en el cual son particularmente vulnerables a un gran número de cambios de vida estresantes.

Posteriormente estos mismos autores señalan, en otro trabajo, que los eventos que se viven pueden influenciar diferentes clases de síntomas, que las características del evento pueden dar por resultado síntomas específicos.

Andrews & Lennand, Brow et. al. (op. cit.) por su cuenta señalan que los eventos de la vida no tienen un efecto específico. Argumentan por su parte que la personalidad, factores demográficos y pérdidas tempranas actúan como "factores de formación de síntomas".

Qué tan bien se adapten las mujeres a estos particulares cambios de vida dependerá de toda una serie de factores como la calidad de su matrimonio, el grado en que ellas hayan sido dependientes de sus hijos para su desahogo emocional y de la habilidad de transferir la capacidad de encontrar satisfacción dentro de su familia a la posibilidad de hacerlo fuera de ella.

De nueva cuenta dentro de este contexto, la investigación en el área de eventos de la vida tiene que tomar en cuenta sistemas sociales de soportes como la calidad o confianza en las relaciones sociales (Brow & Harris, 1978; Miller & Ingham, 1976

op. cit.) y la personalidad (Garryt et. al., 1977 op. cit.).

Nuevamente se observa que la explicación a éstos fenómenos se encuentra en una base multifactorial de eventos y sucesos.

Los síntomas menopáusicos, que alguna vez se pensó estaban relacionados en forma directa con la pérdida de la función biológica, en la actualidad deben ser considerados dentro de un contexto más amplio ya que factores sociales, culturales y psicológicos desempeñan una importante función (Schindler, 1985).

Hemos visto por otro lado, que existen numerosos desórdenes que han sido asociados a los cambios en el balance hormonal e igualados a la menopausia (Perlmutter, 1978) y síntomas atribuidos al climaterio (Donovan & Rochester, 1951 citados en Hagstad et. al., 1986).

No todos los cambios que se manifiestan son secundarios al desbalance hormonal, escribe Perlmutter (1978). El proceso normal de envejecimiento concomitante, es responsable de algunos de los síntomas que las mujeres experimentan, pero los verdaderos cambios ocasionados por este envejecimiento y desbalance hormonal se combinan con miedos, presiones sociales, inseguridad en el trabajo y la progresiva desintegración de la unidad familiar.

El climaterio es una etapa en la vida del ser humano que lo conduce en ocasiones a un desajuste funcional tanto en el sentido fisiológico (pues sobreviene al efectuarse la declinación de las funciones gonadales) como psíquico, que determina una alteración rompiendo con ese estado de "equilibrio físico, mental y social".

Es una etapa individual de suma importancia; el hombre recibe el impacto de la biología que declina y además se dan cambios sociales y familiares de la mayor importancia.

Debe entenderse pues al climaterio como una etapa de crisis en todos los niveles tanto fisiológico como psicológico y social, dentro del ciclo de vida del ser humano.

Los cambios que se dan dentro de este desarrollo de la edad madura, deben diferenciarse de los efectos menopáusicos. Los síntomas representan pues una respuesta individual a la menopausia y se correlacionan en alto grado al estilo personal adaptativo y al estilo de respuesta al medio y no primariamente a cambios hormonales (Morales, 1991).

Schindler B. (1985) considera también que factores sociales y culturales modifican la experiencia psicológica de la edad madura.

El declinamiento en la producción hormonal también puede traer consecuencias físicas, sin embargo el punto de vista de que la menopausia es una enfermedad de deficiencia hormonal y que requiere reemplazo de ciertas cantidades de estrógenos, se refleja en el hecho de que la menopausia no es tomada como una

etapa normal de la vida con cambios endócrinos específicos.

#### PSICODINAMIA DEL CLIMATERIO

Therese Benedek (1950) comenta que ante la menopausia la situación de vida se hace compleja y exigente, a) los hijos se van de la casa, b) se casan los hijos, c) cambian las necesidades sexuales en la pareja, etc. y que cuando una mujer no puede emparentar con sus dificultades, como lo ha hecho en el pasado, "su ego entrana respuestas emocionales que la amenazan". Sin embargo Benedek cree que no todas las mujeres viven la menopausia como una época difícil.

Langer (1992) explica la importancia que tiene la salud mental de la mujer antes de llegar a la menopausia como factor determinante en los efectos que el climaterio pueda tener en su personalidad.

La autora plantea que la mujer actual se ha topado con serias limitantes para satisfacer sus instintos maternos. La introducción de la mujer a la fuerza de trabajo hacen que cada vez le sea más difícil cuidar de sus hijos y éstos han pasado de ser una ayuda para la familia a ser una carga para la misma.

Asimismo, la sociedad actual ha provisto a las madres de diversos recursos que les permiten deshacerse cuanto antes de las labores maternas y así poderse integrar al mercado de trabajo. Es así como para Langer la mujer ha venido perdiendo la posibilidad de descargar sus impulsos en la maternidad.

Esta falta de satisfacción maternal puede traer serias consecuencias en el climaterio. Cuando la mujer atraviesa la menopausia se da cuenta de que ha perdido para siempre la posibilidad de realizarse como madre, si éstos instintos no han sido sublimados adecuadamente en otras actividades creativas a lo largo de la vida de la mujer, puede sobrevenir, en la etapa climática, una tendencia a la depresión. Es por esto que actualmente el trabajo de la madre fuera del hogar, "no choca con su maternidad sino que la complementa".

Langer amplía esta idea sosteniendo que las crisis que se presentan en el climaterio están muy relacionadas con la vida anterior a la menopausia de la mujer. La autora expresa que "estudios cuidadosos demostraron que las mujeres que presentan trastornos menopáusicos ya sufrían con anterioridad de trastornos nerviosos. Son mujeres de ajuste sexual pobre, de carácter rígido con dificultades para adaptarse a cambios, y de un campo de intereses limitado, las que corren riesgos al envejecer" (op. cit.).

"La mujer que gozaba sexualmente hasta entonces comprobará pronto que no perdió esta facultad ya tan firmemente establecida, que adquirió independencia de los procesos hormonales, mientras que la mujer que no gozó nunca, ahora ve desaparecer su última posibilidad" (op. cit.).

Mucho depende del tipo de intereses que la mujer tenga; si éstos se limitan al cuidado de los hijos y labores en el hogar (que también dependen en gran medida de la presencia de los hijos en el hogar), cuando ellos faltan la mujer comienza a sentirse inútil y vacía, así todos los cuidados que centraba antes en la familia, comenzará a centrarlos hipocondriacamente en su propio cuerpo.

Deutsch (citada en Langer, 1992), sostiene que un gran conflicto en la mujer climaterica proviene del deseo incestuoso hacia su hijo que debe reprimir, además la autora compara este sufrimiento con el de la mujer adolescente que debe reprimir su amor incestuoso hacia el padre. Así Deutsch declara la crisis climaterica como inevitable aunque determinada por la estructura psicológica de la mujer, por sus logros y fracasos durante la vida y por la forma en que superó o no sus conflictos infantiles.

Por otra parte Benedek (citada en Langer, 1992), sostiene que las mujeres que logran la satisfacción de su maternidad y una gratificación sexual adecuada sufren muy pocos síntomas psicológicos y físicos durante el climaterio. Mead (citada en Langer, 1992), después de minuciosos estudios referentes a los problemas de la mujer en diferentes culturas, llegó a la conclusión de que las reacciones depresivas de las mujeres menopausicas se deben a que las mujeres pierden a sus hijos y con ello pierden la fuente más grande de intereses ya que por ocuparse de ellos renunciaron a valores y ocupaciones propias.

Es por esto que Langer concluye que "la reacción a la menopausia es como test que indica si una mujer ha sido feliz o desgraciada".

Asimismo la autora ofrece la posibilidad de evitar la crisis climaterica, teniendo una vida adulta satisfactoria sin que ésta dependa exclusivamente de los hijos y que pueda sublimar adecuadamente la parte de sus instintos procreativos que no logra satisfacer directamente.

De la conjunción de éstos y muchos otros factores antes mencionados y de la capacidad de respuesta emocional, así como de los recursos psíquicos con los cuales la mujer cuente para lograr una adaptación adecuada dependerá la manifestación de sintomatología así como su espectacularidad; por lo tanto, se afirma una vez más, que el climaterio debe tomarse en cuenta como una crisis adaptativa ante las nuevas circunstancias de vida y no como un estado o padecimiento fisiológico puro.

La fase del desarrollo correspondiente a la edad adulta que alguna vez se consideró como un período de estancamiento e involución, es ahora vista como una época con potencial de crecimiento y desarrollo (Schindler, 1985).

Erik Erikson (1974) en sus esfuerzos por estudiar el ciclo vital de la vida, postula en su teoría acerca de la evolución psicossocial, ocho fases o edades del hombre.

Estas divisiones están bien definidas por una tarea concreta de fase, siguiendo una cronología general y sin estar relacionadas con límites específicos y arbitrarios en cuanto a la edad.

Las últimas tres etapas que el autor postula corresponden a la adultez.

Dichas divisiones tienen validez sólo en el sentido en que las tareas específicas de fase alcanzan su punto crítico de resolución durante las respectivas etapas.

Este proceso está firmemente arraigado en un contexto social y se apoya en una coordinación entre la persona que se está desarrollando y un ambiente que ofrece posibilidades normales para ese desarrollo.

Si se toma en cuenta lo planteado por Erikson quizá también pueda verse la etapa del climaterio bajo una perspectiva diferente, con nuevas posibilidades para las mujeres que lo cursan. En la etapa referente a la adultez, la generatividad para Erikson es lo más importante, abarcando la productividad y la creatividad al mismo tiempo. Por lo tanto, no sólo la generación de nuevos seres (hijos) sino de nuevos productos e ideas, pueden lograr este mismo propósito. Así individuos que renuncian a la paternidad pueden expresar su capacidad procreadora por medio de otros actos altruistas y creadores, incluyendo un sentimiento de autogeneración que tenga que ver con un mayor desarrollo de la identidad. Asimismo el mero hecho de la paternidad biológica, o el deseo de tener hijos, no equivalen en sí mismos a la verdadera procreación.

Este sentimiento de estancamiento no es ajeno, postula Erikson, de ninguna manera, a quienes son más intensamente productivos y creativos y puede abrumar totalmente a quienes se encuentran inactivados. Bajo este punto de vista quizá podría pensarse que las mujeres que entran al climaterio sin un proyecto de vida personal y dependiendo de su rol de reproductoras y criadoras de hijos, pudiesen enfrentarse a ciertas complicaciones. Puesto que, como dice Erikson un estancamiento en cualquier estadio, señala patología (autoabsorción y estancamiento) e implicará una regresión a conflictos previos.

## CAPITULO II

### HISTERECTOMIA

La histerectomía es una intervención quirúrgica a la cual se recurre actualmente con mucha frecuencia.

La extirpación de los ovarios y del útero cada vez es más común. Kroger et. al. (1963 citado en Polivy, 1974) estipulan que la proporción de histerectomías y apendicectomías en Estados Unidos es de 4 a 1.

Existe una gran incidencia de esta intervención más que en ninguna otra y si las cosas continúan de esta manera en el futuro más de la mitad de las mujeres a la edad de 65 años habrán perdido el útero (Ananth, 1978).

De las operaciones ginecológicas realizadas más frecuentemente, se encuentran la salpingoclasia (Oclusión de trompas de falopio) en primer lugar y la histerectomía en segundo; en la actualidad se efectúan en Estados Unidos 800,000 histerectomías al año, por lo que esta operación es la más frecuente en dicho país (Reyna, 1986). En la misma línea Roeske (1978 citado en Ryan et.al., 1989) afirma que el 60% de las mujeres estadounidenses serán sometidas a una histerectomía en algún momento de su vida. Esto contrasta con lo reporta Selwood & Wood (1978 op. cit.) que estiman que el 40% de las mujeres australianas son sometidas a una histerectomía. Kingsey & Macfarlane (op. cit.) afirman que en el Reino Unido se practican la mitad de histerectomías que en Estados Unidos.

En México es una operación realizada frecuentemente aunque se desconoce el número exacto y la frecuencia de ésta operación ya que rara vez se verifican estadísticas (Reyna, 1986; Ahued, 1984).

La popularidad de la histerectomía quizá pueda atribuirse a varios factores: mejores técnicas quirúrgicas, la implementación de transfusiones sanguíneas, avanzadas técnicas anestésicas y el acceso a terapias hormonales de reemplazo.

Las indicaciones de este procedimiento quirúrgico son las siguientes:

1. Enfermedades inherentes al útero como miomatosis, adenomiosis, padecimientos premalignos y malignos del cuello y cuerpo uterino.
2. Enfermedades de los anexos de tipo infecciosos, neoplástico, etc.
3. Hemorragias uterinas anormales (excluyendo aquellas indicadas por lesiones traumáticas especialmente de origen obstétrico) (Ahued, 1984).

Ramírez et. al. (1980) menciona las histerectomías realizadas en

el parto. Estas se efectúan cuando se encuentran hemorragias agudas, nefritis, desproporción cefalopélvica con infección fulminante, tumores durante el parto, acretismo placentario y hasta esterilizaciones.

En suma a ésto existe la indicación de la operación como método de esterilización para el control natal así como cirugía de profilaxis (Ananth, 1978) para evitar neoplasmas uterinos y control de las dificultades menopáusicas (Cole et.al., 1977); es decir ya no solamente se circunscribe a patología tumoral benigna ó maligna.

Aparte de reducir el número de muertes, la histerectomía puede mejorar la salud de diferentes maneras. La reducida tasa de mortalidad de cáncer cérvico-uterino y de endometrio refleja en pequeña medida la incidencia de estas condiciones.

McDermott (citado en Cole et.al., 1977) defiende la histerectomía de elección diciendo: "excepto para la función procreativa, el útero es un órgano de desecho... la histerectomía no es una operación para efectuarse de manera indiscriminada, pero si es mi esperanza que las indicaciones para ésta se ajusten para mejorar y aprovechar los resultados y obtener de ella beneficios profilácticos".

Esta profilaxis se basa en el razonamiento de que si una mujer de 35 ó 40 años tiene un órgano que es propenso a la enfermedad y para poco ó ningún uso, puede y debe ser extirpado. A éste respecto Wright (citado en Ananth, 1978; Cole & Berlin, 1977) escribe: "el útero tiene un sola función: la reproducción"... "Después de un último y planeado embarazo se torna inservible, sangrante, productor de síntomas y potencial productor de cáncer, por consiguiente debe ser extirpado".

Contrario e ésto se opina que la histerectomía es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementaria para la integración psicobiológica de la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social (Ahued, 1984).

La histerectomía consiste en la extirpación del cuerpo y/o cuello uterino, ya sea por vía intrafascial, en el caso de los pedecimientos benignos de útero, con ó sin patología anexial asociada ó por vía extrafascial, en caso de lesiones premalignas y malignas (Reyna, 1986).

Los aspectos de la histerectomía que son de interés, son las consecuencias que acarrea la operación. Las inmediatas consecuencias postoperatorias son similares a aquellas que ocurren después de una cirugía mayor; las complicaciones físicas incluyen bajos niveles estrogénicos que pueden ocasionar posteriormente osteoporosis y arteriosclerosis (Thompson, 1976 citado en Ananth, 1978). Aunado a ésto, varios desórdenes psiquiátricos, incluyendo la psiconeurosis (Wengraf, 1946),

desórdenes somáticos (Barglow, 1974 citado en Ananth, 1978; Bennett, 1946) y psicosis (Stengel et. al., 1958; Hawkins et. al., 1963 citado en Ananth, 1978) pueden ocurrir.

La hysterectomía ha sido considerada como responsable de varias secuelas psicológicas en el período postoperatorio. La especulación acerca de la relación existente entre el útero y la enfermedad mental, es un antiguo fenómeno. El significado del útero en la vida mental de la mujer, ha sido del interés médico por varios siglos.

El útero ha sido implicado en los desórdenes de la personalidad desde los primeros tiempos de la medicina. Cohen et. al. (1953) informaron que "la histeria fué descrita en la antigüedad, como una enfermedad de la mujer y el desordenado útero fué considerado por Hipócrates, Galeno, Aretaeus y Celso como la fuente de la enfermedad y de sus síntomas". Más tarde Charcot, Brauer, Freud y Bernheim también consideraron al útero en la etiología de la histeria (Ananth, 1978).

Con el advenimiento de la era quirúrgica, la extirpación del útero (hysterectomía) quedó particularmente asociada con problemas de tipo psiquiátrico y psicológico al comprobarse la alta frecuencia de trastornos psíquicos como consecuencia de la operación a diferencia de otros tipos de cirugía. (Douglas, 1971).

Existe ahora por lo tanto un nuevo campo de investigación referente a la relación que existe entre la hysterectomía y el desorden mental.

Entre los primeros escritos que enfatizan la creencia de que el útero poseía un especial significado en el autoconcepto de la mujer, se encuentran los de Krafft-Ebbing (1890 citado en Patterson et. al., 1963), quien afirmó que la capacidad reproductora permanecía siempre vigente en la vida psicológica de la mujer y por lo tanto cuando esta posibilidad resultaba anulada, las consecuencias se manifestaban en daños de tipo emocional.

Para algunos autores el útero y sus funciones son de gran importancia psicológica para la mujer, representa simbólicamente la femineidad y consecuentemente la hysterectomía produce un sentimiento de castración en la mujer (Drellich et. al., 1958).

Este mismo autor junto con sus colaboradores en dicho estudio encontraron que las mujeres antes de la operación, expresaban preocupación acerca de la irrevocable pérdida del propio útero siempre centradas alrededor de la pérdida de la capacidad de procreación. Algunas parecían dar la bienvenida al fin del uso de pastillas anticonceptivas sin embargo lamentaban la pérdida de su útero puesto que se le atribuían otras funciones femeninas diferentes.

Variedad de respuestas fueron encontradas en cuanto a la pérdida

de la menstruación: Pocas de las mujeres encontraron alivio a periodos menstruales que eran dolorosos y molestos; la mayoría de ellas sentían que el periodo menstrual era necesario y útil (también deseable) y expresaron sentir pena por su terminación (Drellich et. al., 1958).

Varios miedos adicionales fueron expresados por este grupo de mujeres como el temor a perder la propia fuerza y no poder enfrentarse a ... y llevar a cabo las actividades cotidianas, miedos al prematuro envejecimiento, dolor postoperatorio, o temor a la pérdida de independencia personal (op. cit.).

A este respecto Dennerstein, Wood, Burrows (1977 citado en Lalinec-Michaud et. al., 1984), dice que los miedos y ansiedades acerca de la operación giran alrededor de dos temas principales. Uno es el miedo de tener cáncer, que el más frecuente en aquellas mujeres que tienen fibromas; el otro es miedo a sufrir cambios negativos en su vida después de la operación. Ambos tipos de miedos, en especial el último, se correlacionan significativamente con la presencia de depresión pre y postoperatoria.

Por otro lado, se detectó que un factor de importancia que determina la buena recuperación o no de las pacientes es el tipo de respuesta característica que se da ante situaciones que provocan estrés, en contraposición a la opinión anterior, Menzer et. al. (1957 citado en Polivy, 1974) hablan de que el contenido de los miedos expresados ante la cirugía no son tan importantes como la forma en que se afrontan dichos miedos.

Muchas mujeres tenían conceptos erróneos acerca de la anatomía y fisiología de sus propios cuerpos y de la función del útero e inclusive tenían creencias erróneas de las causas de sus enfermedades, atribuyendo sus problemas médicos a castigos por actos de los cuales se sentían avergonzadas (Drellich et. al., 1958).

Drellich & Beiber (1965, citados en Ryan et. al., 1989) establecieron que muchas mujeres depositan en el útero y sus funciones importantes aspectos de su femineidad y encuentran su pérdida como una injusticia. Este sentimiento de injusticia se refleja en los reportes concernientes a la posible pérdida de su atractivo y deseo sexual, a la habilidad de responder sexualmente y a la eventual pérdida de interés por parte de los maridos a causa de esta "pérdida de femineidad" (citado en Polivy, 1974).

En relación a esto, Ananth (1978) por su parte, discute los problemas psicológicos, incluyendo las dificultades sexuales, que pueden seguir a la histerectomía. Las dificultades pueden ser agrupadas en aquellas relacionadas con:

a) La femineidad (que se ve amenazada como el resultado del sentimiento de ser un individuo mutilado y de la incapacidad de tener hijos).

b) Anatomía (la histerectomía puede llevar a un acortamiento de la pared vaginal).

c) Esterilización (la pérdida de la función procreadora).

d) Depresión (que puede producir dificultades sexuales).

e) Psicodinamia (donde los conflictos preoperatorios de la mujer, problemas de identidad y fantasías juegan un papel importante en las dificultades sexuales postoperatorias).

Un factor de vital importancia para determinar el ajuste emocional después de la histerectomía es la actitud hacia la femineidad (Menzer et. al., 1957 citado en Polivy, 1974).

Aquellas mujeres que se han recuperado satisfactoriamente se niegan a sí mismas gratificaciones femeninas volcándose sobre ocupaciones o empleos "masculinos" o, en casos más afortunados, resolviendo adecuadamente la pérdida de la capacidad reproductiva.

Lindemann (1938 citado en Nadelson et. al., 1983) observando mujeres antes y después de la histerectomía, enfatiza el significado psíquico que tiene la pérdida del útero. Para una mujer el conocimiento de que es capaz de concebir ha sido siempre considerado crítico en el desarrollo de su identidad de género y de su sentido de femineidad y autoestima.

Asimismo estos autores consideran que los efectos generales de la histerectomía ocurren en parte por la terminación de sus posibilidades reproductivas y el cese de la menstruación y en parte debido a factores psicológicos como aquellos relacionados al significado simbólico e inconciente que se le da al útero.

Roopnarinesingh y Gopeesingh (1982 citado en Escava, 1989) encontraron que la depresión post-histerectomía tenía que ver con la pérdida de la femineidad, la pérdida del potencial reproductor y la pérdida de atención por parte del marido.

Kav et. al. (1983) investigando la autopercepción de la femineidad y el estado de ánimo depresivo en mujeres histerectomizadas encontraron que éstas se atribuían a sí mismas menos rasgos femeninos.

Aunque la histerectomía puede causar menores ó ninguna secuela fisiológica, la experiencia de mutilación, y el sentimiento de daño a la propia femineidad puede ser profundo. La pérdida de un órgano con tan importante significado simbólico e inconciente (especialmente si la preparación ha sido insuficiente) puede producir síntomas psicológicos, particularmente si existe ansiedad acerca del diagnóstico final (Nadelson et. al., 1983).

De esta forma Drellich y Bieber (1958 citado en Ryan et. al., 1989) enfatizan la importancia simbólica del útero en el autoconcepto de las mujeres.

Daoud (1976 citado en Escava, 1989) realiza una investigación que tienen como objetivo conocer el manejo del afecto en el funcionamiento de las mujeres histerectomizadas basada en la hipótesis de que dicha operación pudiera incrementar la aparición de catexias negativas hacia el cuerpo y hacia el autoconcepto, produciendo consecuentemente una depresión que aparecería postoperatoriamente. Efectivamente confirmó sus hipótesis observando una relación estrecha entre el autoconcepto y la imagen corporal en todas las fases del estudio. Encontrando que el proceso de recuperación de la depresión fué más lenta que la recuperación en cuanto al autoconcepto e imagen corporal.

Daoud describió, asimismo que el proceso de identidad de estas mujeres está fuertemente ligado a factores socioculturales.

Wrosley et. al. (1976 citado en Escava, 1989) en su estudio intentó determinar si existen o no cambios en el autoconcepto como resultado de la histerectomía. Los resultados indicaron que al no obtener diferencias significativas en puntuaciones pre y post-histerectomía:

1. No existía un cambio inmediato en el autoconcepto.
2. Que las mujeres que tuvieron la oportunidad de elegir o no que se les efectuase la operación tuvieron un incremento en la escala de autoconcepto físico de la prueba.
3. Que los cambios en el autoconcepto no están relacionados con el número de hijos que la mujer ha procreado.
4. Que las mujeres que percibieron a sus familias como incompletas obtuvieron las puntuaciones más bajas en la escala de autoconcepto físico.
5. Que las mujeres entre los 30 y 34 años mostraron cambios positivos a diferencia de aquellas mayores a los 50 años que mostraron puntuaciones más bajas.

Menzer et. al. (1957 citado en polivy, 1974) comentan al respecto que aquellas mujeres que soportaron adecuadamente las pérdidas sufridas en el pasado se recobrarían satisfactoriamente mientras que aquellas que siempre se sintieron forzadas a tratar de reemplazar sus pérdidas ó no pudieron lidiar con ellas, se recobrarían pobremente.

Nadelson et. al. (1983) nos dicen que los individuos enfrentan a través de la vida diversas pérdidas, de esta forma, la pérdida de una parte del cuerpo hará que el individuo enfrente un duelo.

Existen personas que desvían o niegan las pérdidas, recurriendo a la manifestación de síntomas, a las cirugías y a la ansiedad que causa una enfermedad para enmascarar transitoriamente la depresión. De esta forma la reacción a la cirugía reflejará los mecanismos con que cada individuo se enfrenta a las situaciones

de estrés. Dichos mecanismos varían de persona a persona y de circunstancia en circunstancia.

De los efectos psicológicos producidos por la histerectomía la depresión es uno de los síntomas más frecuentemente encontrado.

Existe gran polémica alrededor de este tema, pues a lo largo de la literatura revisada se encuentran opiniones diversas y en ocasiones contrarias que dan explicación al surgimiento de la depresión en la mujeres sometidas a la histerectomía.

Un tipo de explicación es aquella que sostiene la incidencia de personalidad premórbida como causa tanto de la histerectomía como de la depresión post-histerectomía. Ryan (1989) encontró que la prevalencia de morbilidad psiquiátrica antes de la histerectomía era considerablemente mayor que la esperada en una población normal. Asimismo el autor confirma en su estudio que la histerectomía por sí sola no precipita secuelas psicológicas, de hecho el nivel de sintomatología decreció en la mitad de las mujeres después de la operación. De esta forma, los efectos psicológicos postoperatorios están claramente asociados al ajuste psicológico de las mujeres antes de la operación.

Gitlin et. al. (1989) afirma que cuando las pacientes tienen una historia psiquiátrica previa se encuentran con un alto riesgo de caer en depresión después de un histerectomía.

Snaith et. al. (1948) estudiaron un grupo de 165 mujeres referidas por el ginecólogo, donde el 54% experimentaban estrés emocional y ambiental. Ellos enfatizaron que este estrés se relacionaba tanto con síntomas psiquiátricos como con síntomas somáticos y mencionaron que el 46% de las pacientes ginecológicas tenían "constituciones psicológicas inestables".

Rogers (1950) revisó cuidadosamente la evidencia de la psicogénesis en relación a los desórdenes ginecológicos y declaró que la mitad de las mujeres que recurrían a tratamientos ginecológicos no tenían grandes problemas físicos. Describió sus enfermedades como "un conflicto psíquico que navegaba bajo la bandera ginecológica". Es importante aclarar que el autor no se refería exclusivamente a la histerectomía en este estudio sino que hizo una revisión de diversos problemas ginecológicos.

Doyle (1952) y Miller (1946) (citados en Ananth, 1978) por su parte reportaron que el 30.8% y 12.5% respectivamente de las histerectomías estudiadas no se encontraron lesiones graves o microscópicas en los úteros extirpados; e infirieron que quizá varias de las operaciones efectuadas se hicieron debido a los persistentes conflictos de pacientes emocionalmente perturbadas. Asimismo, Benson, et. al. (1959) en su estudio de dolor pélvico encontraron que éste era una reacción corporal a las situaciones de estrés vividas.

Cohen et. al. (1953) hallaron que las operaciones ginecológicas se efectuaban cuatro veces más en pacientes histéricas que en

sujetos normales. En un estudio posterior junto con Purtell y Robins, encontraron que las mujeres histéricas tenían más síntomas, más operaciones y más dificultades maritales.

Posiblemente un gran número de operaciones se hagan ante síntomas vagos y no específicos, ante el dramatismo y persuasión de las pacientes histéricas quienes demandan atención y acción por parte del médico (op. cit.).

Ananth (1978) afirma que la personalidad premórbida puede entonces conducir a ciertas pacientes tanto a la histerectomía como a la depresión misma. Refiere que las mujeres ocultan problemas psicógenos detrás de las alteraciones ginecológicas, es decir, la enfermedad psiquiátrica puede manifestarse bajo síntomas ginecológicos y puede causar la histerectomía.

La depresión precipitada por la histerectomía se presenta generalmente en mujeres con antecedentes de episodios depresivos previos, que disponen una situación similar después de la operación. Es frecuente que la presencia de la depresión lleve a muchos ginecólogos a decidir una operación cuando esta alteración psíquica ha intervenido en la producción de síntomas somáticos.

En estos casos la histerectomía puede considerarse como el resultado y no como la causa de la depresión.

Es bien conocido, afirma esta autora, que la depresión es causante de múltiples síntomas físicos.

Doeling y Knox (1964) encontraron que las pacientes depresivas frecuentemente son referidas a clínicas médicas y quirúrgicas y que muchas veces reciben por parte de éstas tratamientos inadecuados. Munro (1964 citado en Ananth, 1978) por su parte confirma esta experiencia diciendo que las mujeres deprimidas son propensas a ser sometidas a operaciones ginecológicas.

Moore (1976), Martin et. al. (1977 citado en Lalinec et. al., 1984) encontraron que un tercio de las mujeres en sus muestras estaban deprimidas antes de la intervención quirúrgica.

Posteriormente Martin et. al. (op. cit.) en su estudio, dan peso a la posibilidad de que exista una mayor población de mujeres psiquiátricamente enfermas entre aquellas sometidas a la operación.

Patterson (1963), Meikle, Brody, Pysh (1977 citados en Lalinec-Michaud et. al., 1988) asumieron que aquellas mujeres que se deprimieron después de la histerectomía ya tenían dificultades psicológicas antes de la operación. Subramaniam et. al. (1982) encontró que las que desarrollaban síntomas depresivos tenían altos puntajes de neurotismo en el inventario Eysenck de la personalidad (EPI) y en el índice Médico Cornell antes de la operación (CMI).

Lindemann (1938) indica también que la ocurrencia de episodios

depresivos predispone a episodios similares después de la histerectomía.

Richards (1953 citado en Ananth, 1978) reporta que el 65.5% de las pacientes con depresión preoperatoria manifestaron lo mismo después de la operación. De la misma manera se afirma que una historia previa de depresión tiene un significado predictivo para detectar anticipatoriamente a aquellas mujeres que pueden reaccionar con síntomas depresivos después de la operación (Melody, 1962).

Se dice también que el potencial para la depresión se basa en rasgos de personalidad predisponentes, y una historia de respuestas depresivas ante la ruptura y problemas conyugales concurrentes (Roeske, 1978).

Por otro lado, Moore (1976) mostró que solamente un 13% de las sujetas muestran estar deprimidas antes de la operación, lo cual se correlacionaba altamente con la depresión postoperatoria. Concluyeron que la mayoría de las depresiones post-histerectomía pueden desarrollarse previamente a la operación, siendo una reacción anticipatoria a ésta.

Stengel (1958 citado en Ananth, 1978) atribuyó la presencia de depresión post-histerectomía a una predisposición a la depresión precipitada por la cirugía.

Otros puntos de vista divergentes a los anteriormente señalados se encuentran en estudios como los de Melody (1962), Hollender (1960), Fahy (1973 citado en Ananth, 1978), Richards (1973, op. cit.), que sugieren una alta incidencia de depresión después de la histerectomía, siendo la causante de los episodios depresivos la intervención quirúrgica como tal. Aún cuando cabe mencionar que en dichos estudios pueden haber problemas metodológicos que no tomen en cuenta los estados depresivos anteriores a la operación.

Lindemann (1938), Hollender (1960), Aleksandrowicz & Steiner (1970), Ellison (1965) realizaron estudios donde se encontraron mayores reacciones depresivas en mujeres histerectomizadas que en mujeres sometidas a otro tipo de operaciones, sugiriendo cierta vulnerabilidad por parte de las mujeres para sufrir depresión postoperatoria.

Raglianti (1980) se encuentra entre los investigadores que señalan la presencia de efectos a largo plazo como consecuencia de la histerectomía y señala que la depresión es más evidente en uno a dos años de la cirugía y apoyan el valor de la intervención psicológica durante la recuperación y convalecencia.

Las mujeres más vulnerables a la depresión, parecen ser aquellas en las que no existe una patología física real, sino problemas de disfuncionalidad. (op. cit.).

Por su parte Roeske (1978) afirma que la histerectomía no produce

psicopatología significativa en una mujer psicológicamente madura. Sin embargo, se reconoce que la reacción psicopatológica más común es la depresión.

Bragg (1965 citado en Ananth, 1978) comparó un grupo de pacientes histerectomizadas contra un grupo control y no encontró diferencias significativas en la depresión postoperatoria.

Apoyando este punto de vista, Lalinec et. al. (1984) encontró que los factores que predicen la depresión son el estatus socio-económico bajo, una historia previa de depresión y puntajes altos en el inventario de ansiedad STAI; de esta forma la investigadora concluye que la histerectomía por sí sola no lleva a la depresión.

Por otro lado, Lalinec et. al. (1984), encontraron que en una población Estado Unidense no existían diferencias en depresión entre mujeres histerectomizadas y mujeres sometidas a otro tipo de cirugía en la zona pélvica.

Asimismo, en otra investigación, los autores no encontraron diferencias significativas en depresión en las mujeres antes y después de la histerectomía (Lalinec et. al., 1988).

Los resultados de ambas investigaciones contradicen las teorías anteriormente citadas, sin embargo, no existen estudios similares con población Mexicana, donde el entorno social difiere considerablemente por lo cual podrían existir repercusiones emocionales diferentes ante la pérdida de la función reproductiva

Los efectos generales de la histerectomía ocurren en parte por la finalización de la posibilidad reproductiva y el cese de la menstruación, y en parte debido a factores psicológicos, como aquellos que se relacionan al significado simbólico e inconciente del útero (Nadelson et. al., 1983).

Otra explicación alternativa basada en los escritos de Krafft-Ebbing y Deutsch elaborada por Drellich & Bieber (1958 citado en Lalinec et. al., 1988) toma en cuenta el significado simbólico del útero para explicar las dificultades psicológicas encontradas en las mujeres que se sometieron a histerectomía. Estas explicaciones tienen peso y pueden ser tomadas en cuenta en ambos momentos: pre y post-histerectomía.

Por su parte Teitelroitt (1980) encontró, por medio del test de Rorschach, la presencia significativa de sentimientos de pérdida y el reavivamiento de fantasías de castración en pacientes con histerectomía.

Turpin (1979) señala que es más probable asociar la depresión después de una histerectomía con las consecuencias sociales y psicológicas de la amputación de órganos que con el procedimiento en sí mismo, y la condición de depresión puede no ser obvia sino hasta después de 6 meses o dos años de la cirugía.

Melody (1962) afirma que las reacciones psicológicas que siguen a la histerectomía son precipitadas por eventos sociales traumáticos que las pacientes perciben como actos desaprobatorios o rechazos ya sea en forma de amenaza, en el plano real o simbólico.

La histerectomía, para la mujer que tiene una depresión postoperatoria, viene a significar una expulsión del medio social en donde antes funcionaba (Melody, 1962).

En su estudio, el mismo autor observa que el común denominador en las pacientes con desórdenes emocionales después de la histerectomía es un acto que ella "percibe" como rechazo, devaluación o falta de afecto por parte de una persona significativa en su medio social. Así la histerectomía significa no sólo la pérdida de un órgano muy valorizado socialmente sino que también el final de la forma de vida que llevaba antes de la operación; lo cual implica la pérdida de roles tan esenciales como la femineidad, la maternidad, así como el empleo, el compañero sexual, los hijos, etc.

El autor afirma que si una persona significativa en el grupo social de la mujer histerectomizada las define como "desexadas", "neutras" o algo por el estilo, ellas comienzan a actuar como si dichas evaluaciones fueran ciertas y por lo tanto sobreviene un síndrome de depresión.

Posteriormente Melody afirmó que las pacientes que desarrollaron un síndrome de depresión después de la histerectomía eran mujeres que habían mostrado en los años anteriores a la operación una propensión a reaccionar con un patrón de depresión ante conflictos referentes a la pérdida de estatus, de seguridad o de aceptación, ya sean reales o simbólicos.

Wolf (1970, citado en Polivy, 1974) se refiere a la extirpación quirúrgica del útero como una interrupción quirúrgica del autoconcepto de la propia femineidad, él puntualiza que diferentes sujetos reaccionan de diferente manera y sólo aquellas mujeres cuya imagen femenina no es lo suficientemente fuerte para enfrentar la pérdida, o aquellas cuyos soportes externos (familia y amigos) son insuficientes, serán propensas a mostrar síntomas psiquiátricos. El mismo autor afirma que las mujeres provenientes de clases sociales más bajas parecen ser las mayormente desfemineizadas después de la histerectomía debido a la gran prevalencia en dichos grupos de la creencia de que la mujer existe para crear hijos y que sin un útero se deja de ser mujer. El autor observa la importancia de los mitos y creencias falsas que intervienen claramente en el buen desarrollo o no postoperatorio e incluso enfatiza el hecho de quitar peso a la idea de que la operación es desfemineizante.

Baker et. al. (1983) encontraron que las sujetas tenían menos respuestas de depresión cuando aprendían más sobre el problema y cuando se acercaban a sus familiares o a otros con problemas similares.

## SEXUALIDAD

No es muy claro de que manera la histerectomía afecta el funcionamiento sexual. Claramente si la vagina es acortada podrá haberlos. Sin embargo muchas mujeres no reportan cambio alguno (Nadelson et. al., 1983).

Drellich et. al. (1956 citado en Polivy, 1974), encontraron que entre las expectativas y suposiciones de las mujeres acerca de cómo la histerectomía las afectaría, están los temores a que su respuesta sexual sea diferente, a que los esposos pierdan el interés por ellas y a que haya una posible destrucción de su matrimonio.

Ford y Beach (1970 citados en Polivy, 1970) en su revisión bibliográfica sobre ovariectomía, encontraron que la preocupación acerca de la pérdida de la sexualidad no tiene fundamento biológico alguno en los sujetos humanos, exceptuando obviamente la pérdida de la capacidad reproductiva, puesto que la actividad sexual no está bajo estricto control hormonal.

Zussman et. al. (1981) reporta un decremento en la respuesta sexual aun cuando señala que la mayor parte de los ginecólogos y psicoterapeutas norteamericanos admiten que dicha disfunción tiene un origen psicógeno, no obstante la autora explica que recientes estudios fisiológicos sugieren que tanto en los cambios hormonales como los anatómicos puede encontrarse la etiología de la disfunción sexual.

Para ellos existen tres postulados que reafirman la etiología psicógena de los cambios sexuales después de una histerectomía:

1. En la mujer el cérvix, el útero y los ovarios, tienen poca conexión con la libido, la cual es básicamente psíquica. Por lo que se considera que las disfunciones sexuales son el resultado de conflictos intrapsíquicos.
2. Para el psicoanálisis, la pérdida de los órganos sexuales equivale a una castración dando esto origen a una gran ansiedad que puede alterar el funcionamiento sexual.
3. El hecho de que exista una gran diferenciación entre las respuestas sexuales de las mujeres histerectomizadas hace pensar que los factores fisiológicos no son los responsables de las alteraciones sexuales.

Entre las explicaciones que atribuyen la alteración sexual a causas fisiológicas se encuentran las siguientes:

1. En la mujer histerectomizada hay una pérdida de andrógenos que se piensa que es la hormona de la libido.
2. Al estar el orgasmo relacionado con el movimiento del cuello uterino, la intensidad del placer disminuye cuando estas

**estructuras están ausentes.**

Por el contrario Chapman (1979) explica que por medio de una laparoscopia no se encuentran cambios a largo plazo en el funcionamiento sexual. Se demostró que durante las seis semanas posteriores a la cirugía el 80% de las pacientes rechazaban sensaciones sexuales expresando un temor a ser lastimadas ante un acercamiento sexual. Entre la sexta y décima semana existían miedos en un 50% de las mujeres. En el 75% de las pacientes apareció lo que Chapman denominó "síndrome de virginidad" que se caracteriza por una respuesta inicial de curiosidad sexual aunada a la ansiedad y el deseo. Seis meses después de la operación el 78% de la población logró readaptarse a su funcionamiento sexual anterior.

## CAPITULO III

### OCCLUSION TUBARIA BILATERAL

En América Latina la esterilización femenina ha estado cada vez más disponible en los últimos años.

La elección de la oclusión de trompas como método de planificación familiar, está teniendo cada vez una mayor demanda en México.

En Centroamérica y el Caribe el procedimiento es muy popular espacialmente en Puerto Rico, República Dominicana y El Salvador. En cambio, en Argentina, Paraguay y Uruguay la esterilización es muy difícil de obtener (Alvarado et. al., 1983).

En México ha evolucionado de una manera notable pues apenas la esterilización se practicaba sólo por indicación médica y ahora se practica a libre demanda.

La indicación médica para la oclusión tubaria cuyo objetivo es el limitar la reproducción es aceptada universalmente. Inicialmente se estableció para aquellos casos en los que un nuevo embarazo podía poner en peligro la vida de la madre, pero más adelante se han ampliado las indicaciones para aquellos casos en los que el embarazo puede detriorar la salud de la madre o cuando existen problemas genéticos que aconsejan suspender la reproducción (Op cit.).

En un país como México donde el casamiento temprano y la multiparidad son fenómenos de gran frecuencia, el uso de métodos definitivos para el control natal, parece ser una alternativa racional, es quizá por esto que este método de esterilización está llegando a ser uno de los más populares entre las parejas que ya han tenido los hijos que desean y que deciden terminar su vida reproductiva. Actualmente al liberarse los requisitos para la esterilización ha aumentado el número de pacientes que requieren la esterilización debido a problemas económicos, el número de hijos así como el deseo de proporcionarles una mejor educación (Alvarado et. al., 1983). Es decir, la decisión de someterse o no a una intervención quirúrgica de este tipo va más allá de la disponibilidad de los servicios.

La esterilización es un método que ahora se practica por petición de las pacientes y ya no se asocia a ningún procedimiento obstétrico ni ginecológico (Bledin, 1968 citado en Cooper et. al., 1981).

Sobre los otros métodos anticonceptivos, la esterilización tiene las siguientes ventajas:

- a) es el método más eficaz para quienes desean no tener ya más hijos;
- b) el procedimiento se efectúa una sólo vez;

c) el riesgo de complicaciones es muy bajo y el de muerte es mínimo, si se efectúa adecuadamente;

d) el costo es bajo si se analiza el número de años en los que se protege a la paciente de un embarazo (Alvarado et. al., 1983).

Black (1962) recomienda que si se ha de realizar una esterilización que ésta sea parte del proceso del nacimiento. Es más fácil y seguro efectuarla inmediatamente después de que sale el producto y con la misma anestesia utilizada, puesto que así se elimina la necesidad de que la paciente se someta a una segunda intervención quirúrgica y que su estancia en el hospital se prolongue más de lo necesario.

A pesar de la gran popularidad a nivel mundial de la esterilización tanto femenina como masculina, existen grandes brechas en cuanto al conocimiento de las secuelas tanto psicosociales como físicas producidas a lo largo del tiempo (Miller, 1978; Cooper et. al., 1982 citados en Shain et. al., 1991).

Es bien sabido que aquellas intervenciones quirúrgicas que involucran el tracto reproductivo ocupan un lugar especial tanto en el ajuste como en la vida de la paciente y ésto es particularmente cierto cuando la esterilización se lleva a cabo (Barnes et. al., 1958).

Si el riesgo de mortalidad asociado a la esterilización en la mujer ha demostrado tener dimensiones tolerables, pueden aún existir ciertas reservas en cuanto al uso de este procedimiento, si es que como consecuencia de los cambios emocionales provocados por la intervención se obtiene por resultado una seria incapacidad o insatisfacción en la mujer (Paniagua et. al., 1964).

Cambios positivos y negativos han sido reportados, como es de esperarse, puesto que la esterilización puede causar diferentes efectos psicosociales en diferentes personas.

Cooper (1985 citado en Shain et. al., 1991) en su estudio, reporta que aquellas mujeres que se han sometido a la oclusión tubaria bilateral muestran una mejora en todas sus relaciones sexuales a diferencia de aquellas que utilizaban métodos anticonceptivos no permanentes, sin embargo después de un año, reportaron menor satisfacción que aquella que habían dicho tener.

Cooper, posteriormente en 1982 (citado en Shain, 1991), dijo que las mujeres esterilizadas presentaban un incremento en la frecuencia de los coitos después de seis meses de la operación que posteriormente desapareció a los 18 meses. Las mujeres casadas incluidas en ambos estudios que fueron esterilizadas experimentaron un menor declinamiento (estadísticamente significativo) en cuanto a la frecuencia coital que las usuarias de otros métodos anticonceptivos, incluyendo la vasectomía.

En un estudio hecho en México Gavino et. al. (1986), observan que en general, las pacientes después de la oclusión tubaria muestran una mejoría aparente de su vida sexual, lo cual se explica por el estímulo psicológico que se tiene después de la oclusión tubaria cuando las pacientes se encuentran libres del riesgo de embarazo, lo cual les permite gozar libremente de su vida sexual, aumentando la frecuencia coital y orgásmica. Observan también que aumentan las actividades no coitales, como las caricias previas al acto sexual y las actividades génito-orales y génito manuales, lo que se traduce en un aumento en el interés en la actividad sexual; que no se relaciona directamente con la confianza de no estar expuesta al embarazo, sino que se relaciona en un renovado interés en todo lo que la sexualidad implica.

Barnes & Zuspan (1958 citado en Paniagua et. al., 1964) dentro de sus hallazgos principales encontraron que el 90% de las pacientes que habían tomado la iniciativa de la esterilización no expresaron ningún pesar mientras que de aquellas que habían sido persuadidas a someterse a la esterilización, el 69% no expresó pesadumbre, 27% expresó ambivalencia y un 5% expresó pesar de haberlo hecho.

Estos investigadores encontraron también que cuando la indicación para la esterilización era la multiparidad, la proporción de aquellas que no expresaron ningún pesar fué del 92%, infiriendo que la misma multiparidad hacía tomar la iniciativa a las pacientes de buscar la esterilización.

Cooper et. al. (1982) encontraron que los disturbios psicosexuales postoperatorios fueron raros. Así como que pocas pacientes se quejaban por la pérdida sufrida.

A pesar de esto, postoperatoriamente, un pequeño número de pacientes fueron afectadas psicológicamente, se mostraron descontentas con sus relaciones sexuales y se arrepintieron de haberse sometido a la esterilización. Sin embargo es importante destacar que este grupo de mujeres habían tenido trastornos psiquiátricos antes de la operación y que no hay razón para pensar que estarían menos molestas e insatisfechas si no se les hubiera practicado la operación.

Otros estudios que han hecho valiosas contribuciones, han arrojado datos inconsistentes e impiden hacer afirmaciones rigurosas acerca del impacto que tiene la esterilización sobre la sexualidad (Shain et. al., 1991).

En un estudio efectuado con 519 mujeres puertoriquenas hecho en 1964 se llegó a tres conclusiones fundamentales acerca de la esterilización:

- 1) Las relaciones sexuales no son substancialmente afectadas por la esterilización (un 60% no reportó cambio alguno, un 12% reportó un incremento en cuanto a la actividad sexual mientras que un 24% reportó un declinamiento en las actividades sexuales).

Datos posteriores que confirmaron el que las relaciones sexuales no eran afectadas por la esterilización fueron los referentes a la frecuencia orgásmica donde el 54% reportó un incremento, el 64.5% no reportó cambios, el 17.3% disminuyó en frecuencia y el otro 7.7% no fué registrado (aproximadamente 2 de 3 mujeres esterilizadas no reportaron cambio alguno).

2) Las relaciones (en general) entre las pacientes y sus parejas y entre las mismas y la comunidad que las rodea se someten a cambios que no son marcadamente diferentes a aquellos que pudiesen ocurrir en ausencia de la esterilización.

3) El estado de ánimo del grupo de las mujeres esterilizadas mejora notablemente como resultado de la operación (el 70 % de las mujeres que fueron sometidas a la operación se declararon más felices de lo que eran antes, 22% tan contentas como antes y sólo un 8% dijeron ser menos felices) (Paniagua et. al., 1964).

De la misma manera en dicho estudio existe el reporte que el 42% de las pacientes ligadas reportaron un mejoramiento en la salud después de la esterilización.

Barglow et. al. (1966) en un estudio con mujeres suizas trataron de establecer ciertas diferencias entre las mujeres sometidas a la esterilización. Formaron tres grupos:

10. aquel de excelentes resultados (donde existía un reporte de las pacientes de estar satisfechas con la operación, donde no hubo progresión de síntomas físicos o psicológicos previos y donde existió mejoramiento en las relaciones sociales, interpersonales o sexuales).

20. El grupo de buenos resultados (donde las pacientes reportaban que la mayoría de las expectativas acerca de la operación habían sido cubiertas, donde existía cierto grado de ambivalencia, desconcierto o sentimientos persistentes de incomodidad asociados a la ligadura de trompas y donde hubo poco o ningún cambio en cuanto a las relaciones sociales, interpersonales y sexuales).

30. El grupo de malos resultados (donde las pacientes expresaban insatisfacción o desagrado con la operación, donde síntomas físicos y psicológicos preexistentes evolucionaron y donde hubo deterioro en cuanto a las relaciones sociales, interpersonales y sexuales).

El grupo 1 y 2 expresaban frecuentemente sentimientos de mayor relajación y mayor placer en las relaciones tanto interpersonales como sexuales. Encontraron nuevas energías como consecuencia directa de verse liberadas del peso de los embarazos, (fenómeno similar, según los autores, a la feliz adaptación a la menopausia descrita por T. Benedeck (1952)).

La observación y la reconstrucción de experiencias postoperatorias en cierto intervalo de tiempo sugirieron que la

función procreativa era una parte integral de la imagen corporal.

Las fantasías del periodo postoperatorio tenían el contenido y calidad depresivos de las reacciones ante la amenaza de una pérdida.

Un cuarto de este primer grupo de "excelentes resultados" mostraron un cierto proceso de "trabajo interno", pues las fantasías disminuyeron en ellas tanto en frecuencia como en intensidad y gradualmente aceptaron (de manera conciente) su nueva situación corporal, estuvieron contentas con ellas y pudieron discutir e incluso recomendar la operación a otras mujeres.

Una posible explicación psicológica de esto según Barglow et. al. (1966) es que posiblemente, en estos casos, la función reproductora nunca fué parte de su imagen corporal. Generalmente estas mujeres tendieron a ser extrovertidas, estoicas, físicamente poderosas, con metas en la vida bien definidas y con un mínimo de síntomas tanto psicológicos como somáticos.

Cinco mujeres específicamente se consideraron poseedoras de roles masculinos y de toma de decisión en sus familias. Puede especularse que la ligadura de trompas creó en ellas un cuerpo coincidente con una imagen corporal que definitivamente excluía la función procreativa.

Sobre las pacientes del segundo grupo (de buenos resultados y de satisfacción incierta) pudo considerarse que ese "trabajo interno" sobre la pérdida de la capacidad reproductiva, fué parcial o incompleto. Algunas mujeres persistieron en el uso de métodos anticonceptivos alternativos, aún años después de la operación.

Estas mujeres aún semanas y meses después no aceptaban completamente la pérdida de su capacidad reproductiva. Esto se manifestó en el escepticismo, incredulidad conciente, sueños de embarazo y rumiaciones de otro embarazo que se presentaron en las pacientes.

Esta incapacidad de trabajar internamente sobre la pérdida de esta vital función, parece ser un factor de importancia en la adopción de niños, en el hacerse cargo de niños ajenos y en la manifestación de intenso apego a diversas mascotas, años después de la esterilización.

Una expresión de ésto mismo fué la idea común de "Si otros saben lo que he hecho, me despreciarán y rechazarán, porque disfruto del sexo librándome de las consecuencias naturales". Como Binder (1973, op. cit.) ha destacado, el mecanismo psicológico involucrado es una división entre "la mala función sexual" de "la buena función reproductiva".

Algunas pacientes tuvieron síntomas e incluso signos de

pseudociesis (falso embarazo). Fenómeno relacionado con un deseo o miedo a quedar embarazadas. La creencia de un embarazo fué reportada por el 8.3 % de la población estudiada, e incluso este reporte coincidió con irregularidades menstruales.

Por otra parte, Barglow et. al. (1966), propusieron que una necesidad de ser castigadas debido a la culpa y pena sentidas por haberse sometido a la esterilización, podría explicar la gran variedad de síntomas físicos y psicológicos experimentados por las pacientes y atribuidos a la ligadura de trompas, pues la esterilización fué el factor etiológico directamente responsable los síntomas sufridos.

Finalmente en relación al tercer y último grupo de malos resultados e insatisfacción (sorprendentemente grande) se sugiere que una alta incidencia (42%) de seria psicopatología que interfirió con el "trabajo interno", descubriendo que estos disturbios psiquiátricos fueron pasados por alto o ignorados por los cirujanos, psiquiatras y las mismas pacientes.

Este grupo tuvo una tardada recuperación aun sin tener sin graves complicaciones quirúrgicas y meses después hubo una gran incidencia de severos y prolongados periodos de dolor pélvico, varios disturbios menstruales e hipersensibilidad a estímulos pélvicos de algún tipo.

Las pacientes en este grupo, según escriben Barglow y Einser, años más tarde reportaron sentimientos de inferioridad, debilidad, vacío, ensimismamiento y de empezar a ser personas dañadas.

Estaban convencidas que varias de sus estructuras, especialmente los órganos sexuales habían sido destruidos o dañados en la operación. Varias mujeres reportaron un decremento en cuanto a su deseo y gratificación sexual y asociaban esto con el ser "mujeres castradas". Los subsiguientes infortunios de la vida, accidentes, obesidad, anorgasmas, fallas en el matrimonio y nuevas enfermedades físicas fueron atribuidas a la operación.

Respecto a estos cambios futuros que experimentan las pacientes después de la operación Binder (1973 op. cit.) hace incapié argumentando que es muy difícil predecir las posteriores vivencias y las futuras consecuencias de estas, cinco pacientes de su estudio, debido a que las condiciones externas circundantes cambiaron de manera drástica, sintieron gran pesar en haberse sometido a la esterilización.

Estos cinco casos hicieron recordar al autor que la esterilización es un "arma de dos filos", con beneficios y desventajas que tienen que ser ponderadas.

Por otro lado Cooper et. al. (1981 citado en Shain, 1991) reporta que de las 190 mujeres que fueron entrevistadas después de la esterilización, 15 (7.9%) expresaron de alguna manera sentir pesar. Seis de ellas se quejaron de trastornos menstruales, 5

reclamaban el haber perdido la fertilidad, y 3 se quejaron de disturbios sexuales; 3 más deseaban tener otro hijo y 1 tenía dudas morales acerca de la operación; una sentía gran pesar debido a su mal estado de salud y otra debido a que su matrimonio se había deshecho lamentaba el suceso.

Antes de la esterilización, éstas 15 pacientes tuvieron significativamente más disturbios psiquiátricos que las demás del grupo. Es también de interés señalar, que antes de la operación en comparación con las otras sujetas, obtuvieron un mayor puntaje en cuanto al estado mental medido por el PSE (Present State Examination), tuvieron más contactos psiquiátricos previos y tuvieron un mayor deterioro en cuanto al funcionamiento familiar.

Cinco de estas mujeres (2.6%) dijeron que hubiesen deseado no ser sometidas a la operación, cuatro (2.1%) pensaron en la posibilidad de la irreversibilidad del método, y una buscaba seriamente que se llevase a cabo esto (Cooper et. al., 1981).

El mismo autor resume que en aquellas historias de mujeres que han tenido buenos ajustes a la ligadura tubaria a largo plazo se pueden distinguir factores significativos como: La ausencia de una alta ansiedad preoperatoria, de eventos significativos en el curso postoperatorio y la ausencia de serios conflictos acerca de la terminación de la capacidad reproductiva, junto con un sentimiento de "satisfacción" (Barglow et. al., 1965).

El efecto negativo ocasionado por una alta ansiedad preoperatoria descrito por dicho autor es consistente con aquello que describe Ackner (op. cit.) quien notó que una alta ansiedad antes de la intervención se relacionaba con malos resultados y con un mayor número de complicaciones como respuesta a la operación.

A pesar que los datos de Barglow et. al. (1965) no eran muy concluyentes esta ansiedad preoperatoria a menudo se relacionaba con el establecimiento de conflictos alrededor de la maternidad o la femineidad, a una historia de experiencias negativas con intervenciones quirúrgicas y a la presencia de múltiples problemas reales y frustraciones (Barglow et. al., 1965).

La alta incidencia de complicaciones postoperatorias inmediatas puede ser un factor que resulte en una alta incidencia de malos resultados a largo plazo.

Barglow et. al. (1966) asienten que las motivaciones de las pacientes y sus reacciones a la operación son extremadamente complejas. Es por esto que se dificulta el ofrecer una fórmula psiquiátrica o una predicción de las posibles respuestas a los ginecólogos quienes deciden si practicar o no la operación. Los autores afirman que cada paciente debe de ser evaluada cuidadosamente de manera individual.

Gavino et. al. (1986) comentan que por ser un método de alta eficacia con pocos efectos colaterales, la oclusión tubaria es de

elección cuando una mujer solicita un procedimiento anticonceptivo, pues además de ofrecer el logro de las metas personales por controlar eficazmente la fertilidad, también contribuye para obtener una vida sexual más plena.

## CAPITULO IV

### AUTOCONCEPTO

Al realizar una revisión histórica del autoconcepto resulta indiscutiblemente necesario, comenzar por el surgimiento del concepto de sí mismo, del yo e identidad.

El término de autoconcepto comienza a perfilarse en la escuela psicoanalítica con Hartman y Erikson quienes aportan un significado del Yo. Posteriormente estas aportaciones se solidifican con las postulaciones de James y Allport. Más recientemente es Rogers quien dirige el antiguo concepto de sí mismo hacia el actual significado de autoconcepto. Finalmente Fitts en 1965 realiza una extensa investigación sobre el tema y desarrolla una escala que mide varios aspectos del autoconcepto: La escala de autoconcepto de Tennessee (TSCS) (García, 1987; Chavez y Flores, 1988; Leon, 1988).

A continuación se citan los autores que exponen las diferentes teorías que hablan acerca del sí mismo, del yo y del autoconcepto.

#### HARTMANN

Hartmann, así como los demás psicólogos del yo, se distingue de Freud ya que le otorga una importancia particular al yo y considera que éste posee un funcionamiento propio no derivado del ello; además, en esta corriente, el yo posee una fuente propia de energía. Toda esta concepción del yo hace pensar que existen fuentes no instintivas de motivación, por lo que se presta más atención a los mecanismos de solución de problemas, a las fuerzas y recursos del paciente y a las situaciones que parecen provocar ansiedad; de esta manera, el logro de una mayor eficacia y estabilidad ante la vida dependerá de la fortaleza del yo.

Hartmann considera al yo como una subestructura de la personalidad que debe ser definida por sus funciones (Hartmann, 1969) y que es el resultado de 3 grupos de factores:

1. Las características hereditarias del yo y sus interacciones.
2. Las influencias de las pulsiones instintivas.
3. Las influencias de la realidad externa (Hartmann, 1987).

#### ERIKSON

Erikson, de origen Alemán, es un teórico de la personalidad que estudió psicoanálisis con Anna Freud y posteriormente viajó a Estados Unidos. Gran parte de sus análisis del hombre en sociedad fueron realizados en tribus americanas. El autor se enfocó a la etapa infantil y adolescente y evaluó cuidadosamente los procesos históricos dentro de los cuales se puede observar y guiar la

evolución psicológica de los individuos.

Estudió ampliamente la identidad y su principal interés fué la relación del yo con la sociedad.

Erikson (1971) señala que el yo es el instrumento por el cual una persona organiza la información exterior, valora la percepción; percibe el mundo interior, toma conciencia de los impulsos del ello, de los dictámenes del superyó y de los valores significativos de su vida. Asimismo, el yo selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento. El yo mantiene la armonía entre las diferentes partes de la personalidad, con miras a adaptarse a la realidad.

El mismo autor, al hablar sobre el desarrollo del yo, después de exponer el significado que Freud le da al término, explica que "el yo es una institución interna desarrollada para proteger el orden dentro de los individuos del que depende todo orden exterior" (Erikson, 1974).

Para el autor existe un yo que salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto y que lo aniquilaría, si no estuviese protegido por un sistema confiable.

Este yo es inconciente y sólo se puede percibir su actividad. Existe otro constructo: El yo identidad, que es parcialmente conciente.

Erikson (1971) explica el concepto de identidad como "un proceso que se manifiesta a través de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones sucesivas de los años tempranos".

Este éxito depende de las relaciones satisfactorias primeramente con la madre (determinada por la confianza y reconocimiento que se logre establecer con ella) y más adelante con el resto de la familia. Más adelante el autor (1974) señala que la identidad se desarrolla a medida que se van integrando todas las identificaciones del medio social que rodea al individuo.

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

La principal característica de su teoría son los cambios evolutivos que ocurren a lo largo de la vida (Baron, et. al., 1985). De esta manera plantea la existencia de 8 edades o etapas que el individuo debe pasar para alcanzar la madurez genuina. En cada etapa existe un conflicto característico y la forma en que éste se resuelva va determinando la personalidad del individuo (Erikson, 1974).

A continuación se examinarán las 8 etapas del desarrollo del hombre que plantea Erikson:

1) **Confianza básica vs desconfianza básica:** Comprende los primeros meses de vida. Esta es la etapa donde se conforma la autoestima.

En este periodo el bebé depende por completo de los demás y el conflicto consiste en confiar o desconfiar de los que se encargan de su crianza. Se considera que el primer logro social del niño es su disposición a permitir que su madre se aleje sin sentir ansiedad, debido a que su madre se ha convertido en una certeza interior; el niño aprende a confiar en la continuidad de sus proveedores externos y también confía en sí mismo y en la capacidad de sus propios órganos para enfrentar urgencias. La persistencia de los cuidados provenientes del exterior hacen que el niño tenga un primitivo sentimiento de identidad que depende de la existencia de sensaciones e imágenes recordadas.

2) **Autonomía vs vergüenza y duda:** Aparece en el periodo de adiestramiento del control de esfínteres. El éxito que se ha de lograr en esta etapa consiste en que el niño se perciba como una persona con derechos propios, es decir como una persona autónoma e independiente; lo cual se encuentra determinado por el aprendizaje del control de sus funciones corporales.

El fracaso en esta etapa se percibe como un yo inadecuado, es decir con sentimientos de duda y vergüenza que se reflejan en actitudes tímidas e inseguras.

3) **Iniciativa vs culpa:** Se presenta cuando el niño comienza a desplazarse y domina sus necesidades. Durante esta etapa el niño debe descubrir un medio socialmente aceptable para expresar sus necesidades. Si lo logra tendrá iniciativa, imaginación, tenderá a imitar a los adultos y logrará expresar sus deseos personales; si fracasa tendrá sentimientos de culpa convirtiéndose en un niño poco creativo, celoso, desconfiado y evasivo.

4) **Industria vs inferioridad:** En esta etapa el niño se encuentra en edad escolar, lo que permite que se compare con otros individuos de su edad. De esta forma al niño se da cuenta si es competente o no. El éxito en esta etapa consiste en desarrollar un sentido de industria, es decir adaptarse a las leyes orgánicas del mundo de las herramientas, adquirir el sentido de logro y del deber. El fracaso consiste en sentimientos de inadecuación e inferioridad, en la mala adquisición de hábitos, actitudes mediocres y en la evasión de la competencia por sentirse poco apto para la misma.

5) **Identidad vs confusión de rol:** En esta etapa el comienzo de la juventud va acompañado por una nueva duda acerca de la mismidad y continuidad en las que ya se confiaban. Los jóvenes se preocupan por lo que parecen ser ante los ojos de los demás y por entender lo que realmente son. El reto más importante reside no solo en la adquisición de una sexualidad adecuada sino también en

la creación de la propia identidad en los planos tanto sexuales como sociales. El éxito de esta etapa consiste en un sentimiento de identidad yoica (que es la suma de las identificaciones infantiles), lo cual se refleja en en el ensayo de diferentes roles, la búsqueda de metas en la vida y compromisos ideológicos, la búsqueda de pareja y una adecuada elección ocupacional. El fracaso consiste en un sentimiento de falta de claridad ante sí mismo, la fijación de roles, confusión sexual, ante los valores y la autoridad.

6) Intimidad vs aislamiento: El adulto joven está ansioso en esta etapa por fundir su identidad con la de otros. Está preparado para entregar su yo a los demás, para la intimidad, es decir para entregarse a afiliaciones y asociaciones concretas y tiene la fuerza para cumplir compromisos aún cuando estos exijan sacrificios. El yo debe estar preparado para enfrentar el temor a la pérdida yoica en tareas que exigen autoabandono, como en la solidaridad de las afiliaciones, en los orgasmos y uniones sexuales, en la amistad íntima, en las experiencias de inspiración por parte de los maestros y de intuición surgidas de las profundidades del sí mismo.

Cuando el temor a la pérdida del yo lleva al individuo a evitar tales experiencias se produce un estado de aislamiento, evitando la intimidad y destruyendo todo aquello que ponga al individuo bajo el peligro de la intimidad.

7) Generatividad vs estancamiento: La preocupación básica en esta etapa consiste en establecer y guiar a la nueva generación, aunque hay quienes no aplican este impulso a su descendencia. Es por esto que generatividad significa también productividad y creatividad. Cuando falta la generatividad se da un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, los individuos comienzan a tratarse con una complacencia tal como si fueran su propio y único hijo.

8) Integridad del yo vs desesperación: Esta etapa sólo es alcanzada por aquellos que resolvieron las crisis anteriores.

Cuando el sujeto tiene éxito en los estadios anteriores, aprecia su pasado y tiene un sentimiento de integridad y satisfacción que le permitirán aceptar su muerte. Por el contrario, si no logró pasar con éxito las etapas anteriores, tendrá sentimientos de que el tiempo se le acaba que ya no es posible intentar otra vida o probar caminos alternativos y sobrevendrá la consiguiente desesperación. El malestar consigo mismo oculta la desesperación y la mayoría de las veces se manifiesta como muchos pequeños malestares.

El temor a la muerte proviene de una falta o pérdida de la integración yoica acumulada dejando de aceptar el ciclo de vida como lo esencial de la vida.

Es así como Erikson expone que para convertirse en un adulto maduro el individuo debe desarrollar todas las cualidades yoicas

mencionadas. Además el autor subraya que el yo continúa adquiriendo nuevas características a medida que va encontrando nuevas situaciones a lo largo de la vida.

De aquí se desprende que el autoconcepto (todo aquello que la persona sabe de su propio yo) forma parte del yo, encontrándose estrechamente vinculado con el ego y el sí mismo.

La importancia que da Erikson a la resolución con éxito de los conflictos de cada etapa así como el logro de la identidad, se observa claramente en los siguientes párrafos:

"Identidad es un proceso que se manifiesta a través de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones sucesivas de los años tempranos" (Erikson, 1971).

"...sólo un sentimiento gradualmente creciente de identidad, basado en la experiencia de salud social y solidaridad cultural al final de cada crisis importante de la infancia, promete ese equilibrio periódico en la vida humana que, en la integración de las etapas yoicas, contribuye a establecer un sentimiento de humanidad. Pero toda vez que dicho sentimiento se pierde, toda vez que la integridad cede ante la desesperación y el rechazo, toda vez que la generatividad cede el paso al estancamiento, la intimidad al aislamiento y la identidad a la confusión, es probable que toda una serie de temores infantiles asociados se movilice: pues sólo una identidad firmemente anclada en el patrimonio de una identidad cultural puede producir un equilibrio psicosocial eficaz" (Erikson, 1974).

#### WILLIAM JAMES

James es quien prepara el campo para la teorización contemporánea; de su trabajo deriva directa o indirectamente gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo y del yo. Dicho autor (1890 citado en Hall, et. al., 1970) sugiere una dicotomía entre el yo y el mí, en donde una misma persona se diferencia por dos aspectos: el sí mismo como conocedor o el agente de la experiencia y el sí mismo que es conocido por los demás; siendo estos dos esenciales para el entendimiento de la autoconciencia.

El autor define al sí mismo como "la suma total de todo lo que un hombre puede llamar suyo; su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos, sus enemigos y muchas cosas más (Hall et.al., 1970). Para él el sí mismo es un fenómeno consciente, donde las evaluaciones que hace una persona de sí mismo dependen de sus aspiraciones. El autor define al yo como "la corriente de pensamiento que constituye el propio sentimiento de identidad personal".

El autor considera tres aspectos que integran el sí mismo:

- 1) Sus elementos constitutivos, que son :

-El sí mismo material, consiste en las posesiones materiales del individuo, incluyendo el cuerpo, las ropas, la familia, el hogar, etc.

-El sí mismo social, que es el reconocimiento que el sujeto recibe de sus prójimos, es decir la forma en que es considerado el individuo por sus semejantes. Al respecto el autor aclara que "una persona tiene tantos yo sociales como individuos hay que lo conocen y llevan en sus mentes una imagen de él, ya que generalmente las personas dan diferentes impresiones de sí mismas en los diferentes grupos con los que se relacionan".

-El sí mismo espiritual, que es la totalidad de los propios estados de conciencia, las facultades psíquicas y las propias disposiciones consideradas en concreto, todo aquello susceptible de convertirse en objeto del propio pensamiento y despertar emociones.

2) Los sentimientos de sí mismo.

3) Las acciones destinadas a la búsqueda y preservación de sí mismo.

ALLPORT

Allport es otro de los autores que se interesaron por definir y estudiar el desarrollo del sí mismo dentro de la personalidad.

Es así como el autor (1977) define al sí mismo como:

"Algo de lo que nos damos cuenta inmediatamente, concibiéndolo como la zona central e íntima de nuestra vida. Como tal, desempeña un papel primordial en nuestra conciencia, en nuestra personalidad y en nuestro organismo. Viene a ser un núcleo en nuestro ser".

Para Allport el sí mismo se forma mediante un proceso que comienza desde el nacimiento. En este proceso intervienen 7 factores que se van incorporando de acuerdo a la edad y a las circunstancias:

1) Sentimiento del sí mismo corporal: Son todas las sensaciones que surgen del organismo desde cada una de sus partes. Este sentimiento se forma a partir de las sensaciones orgánicas repetidas y también a partir de las frustraciones provenientes del exterior; ya que el niño, al toparse con otros objetos, va aprendiendo cuáles son las limitaciones de su cuerpo.

El autor señala que el conocimiento de nuestro cuerpo constituye el soporte para el sentimiento de sí mismo y de la autoconciencia.

2) Sentimiento de una continua identidad del sí mismo o autoidentidad: Consiste en la comprensión de lo que es uno y lo que es el otro, así como de que los sentimientos que se tuvieron

ayer y los que se tienen hoy pertenecen a la misma persona. El sentimiento de identidad es el que nos permite reconocernos como la misma persona a pesar de que hayan habido cambios en nuestra personalidad y en nuestros sentimientos.

El nombre y los objetos más o menos perdurables son una base importante para la formación de la identidad.

3) Exaltación de sí mismo: Está compuesto por el amor a sí mismo, los impulsos de autoafirmación, las emociones de autosatisfacción y orgullo, etc.

Este sentimiento se manifiesta con una necesidad de autonomía que caracteriza a los niños de 2 años aproximadamente. Durante este periodo el niño muestra una tendencia al negativismo, donde cualquier propuesta de un adulto es tomada como una amenaza a su integridad, de esta forma opta por negar todo lo que proviene de los adultos para así proteger su naciente autoestima.

4) Extensión de sí mismo: Es la extensión del sentimiento de sí mismo a los objetos, causas, ideales relaciones, etc. que una persona considera importantes para sí, le son importantes afectivamente y llega a considerar parte de sí.

Con la extensión del sí mismo surge el sentimiento de posesión; así los objetos del niño son sentidos como partes de sí mismo, intensamente propias.

5) Imagen de sí mismo. Es la forma en que la persona se visualiza a sí misma, incluyendo la imagen idealizada, es decir lo que la persona desearía ser, sus aspiraciones, etc. Esto se logra mediante una comparación de lo que los padres desean que el niño sea y lo que realmente él es.

El sentido de identidad, de imagen y la capacidad de extensión del sí mismo son favorecidas con el ingreso del niño a la escuela, debido a que las opiniones de los compañeros contribuyen a establecer la identidad y un sentido más agudo del sí mismo. El niño comienza a aprender lo que se espera de él fuera de su hogar. Asimismo, debe incorporar dos mundos diferentes: El de la escuela y el de su hogar.

En esta etapa el niño todavía no tiene confianza en su propia moralidad. Se siente seguro al respecto únicamente adaptándose a las reglas establecidas en el grupo donde se encuentra.

6) Agente racional: Aquella función del organismo que analiza, soluciona problemas, está en contacto con la realidad, media entre las necesidades propias y la realidad exterior y defiende al organismo de los peligros ya sean éstos reales o imaginarios.

El niño posee una capacidad de solucionar problemas desde que nace pero no es hasta esta época que el niño se da cuenta de la posesión de la misma.

7) Aspiraciones propias: Son todos los motivos que rebasan los impulsos y tendencias a la satisfacción inmediata, otorgando al individuo perspectivas de autoperfección y soportando la tentación de reducir tensiones.

De esta forma el autor señala que alrededor de los 16 años el autoconcepto se encuentra formado si y sólo si se logran fusionar los 7 aspectos descritos. Si esto no sucede se puede hablar de que existe alguna patología en la personalidad.

Asimismo el autor propone la existencia del concepto "propium" que designa al sí mismo como la integración de los 7 aspectos anteriormente descritos.

CARL ROGERS

Una de las teorías más importantes que se construye a partir del concepto de sí mismo es la teoría fenomenológica de Rogers, donde el logro de una congruencia entre el campo fenoménico de la experiencia (la realidad subjetiva) y la estructura conceptual del sí mismo constituye la finalidad del desarrollo de la persona, ya que dicho logro implica liberarse de tensiones y ansiedades, el grado máximo de adaptación realista así como la adquisición de un sistema valores individualizado (Rogers, 1950).

Dicha teoría se preocupa principalmente por el yo prestando poca atención a las etapas de desarrollo, estructura de la personalidad etc. (Gardfield, 1979). Sin embargo, existen dos constructos fundamentales sobre lo que se basa toda su teoría: El organismo y el sí mismo (Hall, et. al., 1970).

El organismo se refiere al "centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurra internamente en el organismo y está en potencia abierto a la conciencia en un momento determinado" (Hall, 1970).

De igual manera, para entender de mejor forma la teoría así como el papel que juega el sí mismo y el autoconcepto dentro ella, es importante conocer lo que Rogers denomina campo fenoménico, que es una realidad subjetiva, un marco de referencia individual conocida sólo por la persona. El campo fenoménico puede contener experiencias concientes (cuando se hallan simbolizadas) e inconcientes (cuando no se encuentran simbolizadas). Dentro de las experiencias simbolizadas o concientes Rogers señala que lo que una persona piensa o experimenta constituye una representación o hipótesis que puede ser correcta e incorrecta, así las experiencias incorrectamente simbolizadas hacen que el individuo actúe incorrectamente.

El sí mismo o autoconcepto proviene de una parte del campo fenoménico que se va diferenciando, el cual es definido por Rogers como "la gestalt conceptual, organizada y coherente, compuesta de percepciones características del 'yo' o del 'mi' con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a estas percepciones. Se trata de una gestalt que

está preparada para la conciencia". (Rogers, 1978). En otras publicaciones (1973) el autor señala el papel que tienen los otros en la formación del autoconcepto.

El autoconcepto incluye varios componentes:

- 1) El perceptual: Es la forma en que la persona se percibe a sí misma, y como se ha hecho de las impresiones de las otras personas.
- 2) El conceptual: Se refiere al concepto que se tiene de las propias características, habilidades, recursos, fallas y limitaciones, así como de la conceptualización del propio pasado y futuro.
- 3) Las actitudes: Incluyen los sentimientos acerca de sí mismo y el desenvolvimiento ante el estatus social y frente al futuro.

Cabe señalar que para Rogers el autoconcepto no sólo incluye el conocimiento que se tiene de sí mismo sino que también incluye el conocimiento de lo que se quiere ser y lo que debe ser un individuo. Todo esto permite a la personalidad, una concepción coherente y unificada de sí mismo, dándole la posibilidad de desarrollarse más adecuadamente.

Por otra parte la autoestima para Rogers es "una consideración positiva de sí mismo, o sea los sentimientos positivos que el individuo experimenta, respecto de una experiencia o una serie de experiencias realistas del yo" (Rogers, 1978).

La importancia del autoconcepto para el autor radica en que para él, la salud o ajuste psíquico está en función del concepto que el individuo tenga de sí mismo, de la realidad y congruencia de éste con las vivencias propias ya que para que una persona esté bien ajustada es necesario que las experiencias simbolizadas que constituyen al sí mismo reflejen exactamente las experiencias del organismo (Rogers, 1951).

#### WILLIAM FITTS

De las investigaciones más relevantes en el campo del autoconcepto fué iniciada por Fittz en 1955 y culminó 10 años más tarde con la realización de la escala de autoconcepto Tennessee, (TSCS) que puede ser usada para múltiples propósitos: Evaluación clínica, asesoramiento, diagnóstico, investigación en las ciencias del comportamiento, etc. (se encontrará una descripción detallada de dicho instrumento, así como de su calificación e interpretación en el apartado de descripción del instrumento en el capítulo del método).

William Fittz, inició su trabajo en el departamento de salud mental de Tennessee en el año de 1955, su propósito inicial era contribuir a la solución del problema que la investigación de salud mental planteaba, sin pensar en la amplitud que tendría su aplicación. Su trabajo comenzó recopilando reactivos

autodescriptivos de otros instrumentos que median el autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Balester, 1956; Engel, 1956; y Taylor, 1953 (citados por Fitts, 1965). Otros reactivos se derivaron de autodescripciones de pacientes psiquiátricos y pacientes no psiquiátricos. Posteriormente, después de análisis y estudios se desarrolló un sistema fenomenológico para su calificación. Esto fue evolucionando hasta llegar a un esquema bidimensional 3 x 5 empleado en la hoja de puntajes: 3 hileras (identidad, autosatisfacción y conducta), 5 columnas (yo físico, yo ético moral, yo personal, yo familiar y yo social) y 10 ítems que componen la escala de autocrítica, éstos reactivos fueron tomados de la escala de autocrítica L (Lie scale) del MMPI.

Los reactivos del TSCS fueron clasificados de acuerdo a un sistema fenomenológico (Pound, Hansen y Putnam, 1977 citado en Dan Kelerstein, 1991). El sistema fenomenológico hace énfasis en el rol conciente de las afirmaciones del individuo. En este caso diremos que el funcionamiento del individuo, su identidad y su satisfacción dependen de la forma conciente en que se autodefinen.

Fittz (1965) expresa su modelo en términos de relaciones interpersonales y de competencia personal y enfatiza la importancia de la libre comunicación. El autor se identifica con la psicología humanista y su contribución es mucho más empírica que teórica.

Fittz plantea que el autoconcepto de los individuos ejerce gran influencia sobre el comportamiento de los mismos, además éste se realaciona directamente con su personalidad en general así como con el propio estado de salud mental. El autor además destaca la importancia del conocimiento de como un individuo se percibe a sí mismo ya que revela aspectos fundamentales de la personalidad del individuo y esto es útil para hacer evaluaciones acerca de él, así como para establecer medidas terapéuticas.

Fittz define al autoconcepto como "la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la descripción más completa que un individuo puede dar de sí mismo un momento dado". Asimismo afirma que el autoconcepto es aprendido a través de las experiencias consigo mismo, con otras personas o con la realidad de su mundo externo a lo largo de la vida. El autoconcepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a 2 fenómenos propios del ser humano:

- 1) La autoconciencia: que es el acto por medio del cual una persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma.
- 2) La autoaceptación: que implica tener fe en la propia capacidad para enfrentar la vida, asumir la responsabilidad de la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de manera objetiva, no negar o distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y limitaciones propias sino aceptarlas considerándose a uno mismo como una persona de igual valor que

otras. Según el autor el autoconcepto puede ser afectado positivamente por:

- 1) Experiencias interpersonales que generan sentimientos positivos de estimación y valor.
- 2) Competencia en áreas que son valoradas por el individuo y otros.
- 3) Autorealización o la implementación y realización de las verdaderas potencialidades personales del individuo.

Si estos factores no se cumplen, entonces el autoconcepto sería afectado negativamente.

Fittz afirma que el autoconcepto puede subdividirse en dos distintas áreas que reflejan los marcos de referencia del individuo:

- 1) Marco de referencia externo: Indica como el individuo utiliza situaciones externas para describirse a él mismo dentro de ellas. Este marco ha sido subdividido en 5 factores: El yo físico, el yo éticomoral, el yo personal, el yo familiar y el yo social.
- 2) Marco de referencia interna: Indica como el sujeto se describe a sí mismo. A su vez esta área ha sido subdividida en 3 factores: La identidad, la autosatisfacción y el comportamiento.

#### AUTOCONCEPTO Y REPRODUCCION

Existen diversos autores que han hablado de la relación que existe entre la formación del autoconcepto y la capacidad reproductiva:

Rubins (1965 citado en Salgado, 1985), resalta la importancia de los roles en la formación del autoconcepto. En la misma línea Was Burn (op. cit.) piensa que el autoconcepto es una actitud, un valor o un motivo por medio del cual el individuo se relaciona con su medio ambiente social. Asimismo, Beane (op. cit.) expresa que el autoconcepto es la percepción que se tiene de uno mismo en términos de los atributos personales de varios roles, los cuales son desempeñados con mayor o menor eficiencia por el individuo.

Reyna (1982), explica el impacto cultural sobre el autoconcepto. Estando así el autoconcepto determinado por el entorno social y por las relaciones interpersonales del individuo.

Salgado (1985) piensa que el autoconcepto se va desarrollando con las concepciones que tienen los demás acerca del sujeto y a la vez el sujeto va asimilando todos los valores que constituyen el medio ambiente social.

## CAPITULO V

### METODO

Se ha visto que la pérdida de la función reproductiva en la mujer trae consigo consecuencias emocionales de importancia una de ellas es que dicha pérdida, impacta fundamentalmente el autoconcepto.

En la presente investigación se pretende indagar qué áreas del autoconcepto son las que se alteran, en relación a la manera en que se haya perdido la capacidad reproductiva.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias en el autoconcepto entre las mujeres que pierden su capacidad reproductiva por climaterio, histerectomía y oclusión tubaria?

### HIPOTESIS DE INVESTIGACION

#### HIPOTESIS CONCEPTUAL

Desde que la maternidad ha sido vista como proveedora de una experiencia crucial de maduración, aquellas mujeres con dificultades en la capacidad de reproducción son frecuentemente marcadas como inmaduras o con alteraciones emocionales (Benedek, 1970).

Diferentes fenómenos obstétricos y ginecológicos son considerados fenómenos biológicos con fuertes componentes psicológicos que interactúan recíprocamente de manera compleja (Nadelson et. al., 1983).

Nadelson et. al. (1983) afirman que para la mujer el conocimiento de que es capaz de tener hijos ha sido considerado crítico para el desarrollo de su identidad de género, de su identidad y de su autoestima.

La femineidad para Polivy (1974) está compuesta por una combinación de factores, entre ellos el atractivo físico (sentido como determinante de la deseabilidad sexual y habilidad para concebir hijos. Por lo tanto, los pechos, los genitales y los órganos reproductivos de la mujer son probablemente esenciales para su propia adaptación y autoevaluación como mujer. Debido a la importancia psicológica de estos órganos una amenaza a los órganos reproductores de la mujer puede fácilmente constituir una amenaza al entero autoconcepto de la mujer (Polivy, 1974).

#### HIPOTESIS DE TRABAJO

El autoconcepto de la mujer se ve disminuido en diferente grado ante la pérdida de la capacidad reproductiva por climaterio,

histerectomía y oclusión tubaria bilateral.

**AUTOCRITICA (SC)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autocritica entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autocritica entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**PROPORCION VERDADERO FALSO (V/F)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de proporción verdadero falso entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de proporción verdadero falso entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**CONFLICTO TOTAL NETO (CONF TN)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total neto entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total neto entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**CONFLICTO TOTAL (CONF T)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**TOTAL POSITIVO (TOTAL P)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel total de autoestima (total positivo) entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel total de autoestima (total positivo) entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**IDENTIDAD (R1)**

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el

puntaje de identidad entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de identidad entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

#### AUTOSATISFACCION (R2)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autosatisfacción entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autosatisfacción entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

#### COMPORTAMIENTO (R3)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de comportamiento medido por el Tennessee entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de comportamiento medido por el Tennessee entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

#### YO FISICO (COL A)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo físico entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo físico entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

#### YO ETICO-MORAL (COL B)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo ético-moral entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo ético-moral entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

#### YO PERSONAL (COL C)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo personal entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo personal entre mujeres climáticas, con

histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

YO FAMILIAR (COL D)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo familiar entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo familiar entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

YO SOCIAL (COL E)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo social entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo social entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

VARIABILIDAD TOTAL (TOT V)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de variabilidad total entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de variabilidad total entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

TOTAL VARIABLE DE COLUMNAS (COL TV)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de columnas entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de columnas entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

TOTAL VARIABLE DE HILERAS (ROW TV)

H0. No existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de hileras entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

H1. Si existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de hileras entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

## VARIABLES

### Variable independiente:

Causa de la pérdida de la capacidad reproductiva. Las causas contempladas son: Natural (climaterio), impuesta (histerectomía) y decidida (oclusión tubaria bilateral).

### Variable dependiente:

Autoconcepto, se trata de una variable inter debido a que será estudiada en varios grupos al mismo tiempo.

### DEFINICIONES CONCEPTUALES

Autoconcepto. Es la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la descripción más completa que es capaz de dar de sí mismo en un momento dado; la cual influye en su conducta y está directamente relacionado con su personalidad y con su salud mental (Fitts, 1965).

### DEFINICIONES OPERACIONALES

Climaterio (CLI). Período de transición de la vida de una mujer, durante el cual disminuye y se pierde la función reproductora (Manual de normas y procedimientos del INPer de ginecología y obstetricia, 1990).

Histerectomía (HIS). Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero. Puede realizarse con o sin ooforectomía (op. cit.).

Ooforectomía. Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de uno o ambos ovarios (op. cit.)

Oclusión tubaria bilateral (OTB). Intervención quirúrgica que tiene por objeto obstruir en forma permanente la luz de las trompas de falopio para evitar la conjunción óvulo espermática (op. cit.).

Autoconcepto. Fue medido a través de los diferentes factores establecidos en la Escala de Autoconcepto de Tennessee (TSCS). Estos factores son: autocrítica, proporción falso verdadero, conflicto total neto, conflicto total, nivel total de autoestima (total positivo), identidad, autosatisfacción, comportamiento, yo físico, yo ético-moral, yo personal, yo familiar, yo social, variabilidad total, total variable de columnas y total variable de hileras.

### VARIABLES EXTRANAS:

Gestas. Número de embarazos.

Partos. Número de alumbramientos de cada mujer.

**Cesáreas.** Operación médica que consiste en extraer el feto por incisión de la pared abdominal.

**Abortos.** Número de interrupciones del embarazo antes de tiempo espontáneos o provocados de modo expreso.

**Hijos vivos.** Cantidad de hijos que viven actualmente que posee cada mujer (cabe mencionar que todas las mujeres de la muestra tenían por lo menos 1 hijo).

**Menarca.** Edad de la primera menstruación.

**Inicio de vida sexual activa (IVSA).** Edad de la primera relación sexual.

**Situación socioeconómica.** La clasificación socioeconómica fue establecida de acuerdo con los criterios del departamento de trabajo social del INPer. Dicha clasificación se establece de acuerdo, principalmente, a los siguientes aspectos: Tipo de ocupación y estabilidad e ingreso per cápita.

En base a lo anterior el INPer establece tres categorías socioeconómicas:

1. Alta. Corresponde a propietarios de nivel medio, directivos y empresarios con ingresos mayores a 5 veces el salario mínimo vigente.

2. Media. Corresponde a empleados, comerciantes establecidos de nivel medio con ingresos mayores a 2 veces el salario mínimo y menores a 5 veces el salario mínimo vigente.

3. Baja. Corresponde a desempleados, subempleados y obreros con ingresos menores o iguales a 1 salario mínimo o hasta 2 veces el salario mínimo vigente (González, 1989).

**Ocupación.** Empleo, oficio o actividad.

**Origen.** Lugar de procedencia.

**Estado civil.** Condición de cada individuo en relación con sus derechos y obligaciones (Diccionario Larousse).

**Edad de los hijos.**

**Paridad satisfecha.** Conformidad de la paciente ante la cantidad de hijos que posee (no deseando tener más hijos de los que se tuvo).

**Salud.** Buen estado físico del organismo.

Estas variables fueron controladas por medio de aleatorización.

## SUJETOS

Se estudiaron 149 mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Formándose 3 grupos: Climaterio, con 47 mujeres, Histerectomía, con 51 mujeres y Oclusión tubaria bilateral, con 51 mujeres.

### 1. Grupo de 47 mujeres climatóricas (CLI):

- Que fueran atendidas en la clínica de climaterio del INPer.
- Edad entre 40 años y 50 años.
- Nacionalidad Mexicana.
- Escolaridad mínima primaria.
- Que por lo menos hubieran tenido 1 hijo.
- Que hubieran dejado de menstruar por lo menos 6 meses antes de la aplicación de del TSCS.

### 2. Grupo de 51 mujeres histerectomizadas (HIS):

- Que se les hubiera practicado la histerectomía en el INPer hace más de 6 meses y menos de un año.
- Edad entre 30 y 40 años.
- Nacionalidad Mexicana.
- Escolaridad mínima primaria.
- Que por lo menos hubieran tenido un hijo.
- Que la histerectomía no hubiera sido método para evitar la fecundidad.
- Que la histerectomía no se hubiera practicado debido a tumores cancerosos.

### 3. Grupo de 51 mujeres con oclusión tubaria bilateral (OTB):

- Que se les hubiera practicado la oclusión tubaria bilateral en el INPer.
- Edad entre 30 y 40 años.
- Nacionalidad Mexicana.
- Escolaridad mínima primaria.
- Que hubieran tenido por lo menos 1 hijo.
- Que espontáneamente hubieran solicitado o voluntariamente hubieran aceptado la intervención quirúrgica.
- Que fueran informadas sobre la irreversibilidad del método.

Dentro de los criterios de exclusión para los tres grupos se tuvieron los siguientes:

- Pacientes con deficiencia mental.
- Pacientes con padecimientos psiquiátricos.

Ambos criterios se establecieron en base a observación clínica realizada por las investigadoras.

## MUESTREO

Se utilizó una muestra no probabilística donde los sujetos fueron escogidos de manera intencional (puesto que tenían que cubrir las características requeridas) de una población de pacientes del INPer.

Se seleccionaron las pacientes por medio de listas proporcionadas por el departamento de informática que reunían los criterios de inclusión.

## DISEÑO

El diseño que se utilizó fue de tres muestras independientes (debido a que los grupos estuvieron formados por diferentes sujetos) tomadas de una misma población (pacientes del INPer).

## TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio descriptivo debido a que se intentó describir las características más sobresalientes del fenómeno. Asimismo se trató de un estudio experimental (ya que existió control de las variables que se manejaron) y de campo (debido a que la variación de la variable independiente se llevó a cabo en el ambiente natural).

## INSTRUMENTOS

### MATERIAL Y EQUIPO:

- Cubículo para la aplicación de pruebas.
- Folders.
- Horas de computadora para el procedimiento estadístico de datos.
- Lápices con goma.
- Hoja de consentimiento (anexo 1).
- Entrevista precodificada elaborada por las investigadoras donde se recabó la ficha de identidad, datos sociodemográficos e información general de la paciente (anexo 2).
- Escala de autoconcepto Tennessee (TSCS) que consta de un protocolo con las preguntas (anexo 3A), una hoja de respuestas (anexo 3B), una hoja de calificación (anexo 3C) y una hoja de perfil (anexo 3D).

### DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSE

Este instrumento puede ser utilizado en dos formas: Una de orientación y otra para la clínica y la investigación. En ambos casos es el mismo cuestionario, la única diferencia es la forma de calificar y del perfil que se utiliza para la evaluación. La más sencilla es la de orientación, ya que se califica en forma fácil y en menos tiempo, pues se manejan menos variables y puntajes. Se recomienda para la autoevaluación ya que no requiere sofisticación en psicometría o psicopatología.

El TSCS es simple para los sujetos, ampliamente aplicable y proporciona una descripción multidimensional del autoconcepto.

La escala consta de 100 reactivos autodescriptivos los cuales son usados por los sujetos para plasmar la imagen que tienen de sí mismos, debiendo marcar su respuesta para cada uno de los reactivos. Las 5 respuestas posibles son:

1. Completamente falso.
2. Casi completamente falso.
3. En parte falso y en parte verdadero.
4. Casi completamente verdadero.
5. Completamente verdadero.

La escala puede ser administrada individual o grupalmente y puede ser usada por sujetos de 12 años en adelante, teniendo una escolaridad mínima de sexto año.

El TSCS consta de las siguientes escalas:

1. Puntaje de autocrítica (SC).

Como anteriormente se menciona se compone de 10 reactivos tomados de la escala L del MMPI. Todas son afirmaciones ligeramente derogatorias y que la mayoría de las personas admiten como ciertas con respecto a sí mismas. Los sujetos que niegan la mayoría de estas afirmaciones son generalmente defensivos y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismos. Los puntajes altos, en general muestran una apertura normal, saludable, y capacidad de autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (sobre el percentil 99), indican que el individuo pueden faltarle defensas y que puede encontrarse patológicamente indefenso. Las puntuaciones bajas indican defensividad, y sugieren que el resto de los puntajes pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

2. Puntajes positivos.

Estas afirmaciones parecen comunicar tres mensajes primarios:

- Esto es lo que yo soy.
- Esto es lo que yo siento acerca de mi mismo.
- Esto es lo que yo hago.

Con base a estos tres puntos de afirmaciones se formaron tres categorías horizontales que aparecen en la hoja de puntajes como hilera 1, hilera 2 e hilera 3 respectivamente. Estos constituyen 3 puntajes que al sumarse dan por resultado el total positivo (TOT P). Estos puntajes representan un marco interno de referencia conforme al cual el individuo se describe a sí mismo.

Un estudio más profundo de los reactivos originales indicó que estos puntajes varían considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de una misma categoría de

hilera las afirmaciones pueden variar en cuanto a su contenido, por ejemplo, en la hilera 1 (identidad o "lo que yo soy") las afirmaciones se refieren a lo que yo soy físicamente, moralmente, socialmente, etc, en consecuencia el conjunto de reactivos fué ordenado de acuerdo a estas nuevas categorías verticales, dando por resultado las 5 columnas de la hoja de puntajes.

Por lo anterior el conjunto total de reactivos se encuentra dividido de dos maneras: Verticalmente en 5 columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en 3 hileras, contribuyendo cada celdilla y cada reactivo a puntajes diferentes.

Las diferentes categorías son:

a) Puntaje total (TOT P).

Este puntaje por sí sólo se considera como el más importante de la forma de orientación y refleja el nivel total de autoestima. Los puntajes altos indican que las personas tienden a estar contentas consigo mismas, sienten que son dignas y valiosas tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo a esta imagen. Las personas con bajos puntajes dudan de su propio valor, se ven a sí mismas como indeseables y frecuentemente se ven a sí mismos como deprimidos, ansiosos e infelices; tienen poca fé y confianza en sí mismos.

En el caso de que el puntaje de autocritica sea bajo las calificaciones TOT P altas se consideran sospechosas y probablemente son el resultado de una distorsión defensiva. Los puntajes extremadamente altos (generalmente arriba del percentil 99) son anormales, y son usualmente encontrados en personal perturbadas como paranoides y esquizofrénicos que son grupos que presentan puntajes muy extremos.

b) Hilera 1: Identidad (R1).

Son los items que dicen "esto es lo que yo soy". Aquí el individuo describe su identidad básica, lo que es a partir de como se percibe a sí mismo. Puntajes altos indican que el individuo se define a sí mismo y se sitúa en cada una de las áreas sin dificultad. Puntajes bajos indican que el individuo no puede definirse a sí mismo y situarse de manera adecuada en cada una de las áreas. No sabe quien es él para sí mismo y para los otros.

c) Hilera 2: Autosatisfacción (R2).

Este puntaje proviene de aquellos items donde el individuo describe como se siente acerca del sí mismo que percibe. En general esta categoría describe el nivel de autosatisfacción y autoaceptación. Los puntajes altos indican que el individuo se siente bien consigo mismo y se acepta tal como es. Puntajes bajos indican que el individuo no se acepta así mismo porque se siente que actúa negativamente.

d) Hilera 3: Comportamiento (R3).

Este puntaje viene de aquellos items que dicen "esto es lo que yo hago" o "esta es la manera en que yo me comporto". Mide la percepción del individuo de su propio comportamiento y de la manera como él funciona. Puntajes altos indican que el individuo siente actuar en forma adecuada para consigo mismo y con los otros y puntajes bajos indican que actúa inadecuadamente.

e) Columna A: Yo físico (COL A).

Aquí los individuos presentan la imagen de su cuerpo, de su estado de salud, de su apariencia física, habilidades y su sexualidad. Puntajes altos indican que el sujeto se siente físicamente saludable, que cuenta con todas sus funciones físicas y que se encuentra sexualmente adecuado. Puntajes bajos indican que el individuo se siente físicamente dañado o defectuoso, que algo no está funcionando como debiera, se siente fracasado sexualmente lo cual contribuye a una pobre imagen corporal.

f) Columna B: Yo ético-moral (COL B).

Este puntaje describe al sujeto en relación a sus valores morales y éticos, su relación con Dios, sus sentimientos acerca de ser buena o mala persona y la satisfacción acerca de sus actividades religiosas o la falta de ellas. Puntajes altos indican que el sujeto siente que religiosa y socialmente ha cumplido con las reglas, se siente una buena persona. Puntajes bajos indican que el sujeto ha trasgredido las normas morales y religiosas, se siente culpable por ello, piensa ser una persona mala aceptando ser castigado para lograr el perdón.

g) Columna C: Yo personal (COL C).

Este puntaje refleja el sentido individual de la valía como persona, sus sentimientos de adecuación como persona y la evaluación personal separada de su cuerpo y su relación con otros. Puntajes altos indican que el individuo siente que ha logrado realizar sus potencialidades en todas las áreas de su vida con alto valor personal. Puntajes bajos indican que el individuo se siente fracasado en alguna(s) áreas de su vida con devaluación personal.

h) Columna D: Yo familiar (COL D).

Este puntaje refleja los propios sentimientos de suficiencia, valía y estima como miembro de una familia. Se refiere a la percepción del individuo acerca del sí mismo en relación con las personas más cercanas a él. Los puntajes altos indican que el sujeto se siente integrado a su grupo familiar, que su familia lo apoya y que se siente amado por ellos. Puntajes bajos indican que se siente al margen de la familia, sin su apoyo y no amado.

i) Columna E: Yo social (COL E).

Este es un otro "sí mismo" que se percibe en relación con los otros en un sentido más general. Refleja el sentido de suficiencia y valor personal en relación con otras personas en general. Puntajes altos indican que el sujeto siente que se puede relacionar con la gente en general, que se puede adaptar e integrar a un grupo de extraños, que se siente aceptado por otros. Los puntajes bajos indican que el sujeto se siente al margen de lo social, que se aísla, se siente inaceptable, avergonzado, despreciado y hostilizado socialmente.

3. Puntajes de Variabilidad.

Proporciona una medida simple de la variabilidad e inconsistencia de un área de autopercepción a otra. Los puntajes altos significan que el sujeto es muy variable en este aspecto mientras que los bajos indican poca variabilidad, puede considerarse como rigidez si es extremadamente bajo (cuando se encuentra debajo del primer percentil).

a) Total Variable (TOT V).

Representa la variabilidad entre todos los puntajes, es decir, el grado de inconsistencia de un área de autopercepción a otra.

b) Total Variable de columnas (COL TV).

Mide y resume la variabilidad dentro de las columnas.

c) Total Variable de hileras (ROW TV).

Suma de las variaciones de las hileras.

4. Puntaje de distribución de respuestas (D).

Es la forma en que el sujeto distribuye sus respuestas en relación a las 5 opciones de cada ítem. Puede interpretarse como una medida adicional del autoimagen: La certeza o seguridad de como se perciba a uno mismo. Los puntajes altos indican seguridad en lo que se dice de sí mismo, mientras que los puntajes bajos hablan de lo contrario.

5. Puntaje de tiempo (T).

Es la medida del tiempo que el sujeto requiere para contestar la escala. Hasta el momento se sabe poco del significado de esta variable pero se ha visto que la mayoría de las personas completan la escala en menos de 20 minutos, a menos que se trate de pacientes psiquiátricos, quienes necesitan más tiempo.

FORMA CLINICA Y DE INVESTIGACION

En relación a este tipo de calificación se toma en cuenta las calificaciones de la forma de orientación y además las siguientes:

#### 6. Puntaje de proporción Verdadero-falso (V/F).

Es una medida de los patrones de respuestas. Es una indicación de que el sujeto está de acuerdo o no con el reactivo independientemente del contenido del mismo.

El resultado de la proporción V/F puede considerarse desde 3 puntos de vista:

-Solamente como una medida de patrones de respuestas.

-Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica, distingue entre pacientes y no pacientes psiquiátricos y tiene una correlación significativa con otros tests (señalados posteriormente en el subtítulo de validez).

-En relación con la psicología del Yo se refiere al grado en el que el individuo ha logrado la definición de su yo o su autodescripción. Puntajes altos significan que el sujeto se describe a sí mismo en relación a la afirmación de los atributos que posee más que a la negación de los que no posee. Puntajes bajos indican lo contrario.

Puntajes intermedios significan que el sujeto ha logrado un equilibrio entre la aceptación de los atributos que posee y la negación de los atributos que no posee.

#### 7. Conflicto total neto (CONF TN).

Este puntaje está altamente correlacionado con el puntaje V/F. Mide las diferencias o conflicto que existen entre las respuestas a ítems positivos y negativos dentro una misma área de autopercepción.

##### a) Conflicto positivo.

Se presenta cuando las calificaciones positivas son mayores que las negativas. Esto es que el sujeto está sobreafirmando sus atributos positivos

##### b) Conflicto negativo.

Es opuesto al anterior, aquí las calificaciones negativas son mayores a las positivas y significa que el sujeto sobreniega sus atributos negativos en relación con la medida en que afirma sus características positivas, se concentra en eliminar lo negativo

#### 8. Conflicto total (CONF T).

Están en relación con la ausencia o presencia de confusión, contradicción y conflicto general en la autopercepción. Puntajes altos revelan confusión, contradicción y en general conflicto en la percepción de sí mismo. Puntajes extremadamente bajos, revelan rigidez y atadura que hace sospechar de una imagen

artificial estereotipada de sí mismo.

#### CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El grupo en que la prueba fué estandarizada fué una muestra de 626 sujetos de varias partes de los Estados Unidos, en un rango de edades de los 12 a los 68 años, de ambos sexos, representativos de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales, que incluían sujetos de raza blanca y negros con un nivel de escolaridad que iba del sexto grado de primaria hasta doctorado.

Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana por Blanca Ma. Alvarez y Guido A. Barrientos y distribuido por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua en México. Aunque realmente esta escala no dispone de datos, normas, validez y confiabilidad en México (ya se haya empezado este trabajo) Fitts señala que:

- Primero se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma apreciable, considerando que son muestras lo suficientemente amplias, (75 o más sujetos).

- Segundo, los efectos de variables demográficas tales como sexo, raza, edad, educación e inteligencia sobre los puntajes de la escala son insignificantes. En vista de lo cual se sugiere que no se necesita establecer normas por separado de dichas variables.

El manual de Fittz reporta los siguientes coeficientes de confiabilidad obtenidos por test-retest en un lapso de dos semanas y con una muestra de 60 estudiantes: Puntaje total + 0.92. Filas (marco interno de referencia interno) = de 0.88 a 0.911. Columnas (marco externo de referencias) = de 0.85 a 0.90 (Wylie, 1974 citado en Dan Kelerstein, 1991).

#### VALIDEZ DE CONTENIDO.

Se aseguró que el sistema de clasificación empleado para los puntajes de hileras y los puntajes de columna es digno de confianza. Sólo se retuvo un reactivo en la escala si había acuerdo unánime entre los jueces (7 psicólogos clínicos) sobre su correcta clasificación dentro de las 3 filas y 5 columnas mencionadas con anterioridad. Así se puede asumir que las categorías usadas en la escala son lógicamente significativas y públicamente comunicables.

Otra manera de evaluar la validez es determinando la correspondencia entre puntajes de la escala y otras medidas para las cuales se deben predecir las correlaciones, dentro de las que se encuentran disponibles se tienen:

Se obtuvo una correlación de 0.61 entre el TSCS y el Botler-Haigh Q-Sort en un estudio conducido por Lake en 1970. Se obtuvo

una correlación de 0.70 entre el TSCS y la escala de ansiedad manifiesta de Taylor (Fitts, 1965).

En un estudio no publicado por Wayne en 1963 (citado por Fitts, 1965) fue encontrada una correlación de 0.68 con la Self Rating Positive Affect de Izard.

Se obtuvieron correlaciones de 0.61 a 0.67 con puntajes del Security S-II de Maslow. Se obtuvieron correlaciones de 0.39 y 0.43 con puntajes de Confident Adequacy del 16 PF (Wylie, 1974 citado en Dan Kelerstein, 1991).

Asimismo Leon (1988), afirma que existen correlaciones con el MMPI y correlaciones con el inventario de preferencias personales de Edwards.

Las teorías de la personalidad y la investigación sugiere que los grupos que difieren en ciertas dimensiones psicológicas deben también diferir en su autoconcepto. Por ejemplo, se esperan diferencias en el autoconcepto entre pacientes psiquiátricos y pacientes no psiquiátricos, entre delincuentes y no delincuentes, entre la persona promedio y la no promedio. Una forma de determinar la validez de la escala ha sido observando la diferencia entre tales grupos Leon (1988).

#### PROCEDIMIENTO

Se consultaron los archivos del INPer para detectar las pacientes que reunían los requisitos de inclusión y podrían formar parte de la muestra. Posteriormente se les citó y se les explicó personalmente a cada paciente el propósito de la investigación solicitando su consentimiento a través de una carta (anexo 1).

Asimismo se les brindó la opción de formar parte de grupos terapéuticos dentro de la institución si es que así lo requerían.

Posteriormente se les aplicó una entrevista precodificada que incluye la ficha de identidad de la paciente y datos sociodemográficos relevantes (anexo 2).

Además, por medio de observación clínica y el acuerdo entre dos investigadores se detectó y excluyó aquellas pacientes con posibles padecimientos psiquiátricos y retraso mental. En el caso del grupo de climaterio esta detección se realizó por medio de la prueba MMPI, debido a que esta prueba se estaba aplicando a dichas pacientes en una investigación paralela.

A las pacientes elejidas se les administró la prueba de autoconcepto de Tennessee (TSCS), previa estandarización en cuanto a las consignas y manejo de pruebas por parte del equipo de investigación.

Se calificaron las pruebas y se creó una base de datos donde se incluye la información recolectada en la entrevista y los

puntajes obtenidos en el TSCS, utilizando número de folio para así no manejar los nombres de los sujetos. Asimismo el material fué manejado únicamente por los encargados de la investigación, llevándose a cabo el análisis estadístico de datos como se describe a continuación.

#### ANALISIS DE DATOS

Se elaboró una base de datos donde se vació la información recolectada en la entrevista así como los puntajes brutos de cada una de las escalas que conforman la prueba. Estos se sometieron a un paquete estadístico para ciencias sociales en computadora (SPSS) para encontrar frecuencias, medias y desviaciones estandard para los datos sociodemográficos.

Se elaboró e interpretó un perfil de autoconcepto con las medias obtenidas de los puntajes del TSCS para cada grupo.

La existencia de diferencias estadísticamente significativas en los puntajes del TSCS entre los tres grupos estudiados fué determinada mediante la utilización de la prueba ANOVA, asimismo se utilizó la prueba Sheffe para conocer entre qué grupos se encontraba la diferencia.

## CAPITULO VI

### RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron obtenidos a través de un paquete estadístico aplicable a las ciencias sociales llamado SPSS.

#### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

El grupo de mujeres climatéricas (CLI) estuvo formado por 47 mujeres. El de histerectomía (HIS) y el de oclusión tubaria bilateral (OTB) por 51 sujetos.

#### EDAD

Con respecto a la edad de las sujetos (tabla 1) (gráfica 1), se encontró en el grupo de oclusión tubaria bilateral (OTB) una media de 34.68 y desviación estandard (DE) 3.00 con un rango que va de 30 a 40 años. Para el grupo de histerectomía (HIS) la edad promedio fué de 35.11 con una DE = 3.01 con un rango que va de 30 a 40 años y finalmente para el grupo de climaterio (CLI) una media de 46.57 con una DE = 3.64 con un rango que va de 30 a 40 años.

#### ESCOLARIDAD

En relación a la variable escolaridad (tabla 1) (gráfica 2) la media encontrada para OTB fué de 9.78 (nueve años de estudio) con una DE = 3.61 y un rango que va de 6 a 17; para el grupo HIS una media de 10.21 con una DE = 3.52 con un rango de 6 a 17; el grupo CLI obtuvo una media de 8.44 y una DE = 3.15 con un rango de 6 a 19.

#### GESTAS

En cuanto a las gestas de estos grupos (tabla 1) (gráfica 3) se obtuvo para OTB una media de 4.13 (4 embarazos) con una DE = 1.62 y un rango de 2 a 9, para el grupo HIS una media de 3.29 y una DE = 1.56 con un rango que va de 1 a 8, mientras que para el grupo restante CLI una media DE 4.19 con una DE = 2.54 con un rango que va de 1 a 10.

#### PARTOS

En relación a los partos (tabla 1) (gráfica 3) la media para el grupo OTB fué de 1.54 y la DE = 1.41 con un rango que va de 0 a 4; para el grupo HIS la media obtenida fué de 1.92 con una DE = 1.53 con un rango de 0 a 5; y para el grupo CLI la media fué de 2.83 y la DE = 2.28 con un rango de 0 a 4.

#### CESAREAS

Con respecto al número de cesáreas practicadas (tabla 1) (gráfica 3) grupo OTB obtuvo una media de 1.72 y una DE = 1.25 y un rango de 0 a 4; el segundo grupo, HIS una media de .60 y una DE = 0.94

con rango de 0 a 3 y el tercer grupo CLI una media de 0.42 y una DE = 0.80 y un rango de 0 a 3.

#### ABORTOS

La cantidad de abortos registrada para los tres grupos (tabla 1) (gráfica 3) fué: para OTB una media de 0.92 con una DE = 1.50 con un rango que va de 0 a 7, para HIS una media de 0.74 y una DE = 1.45 con un rango que va de 0 a 4 y finalmente para el grupo CLI una media de 0.42 y una DE = .80 con un rango de 0 a 7.

#### HIJOS VIVOS

En relación al número de hijos vivos (tabla 1) (gráfica 4) se encontró para OTB una media de 3.05 y una DE = 1.02 con un rango que va de 2 a 7; para HIS una media de 2.47 con DE = 1.13 con un rango que va de 1 a 5; para CLI una media de 0.42 y una DE = 3.04 y una DE = 1.96 con un rango que va de 1 a 9.

#### MENARCA

Con respecto a la edad de aparición de la menarca (tabla 2) (gráfica 5) se obtuvo una media para el grupo OTB de 12.68 (doce años de edad) con una DE = 1.61 con un rango que va de 9 a 17, para el grupo HIS una media de 12.57 y una DE = 1.00 con un rango que va de 10 a 15 y para el grupo CLI una media de 12.46 y una DE = 1.45 y un rango de 9 a 15.

#### EDAD INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (IVSA)

En cuanto a la edad del inicio de vida sexual activa (tabla 2) (gráfica 5) la media para OTB fué de 20.52 (20 años) con una DE = 4.17 con un rango de 14 a 32, en HIS se encontró una media de 19.72 y una DE = 3.54 con un rango que va de 14 a 28 y para el grupo CLI una media de 23.70 y una DE = 12.59 con un rango que va de 15 a 45.

#### CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

Revisando la clasificación socioeconómica (tabla 3) (gráfica 6) a la que pertenecen los pacientes se encontró para OTB que 1 paciente (1.96%) pertenece a la clase alta, 12 (23.53%) a la media y 35 (68.6%) a la baja, para HIS 1 (1.96%) a la alta, 9 a la media (17.65%) y 28 (54.91%) a la alta y finalmente para CLI ninguna fué clasificación alta, 3 (6.39%) para la media y 41 (8.24%) para la baja.

#### OCUPACION

Referente a la ocupación (tabla 3) (gráfica 7) se encontró en OTB 38 mujeres (74.51%) amas de casa, es decir se dedican a las labores de hogar, 13 (25.49%) que trabajan fuera del hogar; para HIS 39 (76.47%) amas de casa y 12 (23.53%) trabajan fuera del hogar y para CLI 39 (82.98%) amas de casa y 8 (17.03%) que trabajan fuera del hogar.

## ORIGEN

En cuanto al lugar de nacimiento (origen) (tabla 3) (gráfica 8) para OTB 31 (60.79%) pertenecen al Distrito Federal (D.F.) y 19 (37.26%) a la provincia, el grupo HIS 20 (39.22%) son del D.F. y 10 (19.61%) de provincia y el grupo CLI 34 (72.34%) son del D.F. y 13 (27.66%) de provincia.

## PARIDAD SATISFECHA

Al preguntar si deseaban tener más hijos es decir, si su paridad estaba satisfecha, (tabla 3) (gráfica 9) se obtuvo que en OTB 48 (94.12%) mujeres si lo estaban y 3 (5.85%) no la tenían satisfecha; para HIS 25 (49.02%) si y 11 (21.57%) no y para CLI se encontraron 44 (93.62%) pacientes que si están satisfechas con la cantidad de hijos y 3 (6.39%) no lo están.

## ESTADO CIVIL

En relación al estado civil (tabla 4) (gráfica 10) se encontró para OTB 1 paciente (1.96%) separada (SEP.), 5 (9.81%) en unión libre (U.L.), 11 (21.57%) matrimonio civil (M.C.) y 34 (66.67%) matrimonio civil y religioso (M.C.R.). En el grupo HIS 3 (5.89%) pacientes (SOL.), 1 (1.96%) SEP., 4 (7.85%) U.L., 5 (9.81%) M.C. y 38 (74.51%) M.C.R. y para el grupo CLI 5 pacientes (10.64%) SOL., 4 (8.51%) SEP., 2 (4.26%) VIUD., 1 (2.13%) DIV., 2 (4.26%) U.L. y 33 (70.22%) M.C.R..

## OOFORECTOMIA

Del grupo HIS (figura 1) se obtuvieron 4 mujeres (7.8%) sin ovarios (con ooforectomía total), 3 mujeres (5.8%) con un ovario solamente (con ooforectomía parcial) y 44 (86.2%) conservando sus 2 ovarios (sin ooforectomía).

## RESULTADOS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE (TSCS)

Las medias, desviaciones estandard y rangos de los puntajes de las calificaciones del TSCS se encuentran en la tabla 5 y en la gráfica 11.

La frecuencia y porcentajes de pacientes con puntajes por arriba y por abajo del corte se localizan en la tabla 6. Asimismo el porcentaje sujetos con puntajes por abajo del corte se encuentran en la gráfica 12. Por otra parte el porcentaje de sujetos con puntajes por arriba del corte se localizan en la gráfica 13.

## AUTOCRITICA (SC)

Para el puntaje SC, el grupo de OTB obtuvo una media de 32.09 y una DE de 1.79 con un rango de 20 a 40, no hubo ningún sujeto que obtuviera un puntaje por arriba del corte ( $T = 70$ ), sin embargo por abajo del corte ( $T = 40$ ) hubieron 22 sujetos lo que equivale

al 43.1% de la muestra.

Para el grupo de HIS la media del puntaje SC fué 32.92, con una DE de 3.49 con un rango de 14 a 44; no existieron sujetos que contestaran por arriba del corte (T = 70), pero por abajo del corte (T = 45) existieron 19 sujetos lo que equivale al 39.2%.

Para el grupo CLI la media obtenida fué 31.93 y la DE igual a 6.72 con un rango de 18 a 49; existieron 2 sujetos (4.3%) que contestaron por arriba del corte (T = 70), sin embargo 23 personas (48.9%) obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

#### PROPORCION VERDADERO FALSO (V/F)

Para el grupo de OTB la media del puntaje de T/F fué de 1.34 con una DE = 0.55 con un rango de 0.45 a 0.42. Hubieron 10 pacientes con puntajes por arriba corte (T = 70) lo que equivale al 19.6%, por abajo del corte (T = 45) se encontraron 6 pacientes lo que equivale al 11.8% de la muestra.

Con respecto al grupo de HIS el promedio de los puntajes de T/F fué de 1.52 con una DE de 0.64 con un rango de 0.64 a 4.5. Se encontraron 18 pacientes que obtuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70) lo cual equivale al 35.3% de la muestra. Existieron 2 sujetos (3.9%) que obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

Para el grupo CLI la media obtenida para el puntaje T/F fué 1.71 con una DE = 1.10 con un rango de 0.57 a 7.1. Se encontraron 22 sujetos que obtuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70) lo que equivale al 46.8%, y 3 sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45) lo que equivale al 6.4%.

#### CONFLICTO TOTAL NETO (CONF TN)

Para el grupo de OTB en lo que refiere al conflicto total neto (CONF TN) la media obtenida fué de 15.35 con una DE = 18.25 con un rango de -15 a 77. Existieron 16 pacientes (31.4%) que tuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70), y 3 pacientes (5.9%) con puntajes por abajo del corte (T = 45).

El grupo HIS obtuvo para CONF TN un promedio de 15.35 con una DE de 19.65 con un rango de -23 a 63. Se encuentran también 18 pacientes (35.3%) que obtienen puntajes por arriba del corte (T = 70) y 3 pacientes (5.9%) con un puntaje por abajo del corte (T = 45).

Finalmente el grupo de CLI obtuvo una media para CONF TN de 15.70 y una DE = 23.07 con un rango de -24 a 94. Por arriba del corte (T = 70) se encontraron 14 paciente (29.8%), por abajo del corte (T = 45) se encontraron 5 sujetos (10.6%).

#### CONFLICTO TOTAL (CONF T)

Por otro lado en cuanto a lo que al conflicto total (CONF T) se refiere el grupo OTB obtuvo una media de 42.40 con una DE de 13.73 con un rango de 16 a 93. Por arriba del corte (T = 70) se encontraron 14 pacientes (27.5%), por abajo del corte (T = 45) hubo 7 pacientes (13.7%).

Para el grupo HIS la media de CONF T fué de 43.72 con una DE = 12.19 con un rango de 20 a 77, 14 pacientes (27.5%) obtuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70), hubo 4 pacientes (7.8%) con puntajes por debajo del corte (T = 45).

Con respecto al CONF T el grupo CLI obtuvo una media de 46.29 con una DE = 13.89 con un rango de 22 a 96; 14 pacientes obtuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70) lo cual equivale a 29.8% de la muestra, una paciente (2.1%) obtuvo puntajes por debajo del corte (T = 45).

#### TOTAL POSITIVO (TOT P)

Para el puntaje TOT P, el grupo de OTB obtuvo una media de 338.73 y una DE de 42.43 con un rango de 231 a 406, no hubo ningún sujeto que obtuviera un puntaje por arriba del corte (T = 70), sin embargo por abajo del corte (T = 45) hubieron 22 sujetos lo que equivale al 43.1% de la muestra.

Para el grupo de HIS la media del puntaje TOT P fué de 333.60, con una DE de 47.84 con un rango de 231 a 415; existió 1 solo sujeto (2.0%) que contestó por arriba del corte (T = 70), pero por abajo del corte (T = 45) existieron 22 sujetos lo que equivale al 43.1%.

Para el grupo CLI la media obtenida en el puntaje TOT P fué 319.68 y la DE igual a 48.34 con un rango de 151 a 454; existió un solo sujeto (2.1%) que contestó por arriba del corte (T = 70), sin embargo 29 personas (61.7%) obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

#### IDENTIDAD (R1)

Para el grupo de OTB la media del puntaje de R1 fué de 120.74 con una DE = 14.18 con un rango de 81 a 144. No hubieron pacientes con puntajes por arriba del corte (T = 70) lo que equivale al 0% de la muestra, por abajo del corte (T = 45) se encontraron 27 pacientes lo que equivale al 52.9% de la muestra.

Con respecto al grupo de HIS el promedio de los puntajes de R1 fué de 115.8 con una DE de 16.70 con un rango de 79 a 138. No se encontraron pacientes que obtuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70). Se encontraron 27 sujetos que obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45) lo cual equivale a 52.9% de la muestra.

Para el grupo CLI la media obtenida para el puntaje R1 fué 113.76

con una DE = 13.61 con un rango de 82 a 143. No se encontraron sujetos que obtuvieran puntajes por arriba del corte (T = 70), y 35 sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45) lo que equivale al 74.5%.

#### AUTOSATISFACCION (R2)

Para el grupo de OTB en lo que se refiere a R2 la media obtenida fué de 104.19 con una DE = 17.52 con un rango de 69 a 136. Existieron 4 pacientes (7.9%) que tuvieron puntajes por arriba del corte (T = 70), y 20 pacientes (39.2%) obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

Por otro lado en cuanto a R2 en el grupo HIS se obtuvo una media de 104.62 con una DE de 19.56 con un rango de 68 a 142. Por arriba del corte (T = 70) se encontraron 2 pacientes (3.9%), por abajo del corte (T = 45) hubo 19 pacientes (37.3%).

El grupo CLI obtuvo para R2 un promedio de 99.93 con una DE de 14.52 con un rango de 63 a 128. No se encontraron pacientes (0%) que obtuvieran puntajes por arriba del corte (T = 70) y se encontraron 25 pacientes (53.2%) con un puntaje por abajo del corte (T = 45).

#### COMPORTAMIENTO (R3)

El grupo de OTB obtuvo para R3 una media para de 114.27 y una DE = 15.39 con un rango de 81 a 142. Por arriba del corte (T = 70) se encontraron 2 pacientes (3.9%), por abajo del corte (T = 45) se encontraron 20 sujetos (39.2%).

El grupo HIS tuvo una media de 113.25 para R3 y una DE = 16.99 con un rango de 82 a 146. Existieron 4 pacientes con puntajes por arriba del corte (T = 70) lo cual equivale al 7.9%, y por abajo del corte (T = 45) hubo 22 pacientes lo cual equivale al 43.1% de la muestra.

El grupo CLI obtuvo una media para R3 de 108.06 con una DE = 13.40 con un rango de 81 a 132. No existieron pacientes por arriba del corte (T = 70), y existieron 17 pacientes por abajo del corte (T = 45) lo cual equivale al 36.2%.

#### YO FISICO (COL A)

Con respecto al COL A el grupo OTB obtuvo un promedio de 64.78 con una DE de 10.44 con un rango de 46 a 88. Hubo 1 sujeto (2.0%) que tuvo puntajes por arriba del corte (T = 70), y 30 sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45) lo cual implica un 58.8% de la muestra.

El grupo HIS en COL A obtuvo una media 65.07 con una DE de 10.92 con un rango de 41 a 87. Hubo 1 sujeto (2.0%) que obtuvo puntajes por arriba del corte (T = 70), y 28 sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45) lo cual implica un 54.9% del grupo.

Con respecto a COL A el grupo CLI obtuvo una media 58.14 con una DE de 12.42 con un rango de 11 a 79. No hubo sujetos que tuvieran puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ), y 37 sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ) lo cual significa un 78.3% de la muestra.

#### YO ETICO-MORAL (COL B)

En la calificación de COL B el grupo de OTB obtuvo un promedio de 70.70 con una DE de 8.05 con un rango de 53 a 83. No hubo sujetos que reportaran puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ), sin embargo, 15 pacientes (29.4%) obtuvieron puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ).

El grupo HIS obtuvo un promedio de 70.49 con una DE = 9.79 en COL B con un rango de 48 a 86. Se reportó 1 caso (2.0%) que tuvo puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ), y 18 (35.3%) sujetos obtuvieron puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ).

El grupo CLI en COL B obtuvo un promedio de 69.40 con una DE = 11.71 con un rango de 19 a 87. Hubo 2 sujetos (4.3%) que tuvieron calificaciones por arriba del corte ( $T = 70$ ), sin embargo 15 (31.9%) sujetos obtuvieron calificaciones por debajo del corte ( $T = 45$ ).

#### YO PERSONAL (COL C)

Con respecto a la variable COL C el grupo OTB mostró una media de 67.62 con una DE = 10.46 y un rango de 42 a 86. Se reportaron 7 pacientes (13.7%) que obtuvieron puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ) y 13 (25.5%) lo obtuvieron por abajo del corte ( $T = 45$ ).

Los puntajes de COL C en el grupo HIS promediaron 65.76 con una DE de 12.94 con un rango de 39 a 88. Se registraron 7 casos (13.7%) con puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ) y 17 casos (33.5%) por abajo del corte ( $T = 45$ ).

En la calificación de COL C el grupo CLI obtuvo una media de 64.83 con una DE = 9.79 con un rango de 40 a 88. Se encontraron 4 sujetos (8.5%) con el puntaje arriba del corte ( $T = 70$ ) y 17 pacientes (36.2%) con calificaciones por abajo del corte ( $T = 45$ ).

#### YO FAMILIAR (COL D)

Para COL D el grupo OTB obtuvo una media de 70.13 con una DE de 8.90 con un rango de 46 a 88. Una mujer (2.0%) puntuó por arriba del corte ( $T = 70$ ) y existieron 12 mujeres (23.5%) que arrojaron puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ).

Las mujeres del grupo HIS tuvieron un promedio de 68.54 con una DE = 10.26 y con un rango de 46 a 86 en COL D. Una de ellas (2.0%) tuvo una calificación por arriba del corte ( $T = 70$ ), sin embargo 21 de ellas (41.2%) obtuvieron puntajes por abajo del

corte (T = 45).

Las pacientes de CLI obtuvieron en COL D una media de 63.97 con una DE = 10.98 con un rango de 14 a 84. Ninguna de las sujetos calificó con un puntaje por arriba del corte (T = 70) y 25 mujeres (53.2%) de esta muestra obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

#### YO SOCIAL (COL E)

En la calificación de COL E el grupo de OTB obtuvo un promedio de 64.78 con una DE de 12.12 con un rango de 31 a 86. Hubo 1 sujeto (2.0%) que reportó el puntaje por arriba del corte (T = 70), sin embargo 25 pacientes (49%) obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

El grupo HIS obtuvo un promedio de 63.92 con una DE = 11.47 en COL E con un rango de 32 a 87. Se reportó 1 caso (2.0%) que tuvo dicho puntaje por arriba del corte (T = 70), y 26 sujetos (51.0%) obtuvieron puntajes por abajo del corte (T = 45).

El grupo CLI en COL E obtuvo un promedio de 61.88 con una DE = 13.23 con un rango de 3 a 84. Hubo 1 sujeto (2.1%) que tuvo calificaciones por arriba del corte (T = 70). Por otra parte 24 sujetos (51.1%) obtuvieron calificaciones por debajo del corte (T = 45).

#### VARIABILIDAD TOTAL (TOT V)

Con respecto a la variable TOT V el grupo OTB mostró una media de 54.54 con una DE = 14.18 con un rango de 34 a 83. Se encontraron 3 pacientes que obtuvieron el puntaje por arriba del corte (T = 70) lo cual equivale al 5.9% de la muestra y 11 (21.6%) lo obtuvieron por abajo del corte (T = 45).

El grupo HIS obtuvo una media de 54.03 con una DE = 14.68 en TOT V con un rango de 29 a 89. Por arriba del corte (T = 70) existieron 4 pacientes (7.97%). Sin embargo, 11 pacientes (21.6%) arrojaron puntajes por abajo del corte (T = 45).

La media para TOT V encontrada en el grupo CLI fué de 52.51 con una DE = 13.79 con un rango de 0 a 81. Se encontraron 2 sujetos (4.3%) por arriba del corte (T = 70) y hubo 12 sujetos (25.5%) con puntajes por abajo del corte (T = 45).

#### TOTAL VARIABLE DE COLUMNAS (COL TV)

Para el grupo de OTB se encontró un promedio de 30.72 con una DE = 9.22 con un rango de 16 a 54 en COL TV. Por arriba del corte (T = 70) se encontraron 2 sujetos lo cual equivale a 3.9% de la muestra. Por abajo del corte (T = 45) hubo 16 sujetos (31.4%).

El grupo HIS tuvo una media de 30.33 con una DE = 9.70 para COL TV con un rango de 16 a 53. Se encontró 1 sujeto (2.0%) que obtuvo puntajes por arriba del corte (T = 70) y 17 sujetos

(33.3%) con puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ).

Para CLI la media obtenida fué de 28.23 con una  $DE = 8.29$  en COL TV con un rango de 14 a 66. Por arriba del corte ( $T = 70$ ) no se obtuvieron sujetos (0%) y hubo 16 sujetos (34.1%) que tuvieron puntajes por abajo del corte ( $T = 45$ ).

#### TOTAL VARIABLE DE HILERAS (ROW TV)

Se obtuvo una media de 23.07 con una  $DE = 6.18$  en ROW TV para el grupo de OTB con un rango de 13 a 42. Hubieron 2 sujetos (3.9%) que obtuvieron puntajes por arriba del corte ( $T = 70$ ) y por abajo del corte ( $T = 45$ ) hubo 6 pacientes (11.8%).

Para el grupo HIS se encontró un promedio en ROW TV de 23.82 con una  $DE = 7.23$  con un rango de 10 a 45. Por arriba del corte ( $T = 70$ ) se encontraron 5 sujetos (9.8%) y se encontraron 9 sujetos (17.7%) por abajo del corte ( $T = 45$ ).

En el grupo CLI se obtuvo una media de 24.78 con una  $DE = 7.61$  en ROW TV con un rango de 13 a 48. Por arriba del corte ( $T = 70$ ) se encontraron 6 sujetos lo que equivale a 12.8% y por abajo del corte ( $T = 45$ ) hubo 5 sujetos (10.6%).

#### ANALISIS DE VARIANZA (ANOVA)

Los resultados obtenidos a través del análisis de varianza fueron los siguientes (tabla 7), se mencionarán solamente aquellos que fueron significativos (con un nivel de significancia menor a 0.05) y aquellos con significancia marginal (con una significancia menor o igual a 0.07). Si la significancia obtenida fué menor que 0.05 se pudo establecer los grupos entre los cuales se encontraban las diferencias mediante la prueba sheffe.

#### PROPORCION FALSO VERDADERO (T/F)

En la proporción falso verdadero se encontró una  $F = 2.71$  (tabla 7) con una  $P = 0.07$ , lo cual indica que existe una significancia marginal.

#### IDENTIDAD (R1)

En el puntaje de Identidad se encontró una  $F = 2.86$  (tabla 7) con una  $P = 0.06$ , lo cual nos muestra, al igual que el puntaje anterior, que hubo una significancia marginal.

#### YO FISICO (COL A)

En el puntaje de yo físico se encontró una  $F = 5.84$  (tabla 7) con una  $P = .004$ ; asimismo se obtuvo, por medio de la prueba Sheffe que las diferencias estadísticamente significativas fueron entre los grupos HIS y CLI, así como entre los grupos OTB y CLI.

#### YO FAMILIAR (COL D)

En el puntaje de yo familiar se obtuvo una  $F = 4.89$  (tabla 7) con una  $P = .009$ ; por medio de la prueba Slesse se determinó que las diferencias estadísticamente significativas son entre los grupos OTB y CLI.

#### ACEPTACION Y RECHAZO DE HIPOTESIS

##### HIPOTESIS ALTERNAS ACEPTADAS

###### YO FISICO (COL A)

Se acepta la  $H_1$  y se rechaza la  $H_0$  para el puntaje COL A. Es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo físico de respuestas entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

###### YO FAMILIAR (COL D)

Se acepta la  $H_1$  y se rechaza la  $H_0$  para el puntaje COL D. Es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo familiar entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

##### HIPOTESIS ALTERNAS RECHAZADAS

###### AUTOCRITICA (SC)

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autocrítica entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

###### PROPORCION FALSO VERVADERO (T/F)

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de proporción falso verdadero entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

###### CONFLICTO TOTAL NETO (CONF TN)

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total neto entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

###### CONFLICTO TOTAL (CONF T)

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de conflicto total entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

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

**TOTAL POSITIVO (TOTAL P)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel total de autoestima (total positivo) entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**IDENTIDAD (R1)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de identidad entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**AUTOSATISFACCION (R2)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de autosatisfacción entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**COMPORTAMIENTO (R3)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de comportamiento medido por el Tennessee entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**YO ETICO-MORAL (COL B)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo ético-moral entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**YO PERSONAL (COL C)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo personal entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**YO SOCIAL (COL E)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de yo social entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**VARIABILIDAD TOTAL (TOT V)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de variabilidad total entre mujeres climáticas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**TOTAL VARIABLE DE COLUMNAS (COL TV)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de columnas entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

**TOTAL VARIABLE DE HILERAS (ROW TV)**

Se acepta la  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$  es decir, no existen diferencias estadísticamente significativas en el total variable de hileras entre mujeres climatéricas, con histerectomía y con oclusión tubaria bilateral.

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

---

		OTB	HIS	CLI
EDAD	MEDIA	34.68	35.11	46.57
	DE. EST.	3.00	3.01	3.64
ESCOLARIDAD	MEDIA	9.78	10.21	8.44
	DE. EST.	3.61	3.52	3.15
GESTAS	MEDIA	4.13	3.29	4.19
	DE. EST.	1.62	1.58	2.54
PARTOS	MEDIA	1.54	1.92	2.83
	DE. EST.	1.41	1.53	2.28
CESAREAS	MEDIA	1.72	0.60	0.42
	DE. EST.	1.25	0.94	0.60
ABORTOS	MEDIA	0.92	0.74	0.89
	DE. EST.	1.50	1.45	1.60
HIJOS VIVOS	MEDIA	3.05	2.47	3.04
	DE. EST.	1.02	1.13	1.96
TOTAL DE MUJERES		51	51	47

TABLA 1

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

		OTB	HIS	CLI
MENARCA	MEDIA	12.68	12.57	12.46
	DE	1.61	1.00	1.45
INICIO DE	MEDIA	20.52	19.73	23.70
VIDA SEXUAL	DE	4.17	3.54	12.59

TABLA 2

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## NUMERO DE SUJETOS Y PORCENTAJES

		OTB	HIS	CLI			
CLASE	ALTA	1	1.96%	1	1.96%	0	0%
SOCIO	MEDIA	12	23.53%	9	17.65%	3	6.39%
ECONOMICA	BAJA	35	68.63%	28	54.91%	41	87.24%
	FALTANTES	3	5.89%	13	25.49%	3	6.39%
OCUPACION	AMA CASA	38	74.51%	39	76.47%	39	82.98%
	TRABAJA	13	25.49%	12	23.53%	8	17.03%
ORIGEN	D.F.	31	60.79%	20	39.22%	34	72.34%
	PROVINCIA	19	37.26%	10	19.61%	13	27.66%
	FALTANTES	1	1.96%	21	41.18%	0	0%
PARIDAD	SI	48	94.12%	25	49.02%	44	96.62%
SATISFECHA	NO	3	5.89%	11	21.57%	3	6.39%
	FALTANTES			15	29.42%		

TABLA 3

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## ESTADO CIVIL

	OTB		HIS		CLI	
SOLTERAS	0	0%	3	5.89%	5	10.64%
SEPARADAS	1	1.96%	1	1.96%	4	8.51%
VIUDAS	0	0%	0	0%	2	4.26%
DIVORCIADAS	0	0%	0	0%	1	2.13%
UNION LIBRE	5	9.81%	4	7.85%	2	4.26%
MAT. CIVIL	11	21.57%	5	9.81%	0	0%
MAT. C Y R	34	66.67%	38	74.51%	33	70.22%
<b>TOTAL</b>			<b>51</b>	<b>51</b>	<b>47</b>	

TABLA 4

# AUTOCONCEPTO

## MEDIAS Y DESVIACION ESTANDAR

---

		OTB	HIS	CLI
SC	MEDIA	32.31	32.92	31.94
	DE	5.79	6.49	6.72
T-F	MEDIA	1.34	1.52	1.71
	DE	0.55	0.64	1.10
CONF TN	MEDIA	15.35	15.35	15.70
	DE	18.25	19.85	23.07
CONF T	MEDIA	42.41	43.72	46.30
	DE	13.73	12.19	13.89
TOT P	MEDIA	338.78	333.61	319.85
	DE	42.43	47.48	48.34
R1	MEDIA	120.75	115.80	113.77
	DE	14.18	16.70	13.61
R2	MEDIA	104.20	104.83	99.94
	DE	17.52	19.56	14.52
R3	MEDIA	114.27	113.25	108.06
	DE	15.39	19.66	13.40
COL A	MEDIA	64.78	64.78	58.15
	DE	10.44	10.92	12.42
COL B	MEDIA	70.71	70.40	69.40
	DE	8.05	9.79	11.71
COL C	MEDIA	67.63	65.76	64.83
	DE	10.46	12.94	9.79
COL D	MEDIA	70.14	68.55	63.98
	DE	8.90	10.26	10.98
COL E	MEDIA	64.78	63.92	61.83
	DE	12.12	11.47	13.23
TOT V	MEDIA	54.55	54.03	52.51
	DE	14.18	14.68	13.79
COL TV	MEDIA	30.73	30.33	28.23
	DE	9.22	9.70	8.29
ROW TV	MEDIA	23.06	23.82	24.79
	DE	6.16	7.23	7.61

TABLA 5

# AUTOCONCEPTO

## NUMERO Y PORCENTAJE DE MUJERES POR ARRIBA Y ABAJO DEL CORTE

		OTB	HIS	CLI			
SC	ARRIBA T 70	0	0	0	2	4.3 %	
	ABAJO T 45	22	43.1 %	19	39.2 %	23	48.9 %
T-F	ARRIBA T 70	10	19.6 %	18	35.3 %	22	46.8 %
	ABAJO T 45	6	11.8 %	2	3.9 %	3	6.4 %
CONF TN	ARRIBA T 70	16	31.4 %	18	35.3 %	14	29.8 %
	ABAJO T 45	3	5.9 %	3	5.9 %	5	10.6 %
CONF T	ARRIBA T 70	14	27.5 %	14	27.5 %	14	29.8 %
	ABAJO T 45	7	13.7 %	4	7.8 %	1	2.1 %
TOT P	ARRIBA T 70	0	0 %	1	2.0 %	1	2.1 %
	ABAJO T 45	22	43.1 %	22	43.1 %	29	61.7 %
R1	ARRIBA T 70	0	0 %	0	0 %	0	0 %
	ABAJO T 45	27	52.9 %	7	52.9 %	35	74.5 %
R2	ARRIBA T 70	4	7.9 %	2	3.9 %	0	0 %
	ABAJO T 45	20	39.2 %	19	37.3 %	25	53.2 %
R3	ARRIBA T 70	2	3.9 %	4	7.9 %	0	0 %
	ABAJO T 45	20	39.2 %	22	43.1 %	17	36.2 %
COL A	ARRIBA T 70	1	2.0 %	1	2.0 %	0	0 %
	ABAJO T 45	30	58.8 %	28	54.9 %	37	78.3 %
COL B	ARRIBA T 70	0	0 %	1	2.0 %	2	4.3 %
	ABAJO T 45	15	29.4 %	18	35.3 %	15	31.9 %
COL C	ARRIBA T 70	7	13.7 %	7	13.7 %	4	8.5 %
	ABAJO T 45	13	25.5 %	17	33.3 %	17	36.2 %
COL D	ARRIBA T 70	1	2.0 %	1	2.0 %	0	0 %
	ABAJO T 45	12	23.5 %	21	41.2 %	25	53.2 %
COL E	ARRIBA T 70	1	2.0 %	1	2.0 %	1	2.1 %
	ABAJO T 45	25	49.0 %	28	51.0 %	24	51.1 %
TOT V	ARRIBA T 70	3	5.9 %	4	7.9 %	2	4.3 %
	ABAJO T 45	11	21.6 %	11	21.6 %	12	25.5 %
COL TV	ARRIBA T 70	2	3.9 %	1	2.0 %	0	0 %
	ABAJO T 45	18	31.4 %	17	33.3 %	16	34.1 %
ROW TV	ARRIBA T 70	2	3.9 %	5	9.8 %	6	12.8 %
	ABAJO T 45	6	11.8 %	9	17.7 %	5	10.6 %

TABLA 6

# AUTOCONCEPTO

## MEDIAS Y NIVELES DE SIGNIFICANCIA

	OTB ME	HIS ME	CLI ME	F	P	
SC	32.31	32.92	31.94	0.30	0.73	
V-F	1.34	1.52	1.71	2.71	0.07	**
CONF TN	15.39	15.35	15.70	0.005	0.99	
CONF T	42.41	43.73	46.30	1.07	0.34	
TOT P	338.76	333.61	319.68	2.21	0.11	
R1	120.75	115.60	113.77	2.86	0.08	**
R2	104.20	104.63	99.94	1.07	0.34	
R3	114.27	113.25	108.06	2.26	0.10	
COL A	64.76	65.08	58.15	5.84	0.004	*
COL B	70.71	70.49	69.40	0.23	0.78	
COL C	67.63	65.76	64.63	0.60	0.45	
COL D	70.14	68.55	63.98	4.69	0.009	*
COL E	64.88	63.92	61.83	0.74	0.47	
TOT V	54.44	54.04	52.51	0.26	0.76	
COL TV	30.73	30.33	26.23	1.04	0.35	
ROW TV	23.08	23.82	24.79	0.72	0.46	

$P < .01$  \*

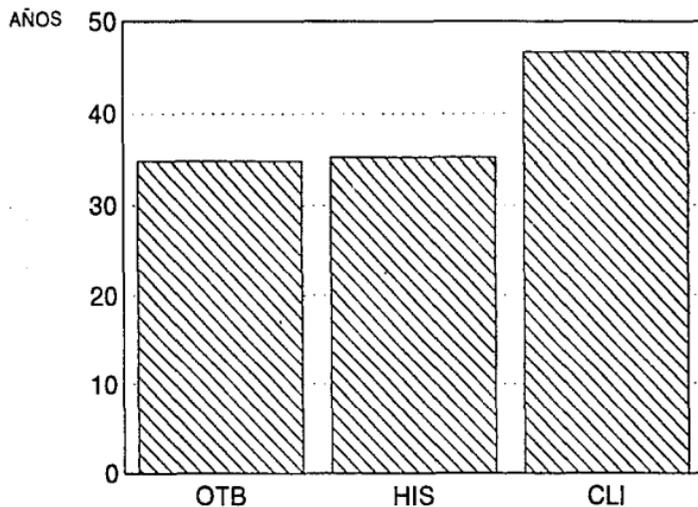
$P < .07$  \*\*

TABLA 7

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## EDAD

---

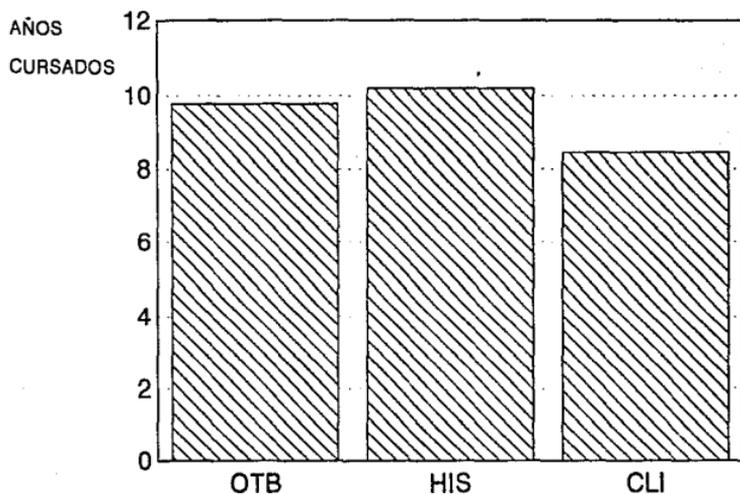


GRAFICA 1

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

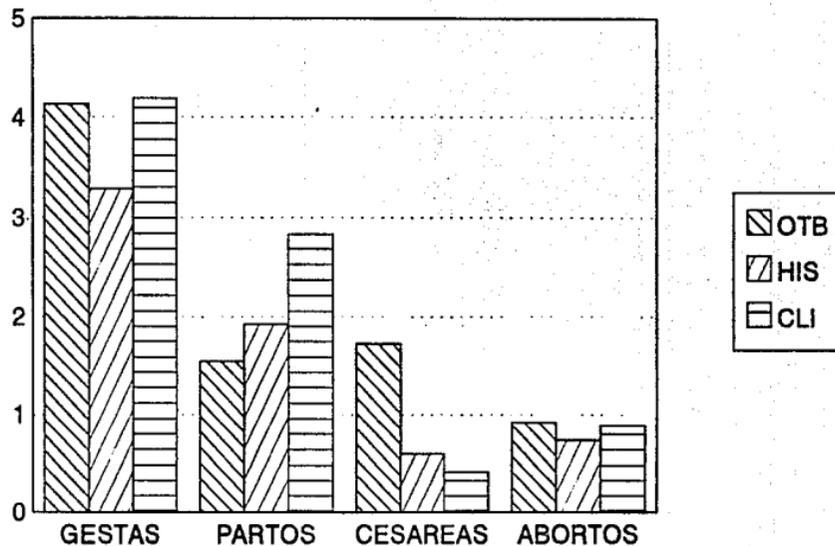
## ESCOLARIDAD

---



GRAFICA 2

# ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

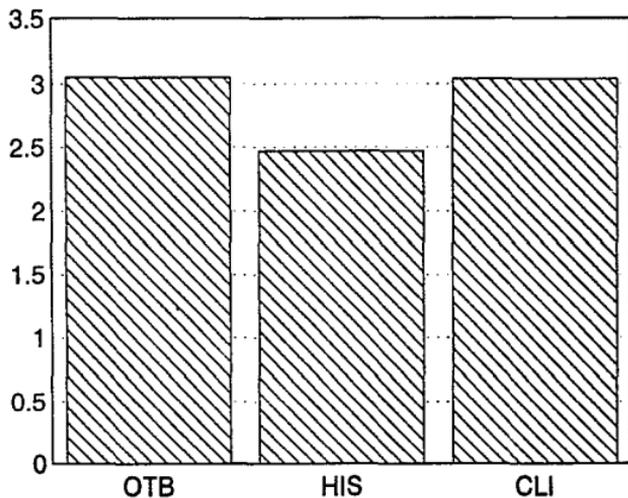


GRAFICA 3

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

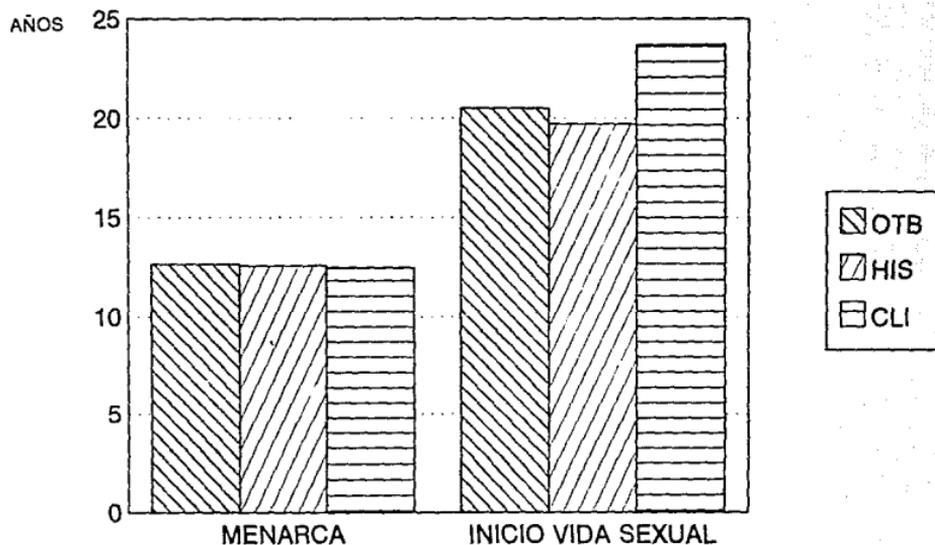
## NUMERO DE HIJOS VIVOS

---



GRAFICA 4

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

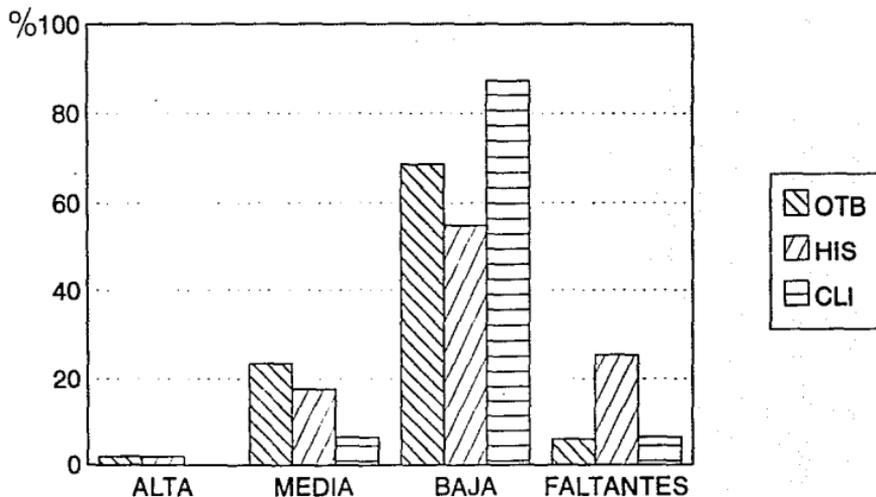


GRAFICA 5

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

---

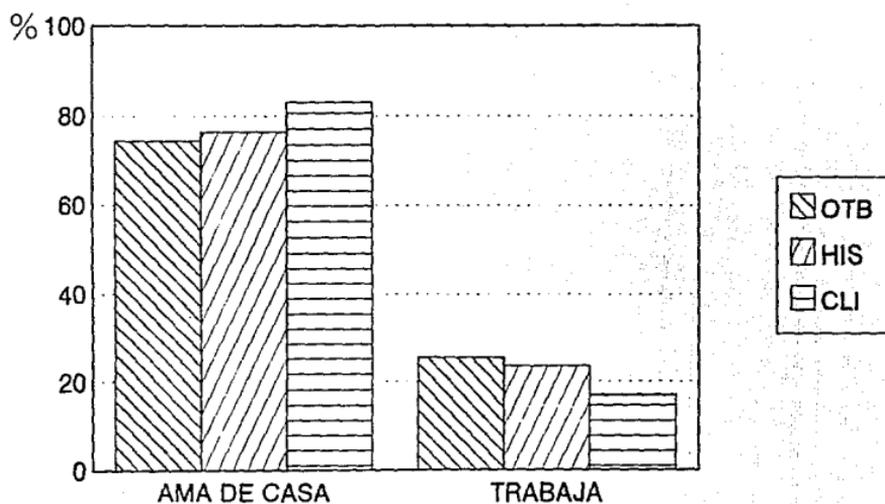


GRAFICA 6

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## OCUPACION

---

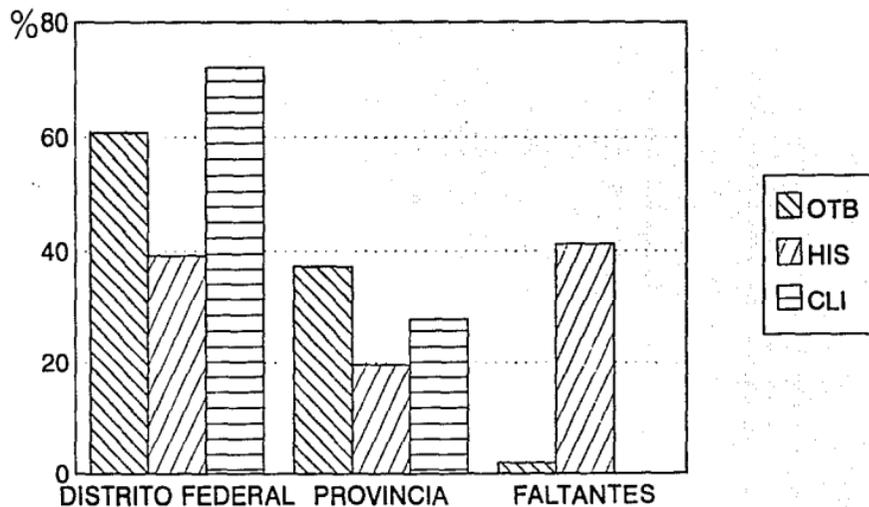


GRAFICA 7

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

## ORIGEN

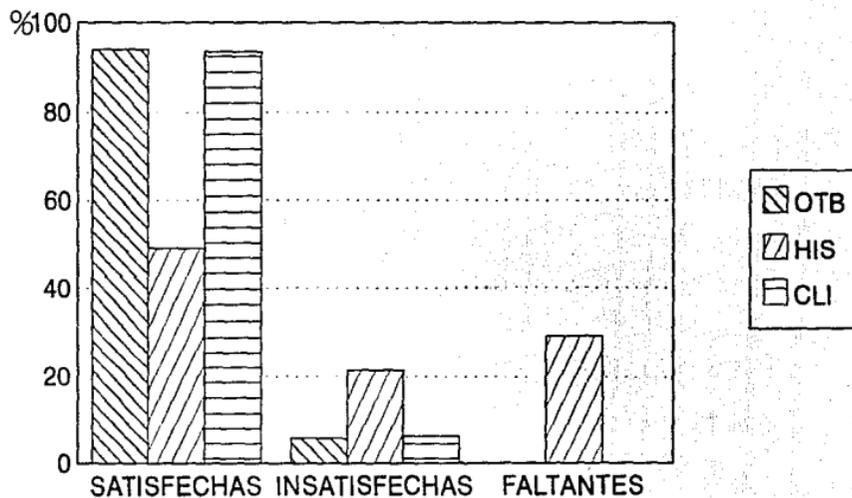
---



GRAFICA 8

# PARIDAD

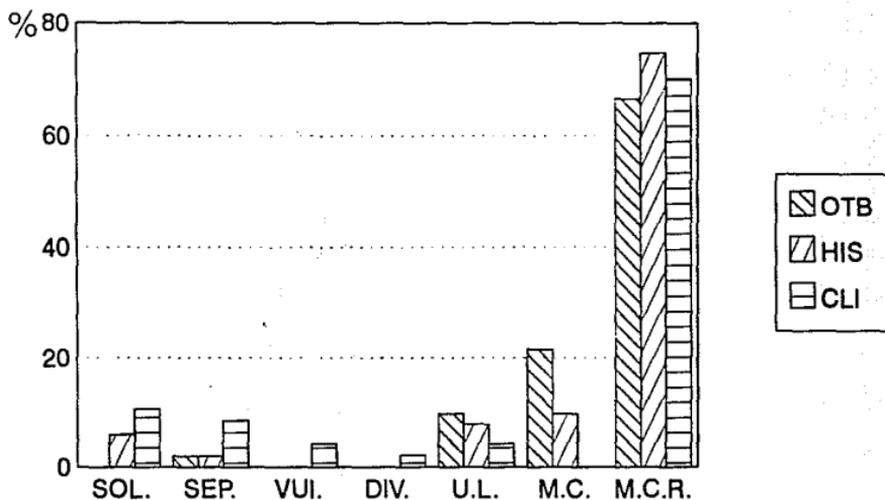
## MUJERES QUE NO DESEAN TENER MAS HIJOS



GRAFICA 9

# DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

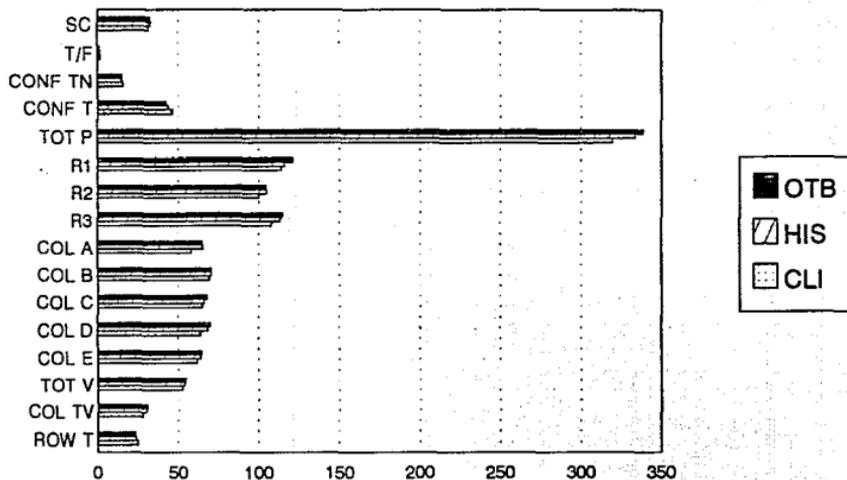
## ESTADO CIVIL



GRAFICA 10

# AUTOCONCEPTO

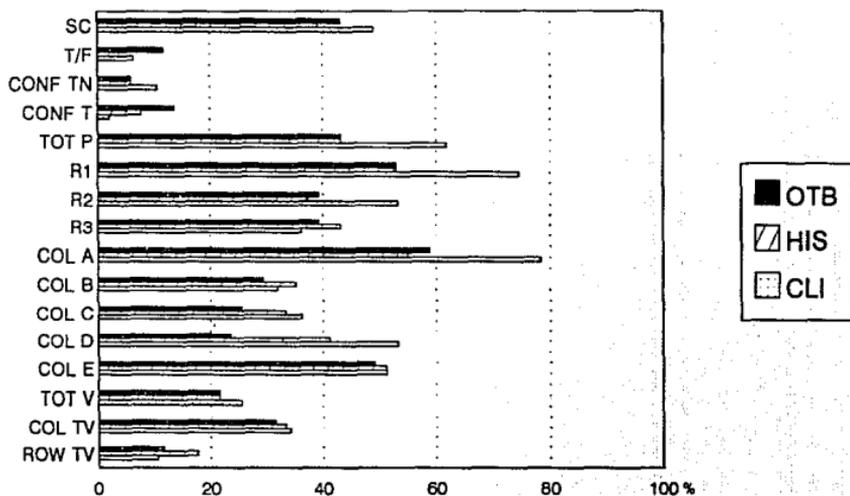
MEDIAS OBTENIDAS EN EL TENNESSEE TSCS



GRAFICA 11

# AUTOCONCEPTO TENNESSEE

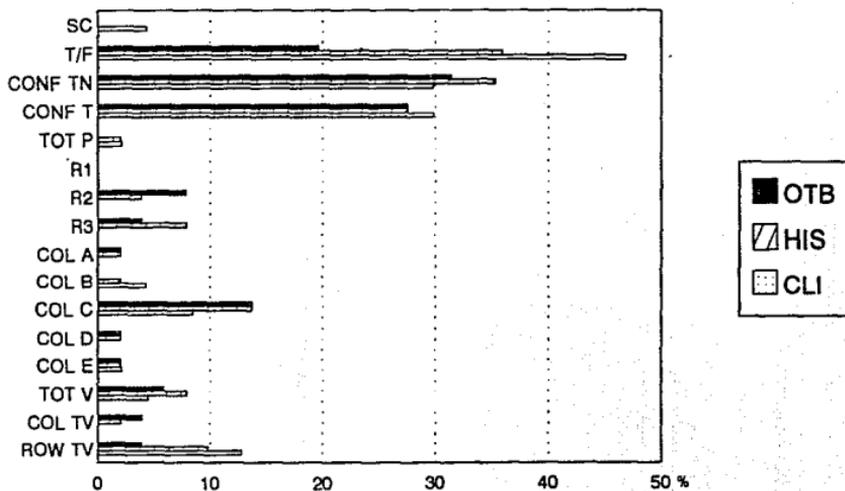
## PORCENTAJE DE SUJETOS POR ABAJO DEL CORTE T 45



GRAFICA 12

# AUTOCONCEPTO TENNESSEE

## PORCENTAJE DE SUJETOS POR ARRIBA DEL CORTE T 70



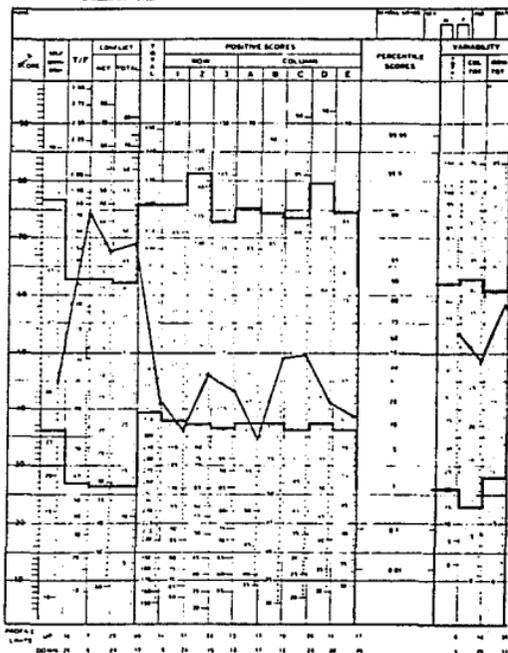
GRAFICA 13

# AUTOCONCEPTO

## PERFIL DEL GRUPO CLIMATERIO

Tennessee Self Concept Scale

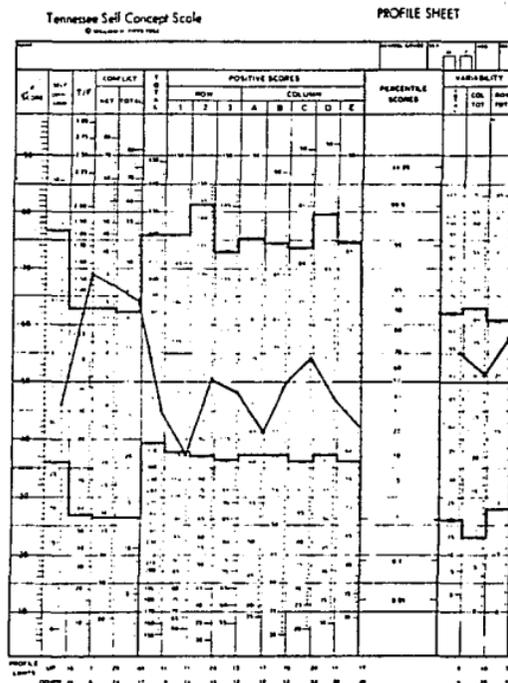
PROFILE SHEET



GRAFICA 14

# AUTOCONCEPTO

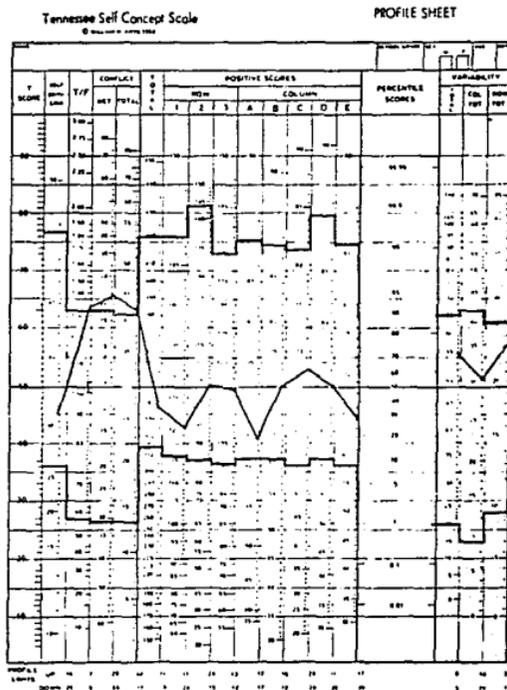
## PERFIL DEL GRUPO HISTERECTOMIA



GRAFICA 15

# AUTOCONCEPTO

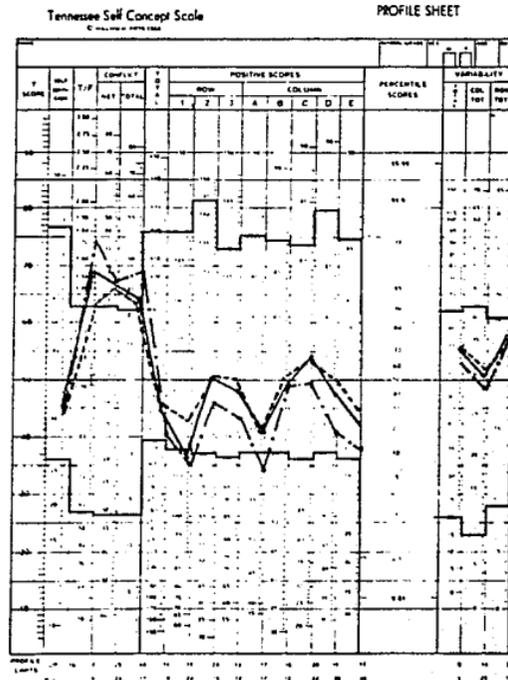
## PERFIL DEL GRUPO OCLUSION TUBARIA



GRAFICA 16

# AUTOCONCEPTO

## COMPARACION DE PERFILES



GRAFICA 17

# HISTERECTOMIA

## DISTRIBUCION DE OOFORECTOMIAS

---

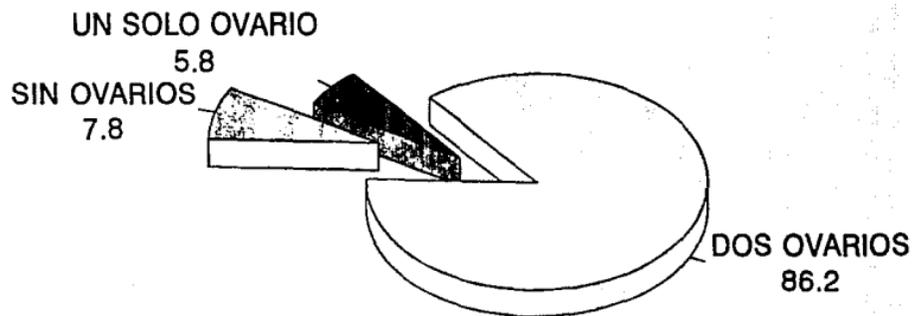


FIGURA 1

## CAPITULO VII

### DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se hará una descripción del perfil de autoconcepto de cada grupo, elaborado con base a las medias obtenidas para cada uno de los puntajes del TSCS.

#### PERFIL DE AUTOCONCEPTO DEL GRUPO DE CLIMATERIO

El perfil con las medias obtenidas en los puntajes del TSCS se encuentra en la gráfica 16.

Este grupo muestra cierta tendencia a la defensividad debido a que hace un intento deliberado para presentar una imagen favorable de sí mismo.

Existe una gran tendencia hacia la indefinición y a la confusión lo cual lleva, a las mujeres de este grupo a tener una imagen poco clara y coherente de sí mismas.

Puede verse que el conflicto emocional es el más alto mostrado por los tres grupos (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa), lo cual repercute en una gran dificultad para autodescribirse.

Se sienten confundidas debido a que existen contradicciones en cuanto a su autoapreciación. Es un grupo que muestra gran desconfianza en sí mismas, dudando de su propio valor. Se perciben poco aceptadas por los demás y muestran descontento consigo mismas.

La percepción del aspecto físico de estas mujeres se encuentra muy deteriorado. Se perciben físicamente enfermas, dañadas, como si algo no estuviese funcionando bien. En el terreno sexual se sienten fracasadas, lo cual habla de una dificultad para integrar la propia imagen corporal.

Muestran sentirse poco integradas al grupo familiar, pues no sienten apoyo ni amor por parte de su familia. Asimismo, se perciben aisladas, inaceptadas y al margen de lo social; mostrando incapacidad para adaptarse a los demás.

A manera de compensación estas mujeres recurren a una sobrevaloración narcisista de su propia valía como persona y de los propios valores ético-morales. Es decir, existe una rigidización de los valores ético-morales y de las normas debido a que ésto les devuelve la seguridad que necesitan para enfrentarse a las nuevas situaciones de vida.

Al existir una necesidad de reconocimiento por parte del entorno, causado por la baja autoestima, estas mujeres recurren a la exaltación de los logros personales y a los valores propios de su rol para recuperar la autoestima perdida.

Esta manera de funcionar es comprensible en virtud de, que al estar varias áreas del autoconcepto mermadas (debido a que existen pocos elementos de la realidad que les retribuyan en autoestima), se intenta enfrentar la crisis utilizando los pocos recursos con que ellas cuentan.

Este intento de compensación fracasa, ya que a pesar de él, no logran establecer relaciones familiares y sociales adecuadas permaneciendo baja la autoestima y alto el conflicto emocional.

#### PERFIL DE AUTOCONCEPTO DEL GRUPO DE HISTERECTOMIA

El perfil con las medias obtenidas en los puntajes del TSCS se encuentra en la gráfica 17.

Este grupo intenta presentar de manera deliberada una imagen favorable de sí mismas, lo que muestra defensividad al contestar la prueba. Manifiestan cierta tendencia al conflicto y a la contradicción en cuanto a la autopercepción, lo cual provoca cierta indefinición y confusión al intentar autodescribirse.

Esta dificultad para definirse las lleva a situarse de manera incorrecta en cada una de las áreas puesto que no saben quienes son para sí mismas ni para los demás. Es importante destacar, que la dificultad de estas mujeres para autodescribirse, es casi tan grande como la que muestra el grupo de climaterio, encontrándose, en ambos grupos, la identidad sumamente trastocada. Quizá esto demuestre que la pérdida del órgano reproductor se asocia con la pérdida del rol femenino; evidenciando así, que la autoestima en la mujer parece estar muy relacionada tanto con la función reproductiva como con el buen desempeño de dicho rol.

Este grupo muestra un nivel de autoestima bajo y es probable que actúen conforme a esta imagen desvalorizada.

Asimismo perciben una pobre imagen corporal, ninguna de ellas se describe como saludable o sexualmente adecuada, lo cual muestra que existen dificultades para integrar la propia imagen corporal.

Sienten ser poco aceptadas por los demás, se encuentran aisladas y al margen de lo social, a pesar de esto, las relaciones familiares no están tan deterioradas.

A manera de compensación, la valía como persona se exalta, sintiendo que han logrado realizar sus potencialidades y negando el fracaso.

De la misma forma se describen satisfechas en relación a sus valores morales y éticos, pensando que han cumplido con las normas sociales adecuadamente. Perciben correcto su comportamiento tanto para sí mismas como para los demás.

#### PERFIL DE AUTOCONCEPTO DEL GRUPO DE OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

El perfil con las medias obtenidas en los puntajes del TSCS se

encuentra en la gráfica 18.

Existe también una tendencia en estas mujeres a hacer un esfuerzo por presentar una imagen favorable de sí mismas lo cual indica cierta defensividad al contestar la prueba.

El nivel de conflicto emocional de estas mujeres es menor (aunque no significativamente) que en los otros dos grupos, muestran menos dificultad para autodefinirse, encontrándose ligeramente confundidas. Es decir, muestran algunas contradicciones en cuanto a como se perciben, sin embargo su autodescripción denota mayor claridad que los otros dos grupos.

En contraste con los grupos anteriores muestran menor dificultad (aunque no significativamente) al intentar definirse a sí mismas, logrando distinguir de una mejor manera quiénes son para sí mismas y para los demás.

Existen ciertas deficiencias en cuanto a la percepción física pues tienden a verse como poco sanas y sexualmente inadecuadas.

Al encontrarse estas dos áreas menos trastocadas en comparación con los demás grupos, se observa que el recurso adaptativo de exaltación del yo personal y de los valores morales (también utilizado por este grupo) funciona mejor, lo que redundará en un menor conflicto y una mayor autoestima.

Es así como la autoestima de este grupo se encuentra fundamentada en la coherencia que existe entre la conducta y la autosatisfacción dentro de los propios parámetros éticos y morales.

De esta manera estas mujeres piensan haber logrado realizar sus potencialidades en diferentes áreas de su vida lo cual hace que se sientan satisfechas consigo mismas.

Como la parte personal es lo que más retribuye a esta apreciación, el atender a los logros personales es quizá lo que las lleve a un cierto aislamiento y sea por eso que las relaciones familiares y sociales se encuentren un poco disminuidas en el perfil de este grupo.

#### COMPARACION DE LOS TRES PERFILES

El perfil con las medias obtenidas en los puntajes del TSCS de los tres grupos se encuentra en la gráfica 19.

En los 3 grupos la distribución de puntajes muestra una tendencia similar.

Todas las mujeres muestran una tendencia a exaltar el yo personal y los valores morales para retribuir la autoestima, sin embargo esta compensación sólo es efectiva para el grupo de OTB ya que en los grupos de histerectomía y sobretodo en el de climaterio este esfuerzo no es suficiente para lograr un buen funcionamiento,

haciendo que el conflicto emocional permanezca más alto (aunque no de manera estadísticamente significativa).

Es decir, el autoconcepto en los 3 grupos trata de ser compensado a través del yo personal, pero a medida que existen puntajes más bajos dentro del perfil, la compensación adquiere rigidez y por lo tanto el conflicto se eleva.

El grupo de climaterio es el que obtiene puntajes más bajos en todas las áreas de autoconcepto (aunque solo los puntajes COL A, y COL D fueron significativamente más bajos, así como V/F y R1 que obtuvieron significancia marginal) y los más altos en cuanto a conflicto se refiere, lo cual hace que el perfil sea el más sumergido en comparación con los otros 2 grupos. Mientras que el perfil del grupo OTB se conforma por las puntuaciones más altas en las áreas de autoconcepto y las más bajas en cuanto a conflicto se refiere, quedando el grupo de histerectomía en medio de los otros dos (gráfica 18).

Al ser la tendencia similar en los 3 grupos y al estar insertos en un mismo medio sociocultural, que sobrevalora el buen desempeño de la mujer en función de su rol como procreadora y cuidadora de hijos, es probable que, con el paso de los años, los grupos de OTB e histerectomía, al verse en la situación similar a la que se atraviesa en climaterio, el autoconcepto y el conflicto adopten una condición similar a la del grupo de mujeres climatericas.

## DISCUSION

Una de las áreas en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue el yo físico. En este puntaje el grupo de climaterio obtuvo calificaciones significativamente más bajas que los otros dos grupos.

Esto podría explicarse si se toma en cuenta que al llegar al climaterio, las mujeres comienzan a envejecer y cambia la apariencia física pues aparecen arrugas, canas y hay un aumento de la grasa corporal. A la vez el tejido mamario sufre regresión y se ha visto que este cambio trastorna a algunas mujeres (Judd citado en Benson, 1986). Asimismo la destreza corporal se ve afectada, pues la capacidad y fuerza física disminuyen. Es decir, las mujeres climatericas se enfrentan a una serie de pérdidas de funciones y habilidades corporales y físicas que quizá incidan en la manera en cómo es que ellas perciben su propio cuerpo.

El hecho de que haya cambios hormonales por la pérdida de la función ovárica, precipitando desbalances endócrinos ocasiona también en las mujeres algunos trastornos físicos.

Se ha visto por otro lado que los bochornos que algunas mujeres sufren, según autores como (Perlmutter, 1978 citado en Nadelson, 1983), ocasionan situaciones embarazosas y provocan ansiedad en aquellas mujeres que, al no tener control sobre las reacciones de su cuerpo, se molestan e incomodan, cuando éstos son evidentes a la vista de otros.

Quizá esta situación provoque en ellas el sentimiento de que algo no está funcionando bien con su propio cuerpo como lo reflejan los bajos puntajes obtenidos en la percepción del yo físico.

Además en cuanto a la sexualidad (componente importante del yo físico dentro del TSCS) también existen ciertas dificultades.

Los cambios atróficos del epitelio vaginal y cuello uterino, el cambio de pH que puede producir invasión bacteriana o prurito, así como la disminución de moco cervical que provoca sequedad vaginal, pueden ocasionar que las relaciones sexuales sean incómodas e incluso dolorosas (Judd citado en Benson, 1986) lo cual quizá provoque un deterioro en esta área, reflejándose dicha situación en el bajo puntaje obtenido por este grupo en el yo físico.

Otro factor de importancia en relación a la sexualidad de estas mujeres es que al irse los hijos, las mujeres se reencuentran con sus parejas, con quienes tal vez estuvo interrumpida la comunicación por muchos años. De esta manera toda la atención que antes se centraba en los hijos es probable que las haya alejado de la intimidad y de la vida sexual con su pareja y el reencuentro pudiera provocar ciertas dificultades en el terreno sexual.

Este sentimiento de disfunción en el Área sexual coincide con lo encontrado por Gracshinsky et. al. (1982) quienes opinan que la sexualidad es algo más que se asocia al trabajo doméstico y a la labor maternal; así el goce de la sexualidad queda adscrito al goce de la maternidad. Como el grupo de climaterio ha perdido la función maternal puede constituir ésto una explicación alternativa de dicha disfunción.

En la misma línea en cuanto a la sexualidad, Burin (1987) cita que ésta se halla asociada al trabajo doméstico y a la labor maternal, su goce queda adscrito al trabajo de la maternidad, por lo tanto al perder dichos roles se pierde también la capacidad goce de la sexualidad, ya que el único lugar de la sexualidad es el de la sexualidad "utilitaria y fecunda" (Burin, 1987). A pesar de lo anterior no habrá que descartar la historia sexual de las mujeres previa al climaterio.

Otra de las áreas donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas fué el yo familiar.

La diferencia se encontró entre el grupo CLI y OTB.

El bajo puntaje obtenido en CLI probablemente refleje la dificultad de estas mujeres para adaptarse a los cambios que ocurren dentro de la familia. Posiblemente el hecho de que los hijos crezcan y se independicen sea interpretado por las mujeres como abandono y falta de apoyo por parte de ésta.

Asimismo los cambios ocurridos dentro de la familia originan una movilización de la dinámica familiar, provocando una nueva organización que podría ser difícil de aceptar y por lo tanto impactar de manera significativa el Área de yo familiar.

El grupo de climaterio es el que muestra un mayor tendencia a encontrarse sin pareja (ya que un mayor porcentaje de ellas se encuentran separadas, viudas, divorciadas o solteras), lo cual sugiere mayor conflictiva a nivel familiar. Este dato podría corroborar lo mencionado por Mckynlay (1987) quien dice que entre los 45 y 55 años la mujer experimenta muchos cambios personales o eventos de la vida, siendo la pérdida de la pareja una de tantas a las que se enfrenta la mujer al llegar a esta edad. Estas experiencias según Mckynlay son grandemente negativas y tienen consecuencias que deterioran la salud y el comportamiento.

Por otra parte el perder el rol de madre pudiera ocasionar en estas mujeres un sentimiento de inutilidad y de poca importancia como miembros de una familia, y el tratar de conservar ese rol (que es el que han ejecutado por largo tiempo) quizá las haga tener actuaciones inadecuadas ante los hijos y pareja, lo cual provoca conflictos con los miembros de la familia y por lo tanto un detrimento de esta Área del autoconcepto.

Apoyando lo anterior, es probable que los bajos puntajes obtenidos en el yo familiar puedan relacionarse con lo que dice Langer (1992) quien piensa que estas mujeres ya no se sienten

importantes para su grupo familiar pues sus funciones dentro de casa han disminuido y las labores del hogar han perdido sentido.

Habla también acerca de que mucho depende del tipo de intereses que la mujer tenga, si se limitan al cuidado de los hijos y a las labores en el hogar (que también dependen en gran medida de la presencia de éstos), cuando los hijos faltan la mujer comienza a sentirse inútil y vacía y así todos los cuidados que centraba antes en la familia comenzará a centrarlos hipocondriacamente en su propio cuerpo. Esto último también se verifica en los puntajes obtenidos en yo físico en los resultados de esta muestra.

Cabe destacar que el grupo de climaterio es el que obtuvo un menor promedio en cuanto a los años de estudio, pudiera pensarse que el campo de acción fuera del hogar de estas mujeres se vea más limitado que el de los otros dos grupos. Además hay que tomar en cuenta que hay un mayor porcentaje de mujeres en el grupo de climaterio que se dedican al hogar siendo que pocas de ellas trabajan fuera del hogar en comparación con los otros dos grupos. Esto podría reflejar la limitación de estas mujeres en cuanto a su campo de actividades. Asimismo un mayor porcentaje de ellas pertenece a la clasificación socioeconómica baja, lo cual podría constituir una limitante más en cuanto a las opciones de intereses en la vida que estas mujeres puedan tener.

Otra de las áreas que mostró diferencias importantes (marginales mas no significativas) fué el área de la identidad.

En esta área los grupos de CLI e HIS muestran una marcada tendencia, aunque no significativa a obtener puntajes por debajo del grupo de OTB, por lo tanto se consideró pertinente incluir este aspecto para obtener una visión un poco más completa del fenómeno.

Puede inferirse que la aparente poca capacidad para autodefinirse en el grupo de climaterio quizá se deba a la pérdida del rol maternal (recordemos que el grupo de OTB a pesar de haber perdido la capacidad reproductiva aún conserva dicho rol maternal). Es notable que a pesar de que el grupo de HIS conserva este rol, haya obtenido tan bajos puntajes también. Esto podría explicarse debido a la importancia que posee el útero como parte de la identidad femenina en las mujeres. Esto se apoya en Lindemann (1938) quien habla acerca de que la pérdida del útero tiene grandes significados simbólicos. Es quizá que al verse privadas de un órgano tanpreciado, la representación simbólica que se le da a este hecho sea lo que incida de manera determinante en la identidad de estas mujeres. Tal vez lo que impacta más en las mujeres sometidas a la histerectomía no es tanto la pérdida, como tal del útero, sino el significado simbólico depositado en él lo que posiblemente altera la percepción de la propia identidad.

En la misma línea Nadelson et. al. (1983), cuando habla acerca de las mujeres histerectomizadas explica que, la experiencia de mutilación y el sentimiento de daño a la propia femineidad puede

ser profundo. La pérdida de un órgano con tan importante significado simbólico e inconciente puede producir síntomas psicológicos; ésto posiblemente sea lo reflejado en el bajo puntaje obtenido en identidad por el grupo de histerectomía.

Drellich y Beiber (1985), coinciden con lo anterior cuando afirman que muchas de las mujeres depositan en el útero y sus funciones, importantes aspectos de femineidad y autoconcepto.

Kav et. al. (1983), apoyan también esta idea, ya que en un estudio realizado encontraron que las mujeres histerectomizadas se atribuían a sí mismas menos rasgos femeninos. Los resultados encontrados por ellos coinciden con los esta investigación.

Los bajos puntajes obtenidos en identidad quizá reflejen lo encontrado por Melody (1962) y Wolf (1970) quienes hablan de que la histerectomía significa no sólo la pérdida de un órgano sino también el final de la forma de vida que se llevaba antes de la operación, lo cual implica la pérdida de roles tan esenciales como la femineidad.

En contraste con los grupos de HIS y CLI, en el grupo de OTB el puntaje de identidad no se encuentra tan mermado.

Barglow et. al. (1965) explican que en las mujeres que obtuvieron excelentes resultados emocionales después de la oclusión tubaria, la función reproductora nunca fué parte de su imagen corporal.

Hay que recordar que la imagen corporal y las características femeninas o lo femenino se interrelacionan para dar lugar a la formación de la identidad.

Al no mostrar disminución el puntaje de identidad quizá se refleje el hecho de que la función reproductora no tiene tanto peso en la formación de la identidad en las mujeres de OTB. Tal vez sea la razón por la cual las mujeres de este grupo deciden activamente sobre la terminación de su vida reproductiva sin que la identidad muestre secuelas. Es decir, es probable que el grupo de OTB, a diferencia de los otros dos grupos, esté formado por mujeres donde la capacidad reproductiva sea parte integrante de la identidad pero no tan fundamental como al parecer sucede en los otros dos grupos.

Se encontró que el grupo de histerectomía tuvo el menor promedio de embarazos así como de hijos vivos, lo que coincide con que un mayor porcentaje de ellas no estuvo satisfecha con el número de hijos que tuvo, es decir expresa el deseo de tener más hijos. Esto implica que cuando las mujeres histerectomizadas perdieron su capacidad reproductiva probablemente aún existía el deseo de tener más hijos. Habrá que pensar que esta característica especial del grupo de HIS pueda determinar las reacciones que se tengan posteriores a la operación así como la adaptación a esta nueva condición de vida.

## CAPITULO VIII

### CONCLUSIONES

1. El fin de vida reproductivo impacta el autoconcepto de la mujer, como un factor asociado, en el que habrá de tomarse en cuenta las condiciones de vida por las que atraviesa la misma, así como su historia personal.
2. La identidad se afecta debido a la estrecha relación que existe entre ésta y el concepto de femineidad y rol femenino que manejan las mujeres delineado por la cultura en la que se encuentran inmersas.
3. El climaterio debe considerarse como una etapa de crisis maduracional, debido a los procesos que en él se involucran.
4. En el autoconcepto de las mujeres climáticas se detecta confusión, dificultades para la autodefinición, detrimento en la percepción del yo físico y dificultades en la relaciones familiares, principalmente. Por lo cual resulta más afectado que en los otros dos grupos.
5. En el autoconcepto de las mujeres histerectomizadas se ve mermada el área de identidad, principalmente. Posiblemente debido a la pérdida de un órgano con importantes significados simbólicos.
6. El perfil de autoconcepto de las mujeres con oclusión tubaria es el menos afectado, posiblemente debido a que la pérdida de la capacidad reproductiva es una decisión tomada activamente y a que no se someten a la pérdida de órganos durante la esterilización, principalmente.
7. Debido a la similitud de tendencias encontradas en los perfiles de los tres grupos, se infiere que cuando las condiciones de vida de las mujeres jóvenes (OTB e HIS) sean las mismas que las de las mujeres climáticas los perfiles de autoconcepto mostrarán las mismas características que este último.
8. Las mujeres climáticas utilizan, en mayor medida, como recurso adaptativo la exaltación del yo personal y de los valores ético-morales. Sin embargo este recurso no funciona debido a que se llega a una rigidización de carácter que las incapacita para adaptarse a las nuevas condiciones familiares y de vida.
9. Para el grupo de OTB e HIS, quienes utilizan mecanismos adaptativos iguales a los del grupo CLI, logran sustentar de una manera más adecuada su autoconcepto.
10. Es necesario agregar que el fin de vida reproductiva es uno de tantos factores que intervienen en la conformación de la identidad en la mujer y, por lo tanto, se da una dificultad seria

para aislarlo, por lo que habría que tomarlo como un fenómeno social.

## CAPITULO X

### LIMITACIONES

Al ser los resultados obtenidos de una población que asiste al INPer, no pueden generalizarse al resto de la población, sin embargo se sugiere la realización de estudios paralelos en poblaciones diferentes. Los resultados obtenidos fueron realizados post-factum, por lo que sería interesante conocer al autoconcepto previo a los eventos estudiados en la presente investigación.

Asimismo es importante destacar que el autoconcepto es un constructo que está alimentado por muy diversos fenómenos que no pueden ser aislados y específicamente controlados. De tal manera que es difícil controlar la gran cantidad de factores que intervienen o pueden modificar el autoconcepto.

Es por ésto que se sugiere la realización de investigaciones posteriores donde se intente aislar aún más dichos factores para así poder determinar más claramente el impacto de la pérdida de la función reproductiva sobre el autoconcepto.

## GLOSARIO

**ADENOMIOSIS.** Estado que se caracteriza por invasión benigna del endometrio en la musculatura uterina con crecimiento difuso de la misma.

**AMENORREA.** Ausencia anormal del flujo menstrual.

**ATRESIA.** Falta u oclusión de un orificio normal del organismo.

**BULIMIA.** Aumento anormal de la sensación de hambre.

**DISPAREUNIA.** Coito difícil o doloroso en las mujeres.

**ENDOCRINO.** Perteneciente o relativo a las secreciones internas y a los órganos que las producen.

**ENDOMETRIO.** Túnica mucosa que recubre la cavidad del útero.

**EPITELIO.** Revestimiento de todas las superficies internas y externas del cuerpo.

**ESTROGENOS.** Dícese de cada uno de los esteroides producidos por el folículo ovárico que inducen el estro, como la estrona, estradiol y estriol.

**FIBROMA.** Tumor compuesto principalmente de tejido fibroso o de tejido conjuntivo maduro.

**FOLICULOS OVARICOS.** El óvulo y su envoltura en cualquier estado de desarrollo.

**GLANDULA PITUITARIA O HIPOFISIS.** Glándula situada en la silla turca del esfenoides que regula la actividad de todas las demás glándulas endocrinas, por lo que tiene gran importancia en el crecimiento, maduración y reproducción del individuo.

**GONADAS SEXUALES.** Glándula productora de gametos como el ovario ó el testículo.

**GONADOTROPINAS.** Cualquiera de las hormonas de origen hipofisiario o careónico que estimulan las glándulas sexuales.

**HORMONA FOLICULOESTIMULANTE.** Hormona gonadotrófica de la hipófisis que estimula, en las hembras, el crecimiento y maduración del folículo ovárico.

**HORMONA LUTEINIZANTE.** Hormona estimulante de las células intersticiales.

**LAPAROTOMIA.** Insición quirúrgica del flanco.

**LEUCORREA.** Flujo blancusco y viscoso procedente de la vagina y del útero, consecutivo a algún proceso irritativo de sus mucosas.

**LIBIDO.** Deseo placer o apetito sexual.

**MENARCA.** Establecimiento de la primera menstruación generalmente alrededor de los 13 años.

**MIOMAS.** Tumor formado por elementos musculares.

**MIOMATOSIS.** Formación de múltiples miomas.

**MIOMETRIO.** Sustancia muscular del útero constituida por fibras musculares lisas que se disponen en bandas que siguen diferentes direcciones.

**NEFRITIS.** Proceso que afecta el tejido intersticial del riñón.

**NEOPLASIA.** Formación en alguna parte del cuerpo de un tejido cuyos elementos sustituyen a el de los tejidos normales. Se aplica principalmente a los tumores cancerosos. **OOCITOS.** Oogonia que ha alcanzado su tamaño máximo pero no ha completado el proceso de maduración.

**OOFORRECTOMIA.** Extirpación o destrucción de uno o varios ovarios.

**OOGONIAS.** Célula en cuyo interior se forman los óvulos.

**OVOGENESIS.** Origen y desarrollo del óvulo.

**PRURITO.** Sensación cutánea que incita u obliga a rascarse.

**RADIOTERAPIA.** Tratamiento de enfermedades mediante la aplicación de rayos.

**URETRA.** Conducto membranoso que lleva la orina desde la vejiga hasta el exterior y que en el hombre transporta las eyaculaciones seminales.

**UTERO.** Organó muscular hueco de los mamíferos del sexo femenino que aloja y nutre al embrión y al feto.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, D., Steiner, M., (1970) "Psychiatric sequele to gynecological operations", Isr Ann Psychiatry, Vol. 8:186.
- Allport, G., (1977) La Personalidad, Ed. Herder, Barcelona.
- Alport, G., (1985) desarrollo y cambio, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Alvarado, A., Villavicencio, A., Niz, J., (1983) "Toma de decisión para la esterilización en la mujer", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 51(313), Pags. 131-136.
- Ahued, J., (1984) "Morbilidad en histerectomía abdominal", Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 52(327), Pags. 175-178.
- Ananth, J., (1978) "Hysterectomy and depression", Obstetrics and Gynecology, Vol. 52 (Dic 6), Pags. 724-730.
- Artigas, M., (1985) El concepto del self en adolescentes judíos y no judíos remitidos a una evaluación, tesis (maestría), UNAM, México, D.F.
- Baker M., Quinkert, K., (1983) "Women's reactions to reproductive problems", Psychological Reports, Vol. 53(1), Pags. 159-166.
- Barglow, P., Eisner, M., (1966) "An evaluation of tubal ligation in Switzerland", American Journal of Obstetrics & Gynecology, Vol. 95(8), Pags. 1083-1094.

- Barglow, P., Gunther, M., Johnson, A., & Meltzer H., (1965) "Hysterectomy and tubal ligation: A Psychiatric comparison", Obstetrics and Gynecology, Vol. 25(4), Pags. 520-527. J., M,
- Barnes, A., Zuspan, F., (1958) "Patient Reaction to Puerperal Surgical Sterilization", American Journal of Obstetrics & Gynecology, Vol. 75(1), Pags. 65-71.
- Baron, R., Byrne, D., Kantowitz, B., (1985) Psicología, un enfoque conceptual, Nueva editorial Interamericana, México, D.F.
- Benedek, T., (1950) "Climaterium: A developmental phase", The Psychoanalytic Quarterly, Vol. 19(1), Pag. 231.
- Benedek, T., (1970) Psychobiology of Pregnancy, Parenthood its psychology and psychopathology, Little Brown, Boston. Pags. 137-151.
- Bennett, A., (1946) "Faulty management of psychiatric syndromes simulating organic disease", JAMA, Vol. 130, Pags. 1203-1208.
- Benson, R., (1986) Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, Ed. Manual Moderno, México, D.F. 4ª edición.
- Benson, R.; Hanson, K.; Matarazzo, J., (1959) "A typical pelvic pain in women: Gynecologic-psychiatric considerations", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 146, Pags. 806-823.

- Black, M., "Immediate postpartum sterilization", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 83, Pags. 59-61.
- Brenner, P., (1988) "The menopausal syndrome", Obstetrics & Gynecology, Vol. 72(5), Pags. 6-11.
- Burin, M., (1987) Estudios sobre la subjetividad femenina, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos aires.
- Campos, D., Rodriguez, L., (1982) "Esterilización Quirúrgica. Análisis de 250 casos", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 50(301), Pags. 111-114.
- Casamadrid, J., (1986) La mujer, sus síntomas y sus actitudes en la fase del climaterio, tesis (maestría), UNAM, México D.F.
- Cohen, M.; Robins, E.;Purtell, J., (1953) "Excessive surgery in hysteria", JAMA, Vol. 151, Pags. 977-986.
- Cole, P., Berlin, J., (1977) "Elective Hysterectomy", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 129(2), Pags. 117-123.
- Cooper, P., Gath, D., Fieldsend, R., Rose, N., (1981) "Psychological and Physical outcome after elective tubal sterilization", Journal of Psychosomatic Research, Vol. 25(5), Pags. 357-360.
- Cruz, M., (1992) Estudio comparativo del autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal,

embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubaria bilateral, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.

Chavez, G., Flores, M., (1988) Estudio preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida, tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.

Dan Kelerstein, C., (1991) Posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA, Tesis (licenciatura), UNAM, México D.F.

Delgado, J., Gasque, F., Marin, R., Magana, R., (1982) "Histerectomía abdominal, estudio de 300 casos", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 50(299), Pags. 57-63.

Delgado, J., (1984) "Histerectomía abdominal", Revista de Ginecología de México, Vol. 52(327), Pags. 175-178.

Diccionario enciclopédico de educación especial, (1985) Volumen I A-CH Ed. Diagonal Santillana, México, D.F.

Diczfalusy, E., (1986) "Menopause, developing countries and the 21st century", Acta Obstetric Gynecology Sacnd Suppl, Vol. 134, Pags. 45-57.

Douglas, G., (1971) "Emotional problems associated with Hysterectomy", Journal of A. O. A., Vol. 170.

Doeling, R., Knox, S., (1964) "Somatic symptoms in depressive

- illness", British Journal Psychiatry, Vol. 110, Pags. 720-722.
- Drellich, M., Bieber, I., (1985) "The psychologic importance of the uterus and funtions", Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 126, Pags. 322-326.
- Ellison, R., (1965) "Psychiatric complications folowing sterilization of women", Medical Journal, Vol. 2, Pags. 625-628.
- Escava, S., (1989) Histerectomia, cancer y personalidad. Un estudio comparativo en 3 grupos de mujeres en el D:F:, Tesis (Doctorado), U.I.A., México, D.F.
- Esquivel, F., Lucio, E., Rivera, O., (1987) Integración de estudios psicológicos, Ed. Diana, México, D.F.
- Erikson, E. (1971) Identidad, juventud y crisis, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Erikson, E. (1974) Infancia y sociedad, Ediciones Hormé, Buenos Aires, 5a edición.
- Fittz, W. H. (1965) Tennessee Self Concept Scale, Nashville Tennessee Counselor Recording and Tests Manual. Western Psychological Services.
- Flores, J., (1990) Cambios en el autoconcepto de sí mismo en un grupo de alumnos y exalumnos de la universidad autónoma de Chapingo, Tesis (licenciatura), UNAM, México D.F.

- For the woman approaching menopause (1985), developed by: Learning Desing Associates, Inc. Los Angeles California, for Mead Johnson laboratories, Evant Ville Indiana, Printed in USA.
- Frias, M. C., Terrazas, N., (1991) Estudio correlativo entre la escala Tennessee de autoconcepto y el diferencial semántico de La Rosa, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- García, A. M., Ramos, H. G., (1991) Autoconcepto en la pareja estéril, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- García, M., (1987) Características de personalidad y autoconcepto de alumnos reprobados en un colegio de bachilleres, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Gardfield, S., (1979) Psicología Clínica el estudio de la personalidad y de la conducta, Ed. Manual Moderno, México, D.F.
- Gavino, F., Gavino, S., Sanginez, A., Ahued, R., (1986) "Modificaciones en la conducta sexual posteriores a la salpingoclasia", Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 54, Pags. 278-284.
- Gitlin, M.; Pasnau R., (1989) "Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: A review of current knowledge", American Journal Psychiatry, Vol. 146(11), Pags. 1413-1422.
- González, P., (1986) Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social, INPer.

- Gyves, A., Autoconcepto y sistemas de apoyo emocional en deportistas mexicanos de alto rendimiento, tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Graschinsky, Y., y Lombardi, A., (1982) El ideal maternal, publicación del CEM, Buenos Aires.
- Greene, J., (1979) "Stress at the climaterium: The assessment of symptomatology", Stress and anxiety, Vol. 7.
- Greene, J., Cooke, D., (1980) "Life stress and symptoms at the climaterium", British Journal Psychiatry, Vol. 136, Pags. 486-491.
- Greene, J., Cooke, D., (1980) "Types of life events in relation to symptoms at the climaterium", Journal of Psychosomatic Research, Vol. 25, Pags. 5-11.
- Gómez, G., (1981) "Autoestima, expectativa de éxito o fracaso", Revista latinoamericana de psicología social, Vol. 1, Pags. 135-156.
- Hall, C., Lindzey, C., (1970) La Teoria de si mismo y la personalidad Rogers, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Hagstad, A., Janson, P., (1986) "The epidemiology of climateric symptoms", Acta Obstetric Gynecology Scand Suppl, Vol. 134, Pags 59-65.
- Hamacheck, (1981) Encuentros con el yo, Ed. Interamericana, México, D.F.

- Haney, A., (1986) " 'fisiología' del climaterio", Clinicas Obstétricas y Gynecológicas, Vol. 7, Pags. 511-522.
- Hartmann, H., (1969) Ensayos sobre psicología del yo, Ed. F.C.E., México, D.F.
- Hartmann, H., (1987) La psicología del yo y el problema de la adaptación, Ed. F.C.E., México, D.F.
- Henze, (1980) Estudio piloto del autoconcepto en grupo adolescente, tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Hurlock, E., (1982) El desarrollo del niño, Ed. Mc Graw Hill, México, D.F.
- Hollender, M., (1960) "A studie of patientsadmitted to a psychiatric hospital after pelvic operations", American Journal of Obstetrics Gynecology, Vol 79, Pags. 498-503.
- Jiménez, A., (1990) El autoconcepto en al anciano en 3 situaciones de estancia diferentes, tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Kav, U., (1983) "Psychological effects of hysterectomy in premenopausal women", Journal of Psychosomatics Obstetrics and Gynacology, Vol. 2(2), Pags. 76-80.
- Lalinec-Michaud, M., Engelsmann, F., (1984) "Depression and hysterectomy: A prospective Study", en Psychosomatics Illness Review, Vol. 25 (7), Pags. 550-558.

- Lalinec-Michaud, M., Engelsmann, F., (1988) "Depression after Hysterectomy: A comparative study" Psychosomatics Illnes Review, Vol. 29 (3), Pags. 307-314.
- La Rosa, J., (1986) Escalas de locus de control y autoconcepto: Construcción y validez, tesis postgrado psicología social, UNAM, México, D.F.
- Langer, M., (1992) Maternidad y sexo, Ed. Paidós, México, D.F.
- Leon, V. O., (1988) Estudio comparativo de autoconcepto entre 2 grupos de adolescentes, uno con padres alcohólicos y otro con padres no alcohólicos, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Lindemann, E., (1938) "Observations on psychiatric sequelae to surgical operations in women", American Journal of Psychiatry, Vol. 98, Pags. 132-137.
- Los años brillantes: Un punto de vista actual sobre la menopausia, Departamento Médico de Ciba- Geigy Mexicana.
- Mckinlay, J., Mckinlay, S., Brambilla, D., (1987) "The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mid-aged women", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 28, Pags. 345-363.
- Manual de normas y procedimientos del INPer de ginecología y obstetricia, (1990) publicación del INPer, México D.F.
- Melody, J., (1962) "Depressive reactions following hysterectomy",

- American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 83(3),  
 Pags. 410-413.
- Moore, J., (1976) "Depression after hysterectomy",  
Psychosomatics, Vol. 17(2), Pags. 86-89.
- Morales, F., (1991) "Aspectos psicológicos (del climaterio)",  
Karchmer's (ed.) Temas Actuales en Ginecología y  
 Obstetricia, Décimo congreso mexicano de ginecología y  
 obstetricia, México, D.F., Pags. 314-320.
- Morris, N., (1986) "Post-menopausal osteoporosis", Acta  
 Obstetric Gynecology Sacnd Suppl, Vol. 138, Pags. 67-80.
- Nadelson, C., Notman, M., Ellis, E., (1983) "Psychosomatic  
 aspects of obstetrics and gynecology", Psychosomatics  
 illness review, Vol. 24(10), Pags. 871-883.
- Newton, N., (1955) Maternal emotions, Paul B. Hoeber, Inc,  
 Medical book Division of Harper & Row Publishers.
- Oakley, A., (1979) "A case of maternity: paradigms of womaen al  
 maternity cases", Journal of Women in Culture and Society,  
 Vol. 4(4), University of Chicago, U.S.A.
- Ochoa, A., (1987) Factores que influyen en el desarrollo del  
 autoconcepto durante la adolescencia, tesis (maestría),  
 UNAM, México, D.F.
- Paniagua, M., Tayback, M., Janer, J., Vázquez, J., (1964)  
 "Medical and psychological sequelae of surgical

- sterilization of women", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 90(4), 421-430.
- Parsons & Bales, (1955) Family socialization and interaction process, Glencoe, III Free Press.
- Patterson, R.; Graig, J., (1963), "Misconceptions concerning the psychological effects of hysterectomy", American Journal of Obstetric and Gynecology, Vol. 85, (1), Pags. 104-111.
- Pérez de Salazar, J., Los Estrógenos en Gineco Obstetricia, por publicarse.
- Perlmutter, J., (1978) "A gynecological approach to menopause", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol.124(7), Pags. 312-322.
- Polivy, J., (1974) "Psychological reaction to hysterectomy: A critical review", American Journal of Obstetric and Gynecology, Vol. 118(3), Pags. 417-426
- Pick, S., López A. L.(1986) Como investigar en ciencias sociales, Ed. Trillas, México, D.F.
- Raglianti, P., (1980) "Hysterectomy and Depression: Aclinical study", Bolletino di Psicologia Applicata, Vol. 155 Pags. 205-211.
- Ramírez Villalobos y cols., (1979) "Cesárea histerectomía", Revista de ginecología y Obstetricia de México, Vol. 48(268).

- Reyna, M. P., (1982) La familia y conflictos psicológicos: el autoconcepto en madres solteras y casadas, Tesis (licenciatura), UNAM, México, D.F.
- Reyna, H. y cols. (1986) "Histerectomía abdominal extrafasial versus subfasial: Estudio comparativo", Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 54, Pag. 236.
- Roeske, N., (1978) "Quality of life and factors affecting the response to hysterectomy", Journal of Family Practice, Vol. 7(3) Pags. 483-488.
- Rogers, F., (1950) "Emotional factors in Gynecology", American Journal of Gynecology, Vol. 59, Pags. 321-327.
- Rogers, C., (1951) Terapia centrada en el cliente, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Rogers, C., (1961) El proceso de convertirse en persona, Ed. Paidós, México, D.F.
- Rogers, C., (1978) Terapia, personalidad y relaciones interpersonales, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Rogers, C., (1973) Psicología Humanística, personalidad, Ed. Guadalupe, Buenos Aires.
- Rodríguez, M., (1988) Autoestima: Clave del éxito personal, Ed. Manual Moderno, México, D.F.
- Rosenfeld, M., Mitchell, E. (1979), "Treating the emotional aspects of infertility: Counseling services in an infertility clinic", American Journal of Obstetrics and

Gynecologic", Vol. 135(2), Pags. 177-187.

Ryan, M., Dennerstein, L., Pepperell, R., (1989) "Psychological aspects of hysterectomy: A prospective study", British Journal of Psychiatry, Vol. 154, Pags. 516-522.

Salgado, R. M., (1985) Estudio sobre la formación del autoconcepto entre adolescentes de familias integradas y adolescentes de familias donde falta la figura paterna. Tesis (licenciatura) UNAM, México, D.F.

Satir, V., (1986) Relaciones humanas en el núcleo familiar, Ed. Pax-México, México, D.F.

Schindler, B., (1985) "Menopause: Psychological aspects", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 176(6), Pags. 162-170.

Serafino, E., Armstrong, J. (1988) Desarrollo del niño y del adolescente, Ed. Trillas, México, D.F.

Shain, R., Miller, W., Holder, A., Rosenthal, M., (1991) "Impact of tubal sterilization and vasectomy on female marital sexuality: Results of a controlled longitudinal study", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 164(3), 763-771.

Sneath, L., Ridley, B., (1948) "Gynecology psychiatry", British Medical Journal, Vol. 3, Pags. 418-420.

Subramaniam, D. y cols. (1982) "Psychiatric aspects of

- hysterectomy", Indian Journal of Psychiatry, Vol. 24(1), Pags 75-79.
- Tamayo, R., (1982), "Autoconcepto, sexo y estado civil" , Revista de la asociación latinoamericana de psicología social, Vol. 2(2), Pags. 3-16.
- Teitelroit, B., (1980) "Hysterectomy and Religing of the Castration Fantasy" Psychosomatics, Vol. 1(2), Pags. 11-33.
- Turpin, T., (1979) "The link between hysterectomy and Depression", Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 24(2), Pags. 247-254.
- Vázquez Benítez, E., (1991) "Hormomoterapia específica en el climaterio", ponencia presentada en el simposio: "MENOPAUSIA: MANEJO INTEGRAL DE UN PROBLEMA FISIOLÓGICO", correspondiente al ciclo de actualización realizado bajo los auspicios de la Academia Nacional de Medicina y el Centro de Comunicación Médica de Ciba-Geigy.
- Wengraf, F., (1946) "Psychoneurotic symptoms following hysterectomy", American Journal of Obstetrics an Gynecology, Vol. 52, Pags. 645-650.
- Zussman, L., (1981) "Sexual response after hysterectomy, cophorectomy: Recent studies and reconsideration of psychogenesis", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 140(7), Pags. 725-729.



## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

México, D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 199\_\_

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
SERVICIO DE PSICOLOGIA

Por medio de la presente doy consentimiento para que me sean aplicados los cuestionarios pertinentes para esta investigación que se realiza en el Departamento de Psicología, asimismo hago constar que fui informada de los propósitos, uso y la confidencialidad de que serán objeto los resultados.

Sra. \_\_\_\_\_

No. Exp. \_\_\_\_\_

Firma de la Pac. \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_

Montes Urales 800

Lomas de Virreyes

México, D.F.

Código Postal 11000

# ANEXO 1

# HOJA DE ENTREVISTA PRECODIFICADA

## FICRA DE IDENTIFICACION

No. de Registro \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Escolaridad (años) \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_ Clasificación Socioeconómica \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Vive independiente de su familia de origen: Si ( ) No ( )  
Estado civil (iglesia): \_\_\_\_\_ No. de parejas estables \_\_\_\_\_  
Duración de la unión actual: \_\_\_\_\_ No. de partos: \_\_\_\_\_  
No. de Gestas: \_\_\_\_\_ No. de Hijos vivos: \_\_\_\_\_  
No. de Cesáreas: \_\_\_\_\_ No. de abortos: \_\_\_\_\_  
Estado general de salud:  
Antes de la operación Después de la operación  
Bueno ( ) Regular ( ) Mala ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )  
Vida sexual:  
IVSA: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_  
Antes de la operación Después de la operación  
Bueno ( ) Regular ( ) Mala ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )  
Paridad satisfecha: si ( ) No ( )  
Climaterio: \_\_\_\_\_ OTB: \_\_\_\_\_ Histerectomía: \_\_\_\_\_  
Indicios de menopausia: si ( ) No ( )  
Etapa climatórica  
Premenopausia ( ) Menopausia ( ) Posmenopausia ( )  
Fecha de la última menstruación: \_\_\_\_\_  
Fecha en que fue practicada la histerectomía: \_\_\_\_\_  
Ooforectomía: \_\_\_\_\_ Causa: \_\_\_\_\_  
Fecha de la OTB: \_\_\_\_\_ Voluntaria: \_\_\_\_\_  
Informe sobre la irreversibilidad: \_\_\_\_\_

ANEXO 2

# TENNESSEE

## CUESTIONARIO

---

- (1) Completamente falso.
- (2) Casi totalmente falso.
- (3) Parte falso y parte verdadero.
- (4) Casi totalmente verdadero.
- (5) Totalmente verdadero.

1. Gozo de buena salud.
3. Soy una persona atractiva.
5. Me considero una persona muy desarreglada.
19. Soy una persona decente.
21. Soy una persona honrada.
23. Soy una persona mala.
37. Soy una persona alegre.
39. Soy una persona calmada y tranquila.
41. Soy un "don nadie".
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.
57. Pertenezco a una familia feliz.
59. Mis amigos no confían en mí.
73. Soy una persona amigable.
75. Soy muy popular con personas del sexo opuesto.
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.
91. Algunas veces digo falsedades.
93. En ocasiones me enojo.
2. Me agrada siempre estar arreglado y pulcro.
4. Estoy lleno de achaques.
6. Soy una persona enferma.
20. Soy una persona muy religiosa.
22. Soy un fracaso en mi conducta moral.
24. Soy una persona moralmente débil.
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo.
40. Soy una persona detestable.
42. Me estoy volviendo loco.
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.
58. Mi familia no me quiere.
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
74. Soy popular con personas del sexo opuesto.
76. Estoy disgustado con todo el mundo.
78. Es difícil entablar amistad conmigo.
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.
7. No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a).
9. Me agrada mi apariencia física.
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
25. Estoy satisfecho(a) con mi conducta moral.
27. Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios.
29. Debería de asistir más a menudo a la iglesia.
43. Estoy satisfecho de lo que soy.
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.
47. Me desprecio a mí mismo.

61. Estoy satisfecho de mis relaciones familiares.
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.
79. Soy tan sociable como quiero ser.
81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
95. Algunas personas que conozco me caen mal.
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
8. No soy ni muy alto(a) ni muy bajo(a).
10. No me siento tan bien como debiera.
12. Debería de ser más atractivo para con personas del sexo opuesto.
26. Estoy satisfecho con mi vida religiosa.
28. Quisiera ser más digno de confianza.
30. Debería sentir menos.
44. Estoy satisfecho con mi inteligencia.
46. Me gustaría ser una persona distinta.
48. Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.
62. Trato a mis padres tan bien como debiera.
64. Me afecta mucho lo que dice mi familia.
66. Debería amar más a mis familiares.
80. Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.
82. Debería ser más cortés con los demás.
84. Debería llevarme mejor con otras personas.
96. Algunas veces me gusta el chisme.
98. Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.
13. Me cuido bien físicamente.
15. Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.
17. Con frecuencia soy muy torpe.
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.
33. Trato de cambiar cuando se que estoy haciendo algo que no debo.
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
51. Acepto mis faltas sin enojarme.
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien.
67. Trato de ser justo con mis amigos y familiares.
69. Me intereso sinceramente por mi familia.
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás.
87. Me llevo bien con los demás.
89. Me es difícil perdonar.
99. Prefiero ganar en los juegos.
14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.
16. Soy malo para el deporte y los juegos.
18. Duermo mal.
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.
52. Con frecuencia cambio de opinión.
54. Trato de no enfrentar mis problemas.
68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.
70. Rino con mis familiares.

# TENNESSEE

## HOJA DE RESPUESTAS

TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE				ANSWER SHEET	
ITEM NO	PAGES BAND 2	ITEM NO	PAGES BAND 2	ITEM NO	PAGES BAND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
19	1 2 3 4 5	13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5
20	1 2 3 4 5	14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5
21	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5
22	1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5
23	1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5
24	1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5
25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5	13	1 2 3 4 5
26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	14	1 2 3 4 5
27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5
28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5	16	1 2 3 4 5
29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5	17	1 2 3 4 5
30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5	18	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
37	1 2 3 4 5	31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5
38	1 2 3 4 5	32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5
39	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5
40	1 2 3 4 5	34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5
41	1 2 3 4 5	35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5
42	1 2 3 4 5	36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5
43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5	31	1 2 3 4 5
44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5	32	1 2 3 4 5
45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5
46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5	34	1 2 3 4 5
47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5	35	1 2 3 4 5
48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5	36	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
55	1 2 3 4 5	49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5
56	1 2 3 4 5	50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5
58	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5
60	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5
61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5	49	1 2 3 4 5
62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5	50	1 2 3 4 5
63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5
64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5
65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5
66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
73	1 2 3 4 5	67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5
74	1 2 3 4 5	68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5
75	1 2 3 4 5	69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5
76	1 2 3 4 5	70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5
77	1 2 3 4 5	71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5
78	1 2 3 4 5	72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5
79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5	67	1 2 3 4 5
80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5	68	1 2 3 4 5
81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5	69	1 2 3 4 5
82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5	70	1 2 3 4 5
83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5	71	1 2 3 4 5
84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5	72	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
91	1 2 3 4 5	85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5
92	1 2 3 4 5	86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5
93	1 2 3 4 5	87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5
94	1 2 3 4 5	88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5

ANEXO 3B

# TENNESSE

## HOJA DE CALIFICACION

**SCORE SHEET**  
Clinical and Research Form  
Personality Self-Concept Scale

**HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF**

IN TERMS OF	COLUMN A PHYSICAL SELF										COLUMN B MORAL & ETHICAL SELF										COLUMN C PERSONAL SELF										COLUMN D FAMILY SELF										COLUMN E SOCIAL SELF										SELF-CRITICISM	ROW TOTALS			
	P	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
IDENTITY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
WHAT HE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
IS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
SELF-ESTEEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
HOW HE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
SEES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42													
COLUMN TOTALS	Σ (Average of 10 Items)										Σ (Average of 10 Items)										Σ (Average of 10 Items)										Σ (Average of 10 Items)										Σ (Average of 10 Items)											Σ (Average of 4 Items)			

**DISTRIBUTION OF ITEMS**

NUMBER OF \_\_\_\_\_ = 90 / 11 = \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ = 10

TOTALS \_\_\_\_\_ = 100

D = \_\_\_\_\_

**EMOTIONAL SCALES**

DP = \_\_\_\_\_

GM = \_\_\_\_\_

PSY-100 = \_\_\_\_\_

FD = \_\_\_\_\_

H = \_\_\_\_\_

PI = \_\_\_\_\_

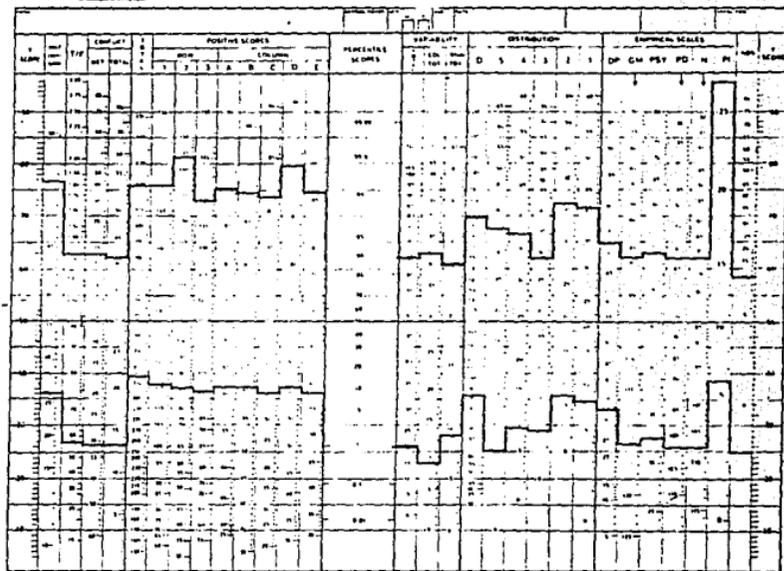
PUBLISHED BY  
COUNCIL ON MEASUREMENT AND TESTS  
800 NEW YORK AVENUE  
NORMALEY, TEXAS 75057

ANEXO 3C

# TENNESSEE

## HOJA DE PERFIL

Tennessee Self Concept Scale



ANEXO 3D