



01981  
1  
201

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTUDIO PSICOLOGICO DE PACIENTES  
SOMETIDAS A INSEMINACION ASISTIDA  
MEDICAMENTE**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGIA (CLINICA)

P R E S E N T A :  
MTRO. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA



MEXICO, D. F.

1995

**FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **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.

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Psicología**

**ESTUDIO PSICOLOGICO DE PACIENTES  
SOMETIDAS A INSEMINACION ASISTIDA  
MEDICAMENTE**

Directora de Tesis : Dra. Isabel Reyes Lagunes  
Miembros del Comité: Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo  
Dr. Rolando Díaz Loving  
Dr. José de Jesús González Nuñez  
Dra. Julia Casamadrid Pérez  
Suplentes: Dra. María Elena Medina Mora  
Dr. Héctor Ayala Velazquez

Investigación de Tesis para obtener el Grado  
de Doctor en Psicología (Clínica), que presenta:

**Mtro. Francisco Antonio Morales Carmona**

**1995**

*Dra. Isabel Reyes Lagunes, Maestra no solo dirigiste la presente tesis sino que me permitiste comprender cabalmente lo que significa ser un verdadero docente, muchas pero muchísimas gracias, quedo en deuda contigo y con la docencia en Psicología.*

*Quiero hacer patente mi agradecimiento al jurado:*

*Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo*

*Dr. Rolando Díaz Loving*

*Dr. José de Jesús González Nuñez*

*Dra. Julia Casamadrid Pérez*

*Dra. María Elena Medina Mora*

*Dr. Héctor Ayala Velazquez*

*Agradezco al Instituto Nacional de Perinatología, en especial a los Departamentos de Psicología, Trabajo Social, Consulta Externa y particularmente a la clínica de Fertilización Asistida, por haber permitido que éste trabajo se pudiera llevar a cabo.*

## **DEDICATORIA**

*Esta es una investigación que habla de la mujer, en la que se trabajó con mujeres y con la intención de entender con mayor claridad aspectos de género y reproducción. Por ello solo puede ser dedicada a*

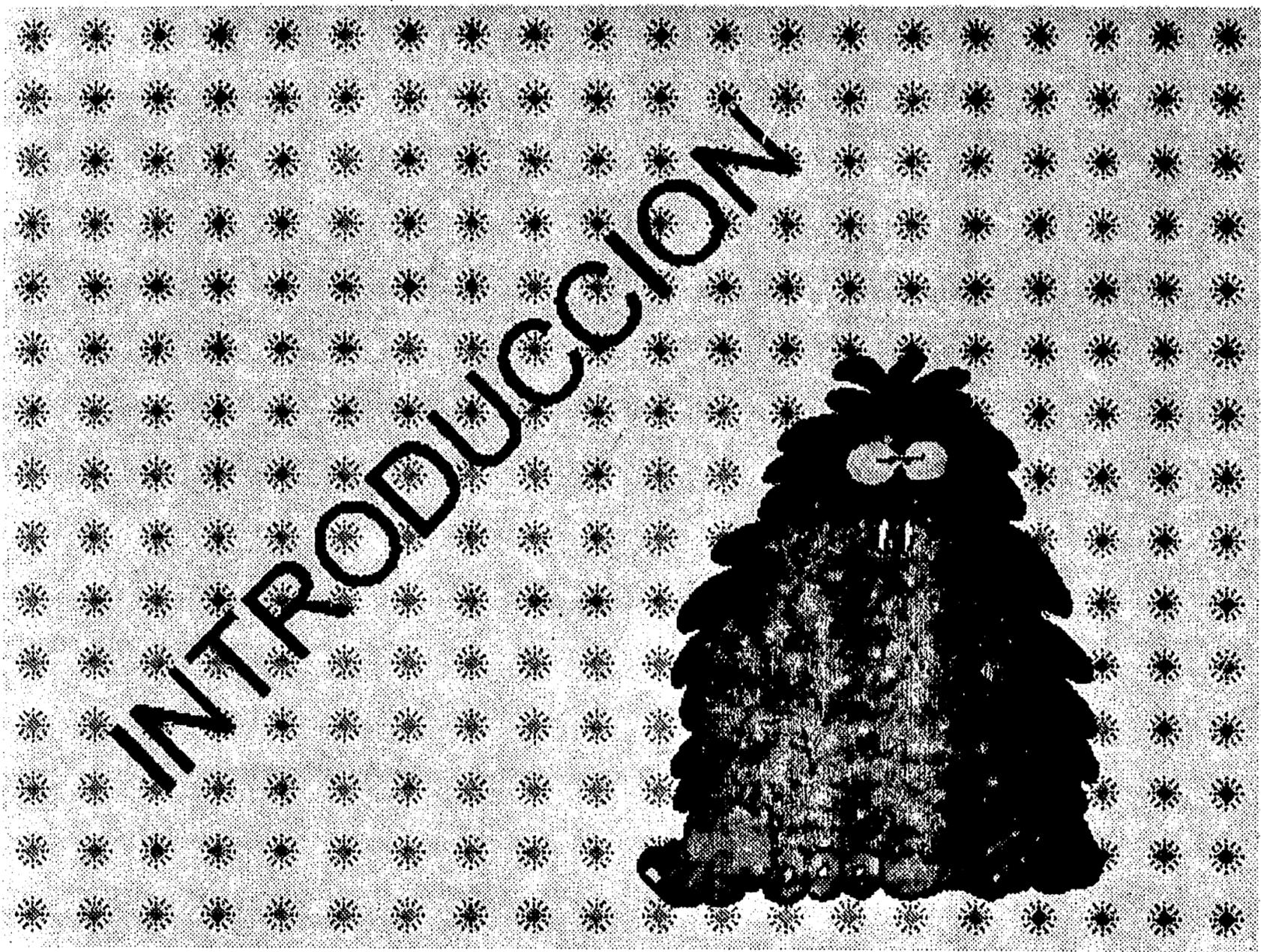
### **LA MUJER**

*en particular a la mujer mexicana, a las pacientes que amablemente accedieron a participar en la investigación y de manera muy especial a MIS MUJERES, las de mi historia, las de mi presente y las de mi futuro, gracias a ellas soy en buena medida lo que ahora muestro. Dentro de ellas quiero resaltar a tres, las MAS MIAS, mi mujer por darme la posibilidad de caminar a su lado sintiéndome amado y mis dos hijas por ser un motivo esencial de mi vida.*

# INDICE

Introducción . . . . .	iii
<b>CAPITULO 1</b>	
<b>MUJER, REPRODUCCION Y FAMILIA . . . . .</b>	<b>1</b>
1.1 La reproducción desde una perspectiva evolucionista . . . . .	1
1.2 Sexo y género . . . . .	3
1.3 Identidad genérica: el caso de la mujer . . . . .	7
1.4 La familia . . . . .	10
<b>CAPITULO 2</b>	
<b>LA MUJER ESTERIL . . . . .</b>	<b>17</b>
2.1 Concepto . . . . .	17
2.2 Fisiología de la reproducción . . . . .	17
2.3 Aspectos biológicos de la esterilidad femenina . . . . .	18
2.4 Emocionalidad de la paciente estéril . . . . .	22
<b>CAPITULO 3</b>	
<b>EL AUTOCONCEPTO COMO CONSTRUCTO RECTOR . . . . .</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO 4</b>	
<b>METODOLOGIA . . . . .</b>	<b>40</b>
Planteamiento del problema . . . . .	40
Hipótesis conceptual . . . . .	40
Variables . . . . .	40
Diseño de investigación . . . . .	42
Muestra . . . . .	43
Escenario . . . . .	43
Instrumentos . . . . .	43
Procedimiento . . . . .	50
<b>CAPITULO 5</b>	
<b>RESULTADOS . . . . .</b>	<b>52</b>
Variables sociodemográficas . . . . .	52
Variables gineco-obstétricas . . . . .	57
Cuestionario general de salud . . . . .	58
Escala de automedición de la depresión . . . . .	61
Inventario de ansiedad rasgo-estado . . . . .	63
Escala de satisfacción marital . . . . .	68
Escala de autoconcepto de Tennessee . . . . .	73
Inventario de personalidad de Minesotta . . . . .	82
Análisis de regresión múltiple . . . . .	92

<b>CAPITULO 6</b>	
DISCUSION . . . . .	106
<b>CAPITULO 7</b>	
SUMARIO Y CONCLUSIONES . . . . .	129
BIBLIOGRAFIA . . . . .	135



# INTRODUCCION

Al trabajar a lo largo de más de una década con pacientes que consultan por eventos de la función reproductiva, comenzaron a surgir una gran cantidad de incógnitas con respecto a las manifestaciones emocionales que presentan. Algunas coinciden con lo expuesto en la literatura, pero otras que no responden tan claramente a los planteamientos propuestos.

En lo particular comencé a trabajar muy de cerca del programa de fertilización asistida medicamente, proyecto novedoso y al que no se había abordado por lo reciente de su implementación.

Desde luego había una idea de con qué nos íbamos a encontrar, pues se trata de parejas con diagnóstico de esterilidad o infertilidad, tanto primaria como secundaria y que en cada caso hay abundante literatura.

Sin embargo, ¿quienes eran las pacientes que accedían a una técnica tan novedosa?, ¿sería válido caracterizarlas de la misma manera?, o bien ¿habría que buscar dentro de lo ya explorado una nueva visión del fenómeno?.

Con éstas y otras ideas en mente sugerimos un proyecto de investigación exploratorio, que indagara las características de éstas pacientes, tomando como base los aspectos que reportes de investigación en el campo y algunos ensayos teóricos en los que se sugería algunos elementos como importantes para ser considerados al abordar el fenómeno de la esterilidad femenina.

En éste camino también se fueron perfilando algunos planteamientos con respecto a la reproducción en general, pues indudablemente es un evento que resulta altamente significativo para el ser humano, no solo en aras de la conservación de la especie sino como significado de su estructura y de su identidad, que como lo expresa el Fromm la trascendencia es una necesidad específicamente humana y tener un hijo es una de las formas de lograrlo. Este hecho nos coloca en una posición privilegiada para comprender las motivaciones en tanto que cada uno de las circunstancias reproductivas, pensamos que es de hecho que provoca una crisis maduracional.

También es importante señalar que al realizarse en una institución de salud, se posibilita la búsqueda de nuevas y diferentes formas de conceptualizar con la finalidad de estar en la capacidad de ofrecer una asistencia congruente con las posibilidades y objetivos tanto de pacientes como de la propia institución.

Por otra parte, en el andar profesional y académico, se me ofreció la oportunidad en el Instituto Nacional de Perinatología de caminar por una senda igual pero diferente al que otros han cursado, esencialmente gracias a la incansable labor del Dr. Samuel Karchmer Kinsky, quien en su capacidad de líder nato fué capaz de promover una área de Psicología de la misma forma que la de los departamentos sustantivos, hecho que debe de ser reconocido ampliamente.

De ello, lo que aparecieron paradójicamente no fueron respuestas sino inquietudes y preguntas en un campo que cada vez que me adentro me siento también cada vez más empequeñecido pues reconozco que la labor apenas ha comenzado y mucho me temo que no habrá ni tiempo y posiblemente ni capacidad para que logre aprehender al menos una porción. No obstante esto mismo ha propiciado que nos aventuremos en ese universo de conocimientos y espero que la presente investigación llegue a ser una pequeña contribución a los estudiosos del hombre y sus motivaciones.

En lo particular, la presente es una investigación que lleva a una propuesta de aclaración de gran cantidad de afirmaciones que se han realizado alrededor de la paciente estéril y trata de dar respuesta a interrogantes no resueltas en la literatura, esencialmente porque se ha tocado de manera parcial y nunca en un intento integrador. También aparecerán algunas confrontaciones con aspectos teóricos que se han sustentado, pero que no corresponden, desde nuestro punto de vista, con las observaciones clínicas que realizamos cotidianamente.

Un elemento central del presente trabajo consiste en realizar trabajo teórico con el constructo teórico de Autoconcepto, mismo que no es muy sistemático en la literatura, pero que nos ha parecido que permite establecer un puente teórico muy importante con respecto a la psicología individual y la psicología social, estableciéndose así un recurso muy útil tanto desde una perspectiva de generación de modelos explicativos como de aplicación operativa en el trabajo terapéutico de pacientes, en especial de aquellos que acuden a las instituciones públicas de salud, en las que las tácticas deben de ser orientadas hacia un trabajo breve y focalizado.

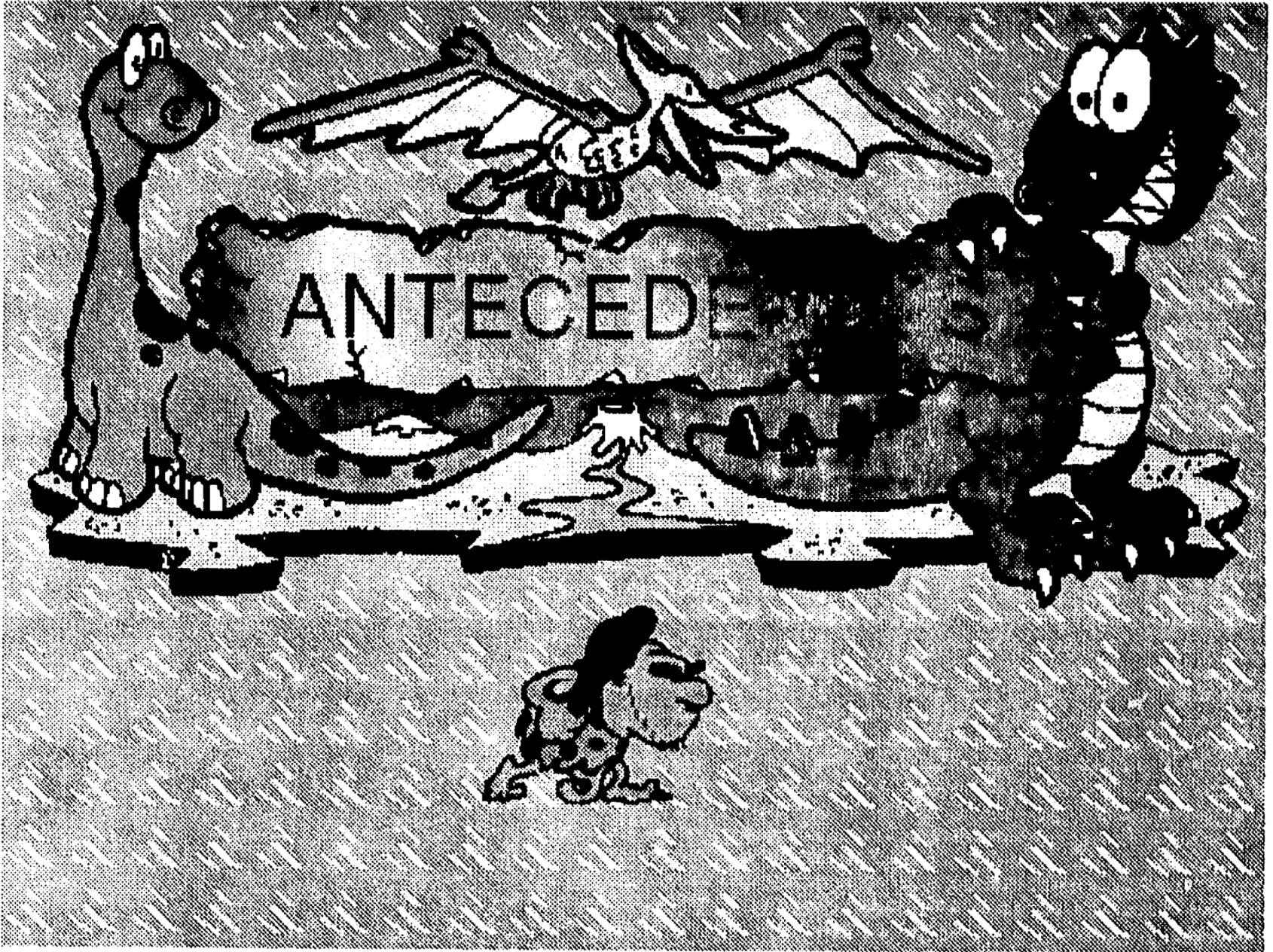
Como todo trabajo de investigación, éste no estuvo exento de colaboraciones por parte de muchas personas que con toda su voluntad hicieron posible que se llegara al término, mi deuda y gratitud para con todos ellos, en especial a los Doctores Vevl Shor Pinsker, Alberto Kably Ambe, Alberto Alvarado Durán y Claudio Serviere, el primero por incentivar me en el campo de la investigación y los demás por facilitarme e interesarse por la labor con las pacientes de la clínica de Fertilización asistida. Es necesario reconocer también que el Departamento de Psicología del INPer colaboró a lo largo de todo el trabajo tanto facilitando la

captura como en el apoyo de aplicación calificación y captura de los datos, así como las discusiones que sobre el tema se realizaron y ayudaron a que pudiese clarificar mis conceptos.

El deseo de todo autor es que no haya omisiones, empero inevitable aunque no propositivamente no se consignan de forma personal a todas aquellas personas que de una u otra forma nos brindaron el apoyo para lograr un trabajo terminado, incluidas por supuesto las pacientes que amablemente accedieron de manera informada a participar en la investigación, a todos ellos que aunque en el presente escrito son mencionadas de manera anónima, todo mi reconocimiento y respeto, muchas pero muchas gracias.

Francisco Morales Carmona

Primavera de 1995.



# CAPITULO 1

## Mujer, Reproducción y Familia

### 1.1 La Reproducción desde una Perspectiva Evolucionista.

La vida es un fenómeno sutil, que surge de una variedad muy particular de combinaciones aleatorias y que tomó millones de años para su aparición (hace aproximadamente 4, 500 millones de años) y tal como lo propone Oparin (1977), se origina desde un caldo primigenio en el que las moléculas de proteínas comienzan a enlazarse en cadenas de ácido ribonucleico (ARN) y ácido desoxiribonucleico (ADN); surgiendo inicialmente, de forma muy simple, aunque desde su inicio requiriendo de una manera para reproducirse y multiplicarse. Es así, que desde su origen y gracias al ADN, se va creando nueva vida a partir de las primeras partículas vivientes y en su decurso se van modificando hasta dar lugar a los primeros organismos que por gemación o fisión se reproducen.

En el continuo evolutivo y a consecuencia de pequeñas modificaciones (mutaciones) a la información genética, se va dando lugar a nuevos organismos que mediante su capacidad para adaptarse se conservan o perecen.

Las mutaciones permanecen cuando son formas que mejoran las posibilidades de subsistencia, de tal manera, que el proceso evolutivo es también un proceso de selección natural, tal como lo planteó Darwin (1981) en su clásico libro "*El Origen de las Especies*".

Con el transcurrir del tiempo se pasa de los organismos unicelulares a los pluricelulares, de los invertebrados a los vertebrados, de las algas a los helechos y a los árboles, de los peces a los anfibios a las aves y los mamíferos.

En el campo de la reproducción, también se genera un proceso de modificación en aras de la adaptación, ya que en sus orígenes, habíamos anotado, era por gemación (como las hidras y levaduras) o por fisión (como las amebas, los paramesios y las algas), habiendo también otras formas asexuales de reproducción, la esporulación (como los plasmodios del paludismo o las plantas de reproducción asexual que no requieren de fertilización, como en el caso de las algas verde-azul y las bacterias) y la fragmentación (como las lombrices, planarias, estrellas de mar etc.). Más adelante hace su aparición la reproducción sexual, que plantea un avance en la

medida en que existe una mayor combinación de los caracteres de individuos más aptos y adaptados, tal como lo expresa Maynard (1971), "La ventaja que en compensación, posee el proceso sexual, es que incrementa la gama de variación potencial de la población y por consiguiente su plasticidad evolutiva" (p.187).

Además, la reproducción sexual implica dos procesos, los cuales permiten que dos cepas diferentes muestren características nuevas y diferentes. Tales procesos son: la meiosis, que es la división nuclear en la que se reduce a la mitad el número de cromosomas, transformandose de diploide en haploide; y la fertilización que se encarga de fusionar los gametos haploides con el fin de formar un cigoto diploide. Este último se divide por mitosis para ir formando al nuevo ser (Villemé, 1968).

Si lo analizamos respecto a otras especies que se reproducen por partenogénesis (abejas, avispas), resulta obvia la ganancia, ya que estos últimos dan lugar a organismos con idénticas características al del progenitor. Un paso intermedio es la de aquellas especies que se reproducen de forma alternada, es decir, de forma sexual y asexual, como el caso de los celentéreos (como las hidras), aunque existe preferencia por la forma sexual.

En este momento intermedio también aparece el hermafroditismo en algunas especies, como en el caso de las tenias parásitos, las lombrices y la ostra que primariamente posee un testículo, que posteriormente deriva en ovario.

Además, las especies van estableciendo una mayor protección a su prole conforme se avanza en la escala filogenética, desde su concepción, hecho que les coloca en mejor posición para su supervivencia. Por ejemplo, el erizo de mar expulsa sus células germinales para que sean fecundadas en el agua (fecundación externa), y aunque existen señales químicas que estimulan a otros erizos que estén cercanamente presentes, para que ello ocurra, es evidente que las dificultades se multiplican (Villemé, 1968).

Posteriormente, hace su aparición la reproducción de manera ovípara, en la que se ofrece una mayor posibilidad de subsistencia, pero en la que la prole se halla a expensas de los depredadores durante su gestación, lo que es un alto riesgo para la especie, tal como lo demuestra actualmente la tortuga marina.

Un paso ulterior es el de las especies vivíparas en la que el organismo de la madre sirve como dispositivo protector a lo largo de la gestación, lo que conlleva una mayor garantía de sobrevivencia. Es claro que en este caso (los mamíferos), también garantizan su alimentación inicial gracias a las glándulas secretoras de leche que poseen las hembras. Ello también supone en período variable el nivel de maduración con que las crías nacen.

Es menester señalar, que junto con los cambios evolutivos, se incrementa la complejidad de los organismos y con ello de la especialización celular, siendo el cerebro y sus células, las neuronas, las que mayormente se han especializado, y han proporcionado una mayor adaptación al medio ambiente, pero ha tenido un costo, que es la de ceder otras funciones o aptitudes, como la fuerza física o la agilidad.

Al momento del nacimiento las crías son más susceptibles de ser destruidas o atacadas y por esto necesitan de un largo período de aprendizaje y desarrollo de habilidades, pues su repertorio conductual es estrecho. En el gorila, por ejemplo, se requiere de más o menos 12 años para poder ocupar un lugar en la jerarquía social. El caso del hombre es muy semejante, siendo mayor el tiempo de dependencia, sobretodo en las sociedades más complejas.

La reproducción entonces, se ve matizada por múltiples factores; en principio, es la aptitud física la que posibilita una mayor probabilidad de apareamiento, aptitud que en muchas especies es ponderada por la hembra a través del ritual de cortejo y que fundamentalmente depende de su capacidad física. En el caso de los grandes monos, es la jerarquía social la que establece que el macho tiene mayor posibilidad de apareamiento, estando de nueva cuenta a cargo de la aptitud física.

Pero en el hombre las cosas cambian, pues la jerarquía social está a expensas de otras muchas variables entre las que se cuentan las de tipo psicosocial y económicas, mismas que trascienden la biología. De ahí que no necesariamente los más aptos físicamente sean los que tienen más posibilidades de aparearse; pero eso requiere en sí mismo de un análisis más extenso.

## 1.2 Sexo y Género.

Hasta ahora se ha señalado que con base en la evolución, los elementos relacionados cobran una mayor importancia para los efectos de la reproducción, es decir, desde la ausencia de una necesidad de relación para reproducirse, como en el caso de los organismos unicelulares cuya reproducción es por división celular, a la reproducción sexual en algunos casos sin la mediación de un intercambio relacional, como algunas plantas, los erizos de mar, etc. Posteriormente, la reproducción requiere de apareamiento, la que se determina por la habilidad del cortejo, como en la mosca de la fruta en que el macho procede a aletear vigorosamente y si alcanza una velocidad que evalúa la hembra, entonces podrá aparearse.

Algunos casos de apareamiento monógamo como los lobos, -que como elemento importante a ser señalado es que en éstas especies los caracteres sexuales secundarios no se perfeccionan a menos que sean importantes para el apareamiento (Maynard, 1971)-, y hasta

llegar a los grandes monos en que la respuesta sexual se comienza a diferenciar de la reproducción y que depende más de la necesidad de crear lazos sociales más cálidos y estables o como mediatizador de la conducta agresiva; para finalmente llegar al hombre en el que se establece una clara diferencia entre respuesta sexual y reproducción, sobre todo con el descubrimiento de los métodos contraceptivos seguros.

Expresado de manera distinta, el dimorfismo sexual es un logro evolutivo, que al vincularse con aspectos psicosociales se va transformando en un elemento simbólico que modifica la forma de aproximación y comportamiento (Dueñas, 1991).

Por eso es que también se genera una mayor complejidad debido a factores de orden social y cultural en el que se moldea la forma y objeto de satisfacción, emergiendo dos elementos más, que aunque intrínsecamente ligados son diferentes en su contenido explicativo, es decir, aparece un fenómeno que es la respuesta subjetiva de placer y satisfacción que conocemos como sexualidad, misma que depende de una identidad sexual, que tal como lo señala Katchadourian (1983), "...quizá deba de incluir todo lo que es sexual en una persona: funciones fisiológicas, tipo e intensidad de los comportamientos sexuales, la propia percepción como ser sexual, y la que otros tienen de uno, y todo lo demás que tenga que ver con el hecho de ser hombre o mujer" (p 145).

Por otra parte tenemos el sentido de género que podríamos definir como la manifestación de conductas que identifican a un individuo como perteneciente a uno de los patrones dimórficos y que sustentan su identidad psicosexual como hombre o mujer en una cultura dada y que se establecen por intermediación de la sociedad, la cultura, las costumbres y los rituales, siendo la valoración narcisista la que los distingue de manera específica (Bleichmar, 1989). En otras palabras, la sexualidad en el humano se reglamenta (normatiza) a través de la socialización de ésta, es decir, el desarrollo psicosocial de la sexualidad desencadena la serie de conductas específicas que van a determinar la forma y tipos concretos de comportamientos de apareamiento, incluidas las parafilias.

El género, entonces, es una construcción de amplia complejidad, la cual es una representación del sistema narcisista yo ideal-ideal del yo, que va a involucrar varios elementos intrínsecamente articulados como son: la atribución (lo que el entorno señala que somos, a partir de las diferencias sexuales secundarias), la identidad (que es un esquema ideo-afectivo tanto consciente como inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro) y el papel (comportamientos sociales). Debido a ello es que "Las niñas al identificarse como mujeres, se perciben como similares a sus madres, fundiendo así la experiencia del apego con el proceso de formación de la identidad" (Gilligan, 1985; p 23).

Cabe hacer la distinción entre el núcleo de la identidad de género que es inalterable y la masculinidad/feminidad; el primero proviene de los aspectos de sexualidad que encierra el género y los cuales son planteados por la cultura, con la madre como el agente más importante; por otra parte, lo biológico que es impactado por el contacto interpersonal y la parte psicológica que es auspiciada mediante el proceso de identidad previo a la etapa fálica. Por su parte la masculinidad/feminidad es la expresión del género aceptada por una cultura dada y surge con el nacimiento y no secundario a la envidia del pene (Ayala, 1985), que en el caso de la mujer, se acepta como positivo que tenga conductas de baja estimación social como la dependencia, pasividad y temor, que a su vez son consideradas como la expresión biológica del género (que por cierto son elementos contrastantes con los criterios de salud mental). Tal como lo expresa Bleichmar (1989), "La mujer solo alcanzará el ideal y se sentirá valorizada a través del encuentro sexual con el hombre que le garantice que como mujer -en tanto género- tiene éxito".

Resumiendo, el dimorfismo sexual es un logro evolutivo, pero el sexo se simboliza al entrar en contacto con los elementos psicosociales y por ende, se matiza por la cultura normando el deseo, o dicho de otra manera, la identidad de género es consecuencia del proceso cultural (Dueñas, 1991; Bleichmar, 1989).

Todo ello se establece por intermedio de la adopción de una identidad psicosexual individual que se expresa por medio de lo establecido para un género en lo particular (Katchadourian, 1983). Que por otra parte, ya definida la identidad de género, ésta "... normativiza el deseo sexual" (p 27) y "es irreversible después de los tres años" (p 86) (Bleichmar, 1989; p 23).

Las diferencias genéricas plantean un comportamiento distintivo para hombres y mujeres, en una época y sociedad particular, tal es el caso del patriarcado en el que se ha negado el cuerpo femenino y le ha asignado como fin último la maternidad (Pisanof, 1990).

En este contexto es que la mujer que vive en una sociedad patriarcal ha moldeado su imagen alrededor de su cuerpo, de su Biología, en tanto que ésta es claramente observable, la mujer tiene en la pubertad cambios dramáticos en su cuerpo, menstrúa, se embaraza, pare y llega a la menopausia (Basaglia, 1987), en tanto que el varón se transforma en el exterior. Lo cual hace posible las hipótesis que se han establecido, respecto a que la desproporción entre los sexos fué consecuencia de los períodos de embarazo y crianza (Bebel, 1989).

La mujer se vive como un individuo al servicio de otro (el hombre) y aún su sexualidad, es para el otro y no para sí, está sujeta a su dedicación por y para otros y no para sí, "Todas las fases de su historia pasan por las modificaciones y las

alteraciones de un cuerpo que la ancla solidamente en la naturaleza" (Basaglia, 1987; p 34-35), y por ello es que su identidad se relaciona con la intimidad (Gilligan, 1985). Lo que da como resultado la consigna que se ha establecido (parte real, pero parte ficticia) de que en una mujer "...su diseño somático abriga un 'espacio interior' destinado a dar a luz a la progenie de los hombres elegidos y , con él, un compromiso biológico, psicológico y ético para cuidar de la infancia humana" (Randall, 1979; p 24).

La mujer en la actualidad ha construido un discurso emancipatorio, mismo que no es congruente con la construcción de un "yo" que asuma las responsabilidades y consecuencias de éste, lo cual condiciona una contradicción y por ende, anula un cambio en la práctica misma (Basaglia, 1987).

Su papel genérico gira, entonces, alrededor de su Biología y de ésta manera es poseída y pasiva, dispuesta a servir y complacer. Su cuerpo es usado para los fines reproductivos del varón. En este sentido es que cobra valor e importancia su capacidad de fertilidad, pues se transforma en un medio y no en un fin. O como lo afirma Randall (1979) citando a Erickson "... gran parte de la identidad de una joven ya está definida en su tipo de atractivo y en la selectividad de su búsqueda por el hombre (u hombres) por quien ella desea ser buscada..."(p 24).

De esta manera es que con frecuencia se confunde sexo y género, pues la parte Biológica pareciera estar estrechamente vinculada con su papel social, mismo que adquiere la categoría de "natural", y todo aquello que se aleje (no procrear, no contraer nupcias, no construir una familia) se convierte en "contra natura". Aunque vale la pena aclarar que en la vivencia interna, y desde el punto de vista psicoanalítico, una mujer que ha llegado a una decisión alternativa respecto a su no maternidad habría completado de manera satisfactoria la resolución de su complejo edípico y por consiguiente debemos de clarificar que el "complejo de castración orienta y normativiza el deseo sexual, no el género" (Bleichmar, 1989; p 27), o sea, se está decidiendo sobre la organización de la sexualidad no de la feminidad. Es posible que esto mismo sea un argumento que nos explique el porque la mujer asume como propia la responsabilidad de la incapacidad reproductiva, ya que lo que falla es el medio (su cuerpo) para obtener el fin (el hijo) (Basaglia, 1987).

De tal forma que cumplir con el papel genérico y sentirse adaptada a ese género, lleva implícita la necesidad de ser "madre", hecho que de no cumplirse, le deja fuera de la función social, biológica y psicológica, porque el "eterno femenino" es la mujer como esposa y madre que debe de aspirar a ser nieta, hija, esposa, madre y abuela (Rocha, 1991; Lagarde, 1992). Es tan importante el embarazo, porque es la parte final de identificación con la madre fértil y tiene consecuencias críticas para su sentido de feminidad, identidad sexual y autoestima (Pines, 1990), que como lo expresa

Ramírez (1977), la mujer acepta pasivamente el papel en el que se veda la sexualidad y se premia la procreación. Debido a esto es que se hace necesario para un análisis más completo de los concomitantes psicosociales, la revisión de las formas de reproducción de la sociedad en cuestión pues cada modo de producción posee una ley de población, es decir, la población crece por "fuerzas distintas a la capacidad de fecundación de las mujeres" (Meillassoux, 1982). Obvio es que se trata de elementos de su subjetividad, que por ende tendría que replantear y reparar a través de la reestructuración de la intersubjetividad y hace a su vez necesaria su fortaleza propia para enfrentar las exigencias sociales que al respecto están presentes.

### 1.3 Identidad genérica: El Caso de la Mujer.

La posición de la mujer a lo largo de la Historia ha sido de subordinación respecto del hombre en prácticamente todas las épocas y las culturas; mientras la mujer es identificada con la naturaleza y la reproducción, el hombre se asocia con la cultura y la producción, lo que a su vez distinguiría la matrilinealidad del matriarcado (Dueñas, 1991).

Tan solo por mencionar algunos ejemplos, citaremos que en la época de los mandarines carecía de derechos casi en lo absoluto, en Grecia aunque gozaba de respeto y estima permanecía ajena a la vida pública, en la antigua Roma toda mujer estaba obligada a tener al menos tres hijos y permanecía sujeta a tutela perpetua. En el Derecho Canónico (en el que se basó el derecho romano), señala en el derecho consuetudinario de Normandía hacia el año 1250 "la mujer debe obediencia a su marido en muchas cosas, en la mayoría de las cosas y casi en cada cosa" (Bensadon, 1988; p 42). Por último en el Islam la preeminencia del hombre sobre la mujer no es cuestionada y el establecimiento de la poligamia es un derecho (Corán II, 228: IV, 38).

Probablemente ello sea consecuencia de los cuidados que requiere durante la gestación y el tiempo que le implica la crianza (Bebel, 1989), planteándole una restricción a las actividades donde se use la fuerza física o bien la de alejarse de la prole, en tanto que éstos le necesitan para la supervivencia en un largo período. En otras palabras, el proceso evolutivo logró que se generara un ser con mayores potencialidades pero a costa de un mayor tiempo de dependencia de los padres, particularmente de la progenitora. Que tal como lo señala Grassi (1986), "Solo de la parición y el amamantamiento son capaces las mujeres" (p 44).

Ahora bien, esta especialización natural solo explicaría el acoplamiento con miras a la reproducción, mientras que las mujeres una vez fecundadas, se bastarían económica y socialmente a sí mismas. Nada en la naturaleza explica la división sexual de las

tareas, así como tampoco explica instituciones como la conyugalidad, el matrimonio o la filiación paterna, todas le son inflingidas a las mujeres por imposición, todas son por lo tanto, hechos de cultura que deben de ser explicados y no servir de explicación" (Grassi, 1986; p 44).

Es muy posible que en una época en que la fuerza física y la destreza, amén de no tener períodos de gestación, el varón tuvo que asumir las funciones de protección, proveer alimentos a través de la recolección, la caza y la pesca, y la mujer desempeñar funciones como elaboración de alimentos, confección de ropa y cuidado de la progenie. Conforme fué evolucionando se fué apareando a la función o actividad, un adjetivo que a la fecha se preserva, es decir, el varón es activo, fuerte, intrépido, protector, etc., en tanto que la mujer es pasiva, dependiente, cuidadora, etc. Es muy posible que por tales razones la orientación social del hombre sea posicional mientras que la de la mujer es personal. Para ella lo más importante es la intimidad, las relaciones y el cuidado (Chodorow en Gilligan, 1985).

Es por demás decir, que son diferencias señaladas por la cultura y no por una realidad, pues nos percatamos fácilmente que la mujer en la cotidianidad, desempeña -sobre todo en algunos medios (como el rural y el suburbano)- actividades que requiere de una alta resistencia física. En otras palabras, "existen dos sistemas de opresión: el patriarcado y la sociedad de clases, la esfera de la reproducción y de la producción" (Grassi, 1986; p 53), o como lo expresa Bebel (1989) "La mujer es el primer ser humano víctima de la servidumbre, ha sido esclava aún antes de que hubiera esclavos" (p 21).

Empero, el varón se apropió por sus actividades, de los medios de subsistencia, lo que le confirió poder sobre la mujer, que se vió forzada a asumir una posición de dependencia, de la misma forma que los hijos. Además, conforme fué acumulando sobrantes de la producción se enriqueció y le comenzó a preocupar su trascendencia, que en términos materiales se concreta a la herencia de sus bienes y de ese sentido de inmortalidad (trascendencia), tal hecho ligado a la conciencia de su participación en el proceso reproductivo, posiblemente le orillaron a pretender garantizar que los hijos, efectivamente fueran producto de su relación marital y en consecuencia dió lugar a la familia como entidad social. Lo que nos conduce a suponer que la comunidad doméstica no es un proceso natural (Grassi, 1986) sino como opina Meillasoux (1982) es una "empresa política", en tanto que el poder no radica en el control de los medios de producción sino en el control de los medios de reproducción humana: subsistencia y mujeres (Grassi, 1986).

Ello nos explica el porque la mujer es vista como una carga, en tanto poco productiva, así es que era preferible raptarla o bien comprarla y no criarla. Siendo así que se va conformando su papel social como un ser de baja categoría, o dicho de otra forma, como

un bien más de los que posee el hombre; tal como lo expresa en la actualidad costumbres como la dote o los regalos que se dan a la novia. En esta transacción evidentemente no tenía ingerencia la desposada y si era infiel o no era capaz de proporcionar descendencia, era repudiada y en algunos casos se le podía matar, "el hombre trabaja para la sociedad, la mujer para su marido" (Grassi, 1986; p 22).

Llega a tal extremo la ideología que "el Concilio de Nâcon en el siglo VI discutió respecto a si la mujer tenía o no alma" (Bebel, 1989; p 33).

También es cierto que al paso del tiempo tales hechos se han transformado en una condición "natural", de tal manera que aún ahora es difícil para algunos hombres y mujeres, percatarse de la grave injusticia que se infringe sobre ella, aunque desde un punto de vista de la ética autoritaria, se convierte en culpa el desobedecer (las vertientes dictadas por la sociedad en cuestión, como sería la reproducción), pues la fuerza que el hombre tiene es la de asumir; el otro (la mujer) no es capaz de realizar lo que él si.

El apartado anterior nos muestra que la mujer esta más atada a la Biología, en tanto que su papel y por tanto la identidad que asume se sustenta sobre sus funciones orgánicas, siendo una de las más ponderadas, la maternidad; "relacionandose así en la idolatría con la fecundidad de la tierra, y por ello la función social de la mujer está en el hogar" (Dueñas, 1991; p 61). Estos elementos los vemos reflejados en las ideas del siglo XIX en nuestro país, en que se enfatiza a la maternidad "... no solo como actividad sino como virtud purificadora que debía pautar la vida de la mujer aún en la vejez" (Tufón, 1991; p 150).

En otras palabras, la identidad genérica tal como lo plantea Katchadourian (1983) es un producto de la adscripción social, y de que existe un período crítico en su formación, después del cual la asignación genérica no es reversible sin un considerable daño para el individuo. Siendo dos los componentes de mayor importancia, la autocatalogación y la catalogación que los demás hacen de nosotros.

De tal forma que en este interjuego entre individuo y sociedad, la mujer va adquiriendo una identidad en cuyo núcleo se encuentra el ejercicio de la maternidad y su vida gira alrededor del hombre, ya sea que esté o no presente, es decir, su sentido en la vida se consolida por su relación con el varón, tal como de manera patente lo muestra en un estudio Pérez Angel (1981) y que aún cuando nos puede parecer ajeno por tratarse de una comunidad mestiza de tipo rural, mucho nos sorprenderíamos de la semejanza

con nuestra población urbana, pues aunque hay variantes, éstas no son tan acentuadas si de forma particular buscamos este encuadre, siendo por ello que en éste tercer mundo la mujer se constituye en el grupo más vulnerable (Michel, 1983).

Por ello pensamos que la intersubjetividad que muestra la mujer en nuestro medio, depende de los patrones sociales-culturales-ideológicos que a lo largo del desarrollo de la niña se le introducen en una forma de ser en el mundo, que no puede ser cuestionado sin una severa reprimenda, de la cual están encargados los aparatos ideológicos, como lo señalaría Althousser (1968), en La Familia y La Escuela. Que por otra parte descarta la supuesta época de oro del sexo femenino, y la lleva al lugar de un terreno mítico (Dueñas, 1991) y confirma la apreciación de Castilla del Pino (1989), de que la mujer esta en un proceso de alienación en su adscripción a la familia, pues ésta determina un tipo especial de clase.

Para apoyar la afirmación anterior recurriremos a la literatura griega que por palabras de Ifigenia de Tauride dice:

"La mujer es el más desgraciado de los seres humanos. Si la fortuna acompaña al hombre, vence y conquista la gloria en el campo de batalla;  
si los dioses lo abandonan, cae el primero entre los suyos, y muere con honra;  
pero la felicidad de la mujer es bien menguada;  
está sometida al capricho de otros, con frecuencia al de los extraños,  
y si la desgracia persigue a los suyos,  
el vencedor la arrastra lejos de las ruinas humeantes a través de la sangre  
de sus amados muertos"

(Bebel, 1989; p 33)

o como lo expresa Simone de Beauvoir (1990) "El hombre se eleva sobre el animal al arriesgar la vida, no al darla, por eso la humanidad acuerda superioridad al sexo que mata y no al que engendra" (p 90).

Por lo anterior se hace indispensable tocar el concepto de Familia, mismo que presentaremos en el siguiente subcapítulo por parecernos que está estrechamente ligado al presente trabajo.

## 1.4 La Familia

Hasta ahora hemos argumentado que el proceso evolutivo fué planteando diferentes formas de reproducción que van desde la división celular hasta la reproducción sexual, todo ello como una forma de proporcionar mayor protección y posibilidades de supervivencia a las especies, es decir, como un fenómeno

adaptativo. En el caso de los mamíferos, el producto está protegido por el organismo de la hembra durante la gestación, evitando así la exposición ante los depredadores.

Al nacimiento, en muchas especies el producto nace listo para la supervivencia tras un breve período adaptativo. Conforme se avanza en la escala filogenética, el recién nacido se torna mayormente dependiente debido a que no se encuentra en plenas condiciones de desarrollo, sino que éste se va llevando a cabo a lo largo de períodos más o menos extensos. En otras palabras, inicialmente, es indefenso ante el medio, los depredadores e inclusive, no es capaz de proveerse de los satisfactores más elementales para sobrevivir.

Lo anterior provoca que exista una necesidad mayor de la presencia de la comunidad. En el humano esto es evidente y es muy probable que debido a esto se comenzara a gestar el concepto de familia aún antes de reconocer la consanguinidad.

Es reconocido que debido al proceso evolutivo hay funciones que se desarrollan pero otras se limitan, de esta forma en el hombre aumenta notablemente su capacidad intelectual (que es más lenta de desarrollar) junto con su habilidad visomotora, progreso que está a expensas de la agilidad, la fortaleza física, etc. Es así que el hombre es menos apto para adaptarse solo a las condiciones ambientales.

Esto mismo plantea la necesidad de reglamentar las relaciones sociales, con el fin de conservar la cohesión del grupo. Un fenómeno únicamente humano es el de crear instituciones que rijan la relación entre los sexos (Vallois, 1969), ya que "la fuerza está en el intercambio sexual y para evitar el incesto se da la práctica exogámica" (L. Strauss en Grassi, 186; p 29).

Por otra parte, se establece la cooperación para la búsqueda de alimentos (Vallois, 1969), entre estas condiciones, la mujer por su restricción durante la gestación se convierte en consumidora de lo que el hombre caza, recolecta o pesca y asume funciones domésticas, de cuidado de la progenie, la función reproductiva, confección del vestido, elaboración de alimentos, etc. Lo que muy probablemente haya determinado los roles que prevalecen hasta el momento.

Por consiguiente, es probable que en su origen sólo se pudiera reconocer la asociación entre la madre y los hijos y el padre no estableciera su participación. Es así que surge la hipótesis de un derecho materno en el que las ligas se establecían a través de la mujer, misma que se continúa usando, aunque con modificaciones, como cuando se plantea a la mujer como el pivote que sustenta la estructura de la familia aunque la apreciación sea de patriarcado, adjudicándole responsabilidades tan importantes como la condición de salud-enfermedad del grupo (Aramoni, 1984).

Por otra parte, la sexualidad seguramente se planteó de una forma no muy diferente a otros animales, es decir, el macho más capaz tenía mayores posibilidades de apareamiento, o bien podría ser vigente la hipótesis de Morgan respecto a la familia punalúa que establece la relación "matrimonial" en grupo, dicho de otra forma, una sexualidad un tanto indiscriminada entre ambos sexos (Engels).

Conforme se avanza del salvajismo hacia la barbarie, el grupo humano fué especializándose más en sus labores de supervivencia y con ello surgieron sobrantes de producción, o sea riqueza. Por la división del trabajo, particularmente entre los sexos, el hombre era quien poseía estos bienes; de acuerdo con el derecho materno estos últimos por consiguiente no pasaban a su descendencia y al percatarse de su participación en la reproducción, es que probablemente se de un giro al derecho paterno. Con ello nace el patriarcado, que demanda el conocimiento y aseguramiento de la paternidad, siendo este hecho lo que genera la monogamia como exigencia para la mujer, no así para el varón, aunque todavía entre el 701 y el 1200 DC era válido elegir indistintamente el matronímico o el patronímico para llamar a los hijos (Michel, 1983).

Es quizá por ello que la producción y la reproducción esten tan íntimamente ligados, pues "La importancia del parentesco está en determinar el destino de la descendencia, con la cual se afianza y reproducen relaciones sociales" (Grassi, 1986; p 30), de ahí el peligro de la esterilidad, pues conduce al estancamiento de esas relaciones sociales, es decir, la mujer con el trabajo doméstico repone cotidianamente la fuerza de trabajo, reproduce a la especie y socializa a las nuevas generaciones (Dueñas, 1991).

Tal propuesta es discutida y rectificada por Grassi (1986), quien expresa que no hay base para afirmar el mito del patriarcado, partiendo de que el mito es una explicación o justificación a una realidad presente que sustenta el trato abusivo del varón hacia la mujer.

Estos mitos han sido creados por los hombres para que las mujeres se sometieran a la historia, refugiándose en tabúes sexuales y sociales para justificar ésta actitud, es lo expresado por Bensadon (1988). En realidad la historia nos muestra una gran cantidad de mitos femeninos analizados en la obra de ésta autora, tales son el caso del mito de Eva quien es la mujer que da origen a todos los males, pero que además es complementaria a Adán. Otro de ellos es el de la virginidad que enclaustra y limita a la mujer dentro de la estructura familiar. La mujer sagrada, que por ser inaccesible es más deseada. El mito de la debilidad, donde al ser el hombre su protector también le restringe de sus derechos.

Pero regresando a nuestra revisión, los autores continúan con su planteamiento diciendo que como cada uno poseía sus propios

bienes y la mujer sólo tenía los de tipo doméstico, que son de menor importancia, favorece que el hombre limite a la mujer y la someta, ocupando así una posición de supeditación, misma que se consolida por el hecho que otrora le ofreciera ventajas, es decir, la maternidad y la crianza de los hijos, pues le mantiene alejada de la oportunidad de poseer medios de producción. Así la mujer pasa a ser objeto, con la consecuencia inmediata que es la de carecer de derechos. Algunas costumbres contemporáneas, señaladas más arriba, nos recuerdan esta condición, tal es la dote, en la que la mujer es un "adendum" a un negocio, pero donde ésta es lo menos importante; entre los pobres la mujer es una mercancía por dinero en tanto que entre los ricos es para construir alianzas (Botton, 1984).

Por otra parte, esto también garantiza que los medios de producción no salgan de un mismo grupo que los posee, pues sólo podrá casarse una mujer con un hombre, si la dote corresponde a su nivel socioeconómico.

Estudios antropológicos más recientes (Michel, 1983), proponen una nueva vertiente en la que sugieren que en el Paleolítico (de forma contraria a lo que plantea Lévi-Strauss), el intercambio entre hombres y mujeres entre las tribus no se llevaba a cabo como si fueran objetos, sino que era una forma para mantener la paz, y donde la mujer cobraba una importancia esencial debido a que muy probablemente hubiese una alta tasa de mortalidad infantil; amén de que es quien inventa la alfarería, el hilado, la agricultura y la molienda, convirtiéndose además en la principal transmisora de éstos conocimientos a los hijos. Ello prosiblemente condicionó que las primeras divinidades fuesen femeninas.

En el neolítico medio (entre 6000 y 3000 años AC), aparece el sedentarismo que incrementa la densidad de población y reemplaza a la mujer como agente de producción agrícola, gestándose las primeras ciudades y dando lugar a la guerra y la explotación. Es así que aparecen los primeros dioses masculinos y se crea el gineceo como recurso para mantener aisladas a las mujeres del contacto con otros hombres.

Durante el período feudal (entre el siglo V y el IX DC), un acto que ejemplifica la tónica de éste período es la acción tomada por Carlomagno hacia el siglo VIII, en la que prohibió que religiosas y canónigas instruyeran a los niños en los conventos. Lo que dió por resultado que alrededor del siglo XI, la iglesia eliminara a las mujeres de cargos en ésta.

En el mismo período la inquisición y la nueva legislación familiar, establecieron que la mujer era una incapacitada jurídicamente. "Los hechiceros eran acusados de atacar la potencia sexual de los hombres y el poder reproductor de las mujeres, con una pretensión de exterminar la fé. Según Jean Domisan (en Michel, 1983, p 39) debido a que los teólogos habían limitado a las mujeres a su función reproductora, hicieron del aborto un crimen".

En los siglos XVII y XVIII, la mujer es rechazada de algunos gremios laborales como las de elaboración de velas y cervezas, conservando solamente el de la industria textil.

En el siglo XIX, comienza a cuestionarse el papel de la mujer y pensadores como Marx, Engels y Bebel señalan que la emancipación de la mujer será una consecuencia de la emancipación del proletariado.

En 1920 Nelly Rousell feminista francesa solicita la separación de la procreación y la sexualidad y la respuesta es paradójica al incrementarse el castigo hacia el aborto, políticas que tienen eco en Alemania, Italia y Bélgica.

En Rusia, los stalinistas pensaban que la lucha del proletariado debía realizarse con apoyo en los papeles tradicionales, por lo que promueven que las mujeres tengan una prole grande, hecho que contradijo a sus propios ideólogos.

Después de la segunda guerra mundial, las cosas no cambiaron mucho y tal como lo expresa Michel (1983), "La sociedad no existe para desarrollar la potencialidad de las mujeres, sino que éstas existen para las necesidades de producción y reproducción de la sociedad. Se les utiliza en tiempos de guerra en la producción y el ejército, pero se las envía a casa cuando ya no se tiene necesidad de ellas" (p 118).

De tal forma es que el hombre vuelve a modificar las leyes de la naturaleza, pues como podemos observar, ahora no es el más apto biológicamente el que se puede reproducir, sino el que tenga determinadas características socio-económicas y culturales, hecho que contradice a la selección natural.

La Familia, paulatinamente va constituyendo la base del sistema social y de su producción hasta que se vuelve a dicotomizar con el sistema capitalista, en que se separan los aspectos públicos (político-económicos) de los privados (familia).

La mujer queda así, sumida en una mayor dependencia y como respuesta se observa el conflicto entre los tiempos dedicados a la producción económicamente activa y los de la familia, con un pobre entendimiento por su parte, que se va modificando cuando se incorpora a los medios de producción, y que como lo señala Basaglia (1987), "... la verdadera liberación de la mujer podrá existir solo en un mundo liberado de la opresión y la explotación como regla de vida" (p 13), pues los papeles vuelven "natural" la subordinación.

Así tenemos, que en diferentes culturas la importancia que cada uno de los sexos ha tenido son muy distintos, por ejemplo en China, según Botton (1986), aunque durante el período de la dinastía Shang y Zhou occidental fué matrilineal, la autoridad paterna era absoluta, porque según la ética confusiana, la mujer

debía de seguir la ley de las "tres obediencias": obediencia al padre, al esposo y al hijo mayor. De tal suerte que por ello podemos comprender mejor algunas manifestaciones como el poema Shijing:

"Los niños tendrán camas y cetros como juguetes  
gatearán sobre cuero rojo, llorarán con alaridos, y  
envueltos en ropas bordadas serán los soberanos.  
Las niñas dormirán en el suelo y jugarán con  
guijarros, vestirán ropas simples y se portarán con  
recato, cocinarán, prepararán bebidas y hablarán en  
voz baja, cultivando así la paz de la familia"

(Botton, 1984; p 86)

Los conceptos de hombre y mujer se van acuñando en función de sus actos y sus actividades dentro del seno familiar, siendo éstas categorías psicosociales las que de forma imperceptible conforman la ideología. Así, el hombre es vinculado con actividad, provisión, fortaleza, etc., mientras que la mujer, que efectúa otras funciones y actividades, particularmente domésticas y de reproducción, fácilmente se le relaciona y conceptualiza por ende, como dependiente, frágil, pasiva, receptiva, cuidadora, tierna, etc.

Estos conceptos se yerguen sobre una posición social dentro del modelo del sistema y se van asumiendo como una característica "natural". Además ha servido para considerar al hombre y a la mujer como "complementarios", de la misma forma que sus actitudes, pero este hecho los ubica en desigualdad, y la acción femenina entonces pierde valor, aún y cuando su participación tenga claras repercusiones sobre la economía familiar (recolección de alimentos, preparación de los mismos, cuidado de los hijos, confección de ropa, etc.), o bien su ingreso económico se aprecia como ingreso de apoyo y no sustantivo, a menos que se genere una inversión de roles, con lo cual se complica aún más la situación de percepción de las jerarquías sociales, de la dinámica familiar y de la pareja, pues se sobrepone un modelo que es contradictorio con la ideología dominante.

Sin embargo, ha habido una serie de cambios en la conformación y sentido que tiene la familia y la maternidad, particularmente en México, pues como veremos en diferentes épocas la actitud ha sido distinta.

En la vida precolombina, la mujer azteca dependiendo de su clase social era destinada a diferentes funciones, así tenemos que las Macehualtin, mujeres de la clase dominada "... aseguraban el mantenimiento y reproducción de las fuerzas de trabajo de la sociedad mexicana" (Tuñón, 1991; p 6). Por otra parte las Cihuapilli

o mujeres de la clase dominante, "... destinadas fundamentalmente al cumplimiento de la función procreativa, sin que por ello descuidaran las labores domésticas y las labores textiles necesarias para el consumo familiar" (Tuñón, 1991; p 6). De tal manera que la educación impartida por la madre, consistía en dominar y reprimir cualquier impulso de independencia y autonomía, estableciendo que tenían una función complementaria y que no bastaba resignarse sino que debía ser visto como algo natural (Ibid).

No obstante durante la colonia, algunas cosas se modifican, pues las mujeres españolas no admitían tener muchos hijos, hecho que provoca que recaiga sobre el indio la responsabilidad de reproducir la fuerza de trabajo. Para tal efecto se les exigía matrimonio y la obligación bíblica de procrear (Tostado, 1991).

Para principios de éste siglo (1922), en Yucatán se conforma un grupo de mujeres con ideas que hoy concebiríamos como feministas, que cuestionan lo doméstico como el único espacio de interacción de la mujer, movimiento que no provocó cambios en la situación de la mujer (Rocha, 1991).

Este panorama no parece muy alentador, pero es en la historia social en la que podemos encontrar los elementos de clarificación de procesos aparentemente tan ajenos por estar inmersos en el mundo interno individual, lo que nos ha conducido a realizar un intento de integración que nos proporcione un marco conceptual para la atención de pacientes mujeres que atraviesan por una circunstancia reproductiva.

Por último, resulta evidente entonces, que el modelo familiar, va a comprometer la subjetividad de cada uno de los sexos y va a preservar ésta división transmitiendo de forma ideológica cada uno de los modelos de hombre o mujer que han sido aceptados por la sociedad en una época determinada y una cultura específica, siendo quizás ésta última la que de una forma muy importante determina la actitud y comportamiento de los individuos.

# **CAPITULO 2**

## ***La Mujer Estéril***

### **2.1-Concepto.**

Etimológicamente la palabra esterilidad, se deriva del latín *sterilis*, que indica que no da fruto o no produce nada. En la antigüedad era un concepto ligado a la producción agrícola y más tarde es que se asocia a la imposibilidad de embarazo. Además por tratarse de un fenómeno que ocurre en la mujer, y por ser la que se embaraza, es que se le atribuye a ella, siendo hasta muy recientemente (mediados de este siglo) en que se comienza a establecer una revisión más sistemática de la esterilidad por factor masculino.

Para abordar este tema se iniciará con un reconocimiento de la fisiología de la reproducción y posteriormente de las causas reconocidas de esterilidad, particularmente de la causada por factor femenino, por ser la población que se estudia en la presente investigación.

Posteriormente se tocarán los aspectos psicosociales vinculados a este fenómeno.

### **2.2. Fisiología de la Reproducción**

Antes de pasar a entender las dificultades reproductivas en la mujer que cursa con esterilidad, desde un punto de vista biológico, quizá sea útil entender la fisiología de la reproducción, en tanto que como veremos ésta requiere de un funcionamiento preciso para concluir en un embarazo y que éste llegue a término.

Comenzaremos por la parte masculina, que requiere de un funcionamiento que provea de suficientes espermatozoides (aproximadamente 20'000,000 como mínimo) tanto en cantidad, como en calidad (Benson, 1986).

Una vez que se produce el coito, el semen es depositado al fondo de la vagina, la que debe de estar en condiciones favorables, al igual que el cuello; estas condiciones se refieren a un moco adecuado, que se da cuando hay predominio estrogénico en el ciclo menstrual y que es aproximadamente en la parte media de éste. De aquí los espermatozoides llegan al oviducto en el que pueden sobrevivir hasta 48 horas.

Por otra parte, una vez que se ha desarrollado un ovocito, éste es capturado por la fimbria y transportado por los cilios de la trompa, a través de la ampolla hacia el istmo, donde se encontrará con el espermatozoide dando inicio la fertilización una vez que se ha llevado a cabo la activación del espermatozoide.

En caso de lograrse la fertilización, el ovocito bloquea la poliespermia mediante modificaciones a su membrana y se da lugar a la singamia que genera un cigoto y un embrión posteriormente (dos células). Este permanece en el oviducto aproximadamente tres y medio días, después de lo cual pasa al útero a través del istmo con la ayuda de los cilios.

En este período cada una de las dos células se segmenta, sin que haya una modificación a su tamaño, pasando entonces a ser una mórula que tiene de 8 a 32 células. Así aparece la cavidad blastocélica (la cual está llena de líquido) y es así como alcanza la luz uterina. La mórula establece ya una diferencia entre sus células: a) La capa externa o trofoblasto, que va a dar lugar a la placenta y membranas fetales, y b). La masa celular interna que se transformará en el feto. A este conjunto se le conoce como "concepto".

Es en la fase tardía de la mórula cuando ocurre el transporte del oviducto al útero. En caso de realizarse prematuramente la transportación, la mórula entrará al útero en un medio hostil que detendrá su desarrollo. Si por el contrario, no hay transporte, surgirá un embarazo tubario.

Si todo ocurre a tiempo, iniciará la implantación en el momento en que el blastocito entre en contacto con el endometrio.

Es evidente, entonces, que debe de existir sincronía entre la edad del embrión y la etapa de desarrollo endometrial a fin de que la implantación tenga éxito.

Como se puede apreciar, se hace indispensable que el funcionamiento de la pareja, a nivel biológico, sea muy preciso para que se conjunten las condiciones necesarias para la reproducción; obviamente sus alteraciones o modificaciones son motivo de fracaso en la concepción, tema que será tratado en el siguiente apartado.

## 2.3 Aspectos Biológicos de la Esterilidad Femenina

Esterilidad se define como la incapacidad temporal o definitiva de la pareja para concebir después de un tiempo determinado ( 1 a 2 años) de relaciones sexuales sin control voluntario (Normas INPer, 1992). La cual puede ser primaria cuando la pareja no ha logrado embarazarse, o bien secundaria cuando existe el antecedente de uno o varios embarazos y después del

último transcurre más de un año de exposición sin concebir (Normas INPer, 1992).

En Estados Unidos (Benson, 1986) dice que la prevalencia de este diagnóstico es del 1 al 2% y los factores causales se distinguen de la siguiente forma: factor masculino 30%, femenino 40% y 30% mixto. Que en términos de personas afectadas corresponde a 10 millones entre los 15 y los 44 años, o sea 8.5% de las parejas (Weir, 1961; Eck, 1980; Hirsch, 1987; Soules, 1988; Mazure, 1989), y que solo el 33% de las parejas recibe tratamiento y 16% orientación, quedando un 51% sin ser atendidos por esta razón (Schroeder, 1988). López (1991), publica que en Guatemala es del 10% al 15%. Por último, en México (Vega, 1992), se señala entre un 10% y un 15% de las parejas, donde el 50% es por factor femenino, 30% por factor masculino, 10% mixto y 10% inexplicable.

Es pertinente aclarar, que el diagnóstico de esterilidad inexplicable ha sido muy cuestionado y plantea diferentes posiciones de los autores, que van desde sugerir que tiene elementos psicológicos importantes (Edelmann, 1986), como alto grado de neuroticidad (Mazure y Greenfeld, 1989) y asociado con disfunciones de tipo sexual (Mazure, 1989), hasta quien cuestiona los trabajos de investigación en ésta línea por carecer a su juicio de una metodología pertinente, por lo que reduce el porcentaje de la esterilidad por causas emocionales a un 5% (Moghissi, 1983). Lo que de cualquier forma nos sugiere que indudablemente los aspectos emocionales deben de ser abordados para la comprensión del fenómeno de la esterilidad por tratarse de una variable con alto nivel de asociación.

La capacidad reproductiva depende de la edad, siendo de los 24 a los 30 años en la mujer y de los 24 a los 25 años en el hombre las edades de máxima capacidad de fecundación. También interviene la frecuencia de coitos, de 4 a 5 por semana es el mejor promedio y por último la duración de actividad sexual sin anticoncepción.

Los propósitos para valorar a una pareja se encuentran en:

- a) Determinar la causa.
- b) Establecer un pronóstico, el cual tiene una repercusión emocional.
- c) Establecer un tratamiento.

Benson (1986) sugiere una clasificación funcional de las causas de esterilidad, que son consecuentes con la fisiología de la reproducción, expuesta más arriba.

En primer lugar el tiempo, que establece la programación y sincronización del coito, así como su frecuencia. Después estará el semen, en relación a la cantidad y calidad de los espermatozoides así como algunos otros componentes del eyaculado, mismo que en opinión de algunos autores (AMECAR, 1980), puede ser modificado por

altos grados de estrés (Harrison, 1987), disfuncionalidad sexual, edad, diabetes y frecuencia coital.

Posteriormente el huevo, va a depender del crecimiento y desarrollo de óvulos viables, de la ovulación, la implantación y de la funcionalidad del cuerpo lúteo.

El siguiente factor es el transporte, que puede tener fallas masculinas, del coito o femeninas (deficientes en el transporte cervical, en el transporte uterino o en el tubario). Siendo otro factor el conocido como de "incubadora" que esta a expensas de una disfunción endometrial y por último otros problemas que con mayor frecuencia son de tipo endócrino como la diabetes mellitus o bien enfermedades generales.

Esta forma de caracterizar las causas, resulta de utilidad en la medida en que va siguiendo la secuencia de la concepción y sus alteraciones que en cada momento proveerán de una incapacidad específica.

De cualquier forma quizá valga la pena establecer dentro de una clasificación convencional las causas de esterilidad, tal como se presentan a continuación (Botella, 1971):

**FACTOR VAGINO-CERVICO-ESPERMATICO.** Este es uno de los factores de esterilidad que abarca el 10% de las causas y donde intervienen los tres componentes indispensables para la fecundación: vagina-cervix y esperma In vivo. Que en un estudio de los 60's (Murphy, 1965), determinó que el 40% de su muestra (3620 hombres), padecían de azoospermia, astenospermia o mixto. En los programas de fertilización asistida, se registra alrededor de un 10% a 15% por factor masculino (Hirsch, 1986), siendo los criterios para considerar anormal el semen, cuando la densidad es menor a  $20 \times 10^6$  por ml., una motilidad menor al 60%, más del 40% de anomalías y progresión menor a 2.

**FACTOR UTERINO.** Que comprende la morfología uterina y el nido endometrial.

**FACTOR TUBO PERITONEAL.** Que fundamentalmente aduce a la permeabilidad tubaria, a las discinecias tubáricas (disdinamias) y a las desutaciones o desplazamientos de las trompas, cuya prevalencia la establece Carballar (1994) entre el 20% y el 35%.

**FACTOR ENDOCRINO-OVARICO.** Ocupa el 2° lugar dentro de las causas generales de esterilidad, presentándose cuando se altera el mecanismo del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y consiguientemente el órgano efector que es el endometrio.

Como habrá podido apreciarse la esterilidad es producto de alguna modificación funcional a la secuencia de la reproducción.

A la fecha existen múltiples posibilidades diagnósticas y de tratamiento, dentro de estos últimos están los procedimientos de Fertilización Asistida Medicamento ("FAM"), siendo los que nos interesan la transferencia intratubaria de gametos (GIFT por sus siglas en inglés) y la fertilización In vitro y transferencia de embriones (FIVTE) por ser las pacientes que se incluyeron en el presente trabajo.

En seguida se describirán brevemente dichos procedimientos.

GIFT: Se indica cuando existe endometriosis leve, etapas I y II con trompas permeables y consiste en provocar mediante medicamentos una hiperovulación, misma que es seguida por medio de ultrasonido para determinar la madurez de los mismos. Posteriormente, mediante la técnica de laparoscopia, se succionan los ovocitos maduros. Por otra parte, se obtiene un eyaculado del esposo por masturbación, mismo que se capacita mediante técnicas de laboratorio (Guastella, 1986; López, 1991), estableciendo un éxito en el estudio de Guastella (op. cit) del 32%.

A continuación, los gametos se ponen en contacto y se introducen por la misma laparoscopia al tercio externo de la trompa de Falopio, concluyendo así el procedimiento y en espera de la determinación de embarazo o no.

FIVTE: Es indicado cuando las trompas de Falopio no son funcionales. En este caso el procedimiento inicial es el mismo, es decir, se provoca mediante medicamentos una hiperovulación, se sigue por medio de ultrasonido y cuando se determina que existen óvulos maduros que se extraen por medio de laparoscopia. Así mismo se obtiene un eyaculado por medio de masturbación y se capacita por los mismos métodos de laboratorio.

Ambos gametos se ponen en contacto y se espera a que haya fecundación y se formen algunos embriones, que posteriormente se van a depositar en la cavidad uterina a través del tracto vaginal, esperándose que se logre la implantación.

Como se puede apreciar, ambas técnicas implican varias complicaciones y la necesidad de que la pareja esté a la expectativa del resultado del procedimiento.

Algunas de estas complicaciones es la presencia del síndrome de hiperestimulación ovárica, empero, Herrera (1992) dice no haberlo encontrado en una muestra de 50 pacientes y un mayor grado de éxito en los dos primeros ciclos, lo que le lleva a sugerir que solo se programe cuatro ocasiones.

Hasta aquí hemos expuesto los aspectos biológicos, tocando ahora el turno a lo revisado en nuestra especialidad, considerando que los factores emocionales están asociados a la condición que presenta la paciente. Para tal efecto se presentará una síntesis,

tanto de investigación como de lo expresado por los autores en el trabajo clínico con pacientes que tienen problemas de esterilidad.

## 2.4 Emocionalidad de la paciente estéril.

Para iniciar ésta sección, nos gustaría recordar la escena final de la obra de teatro de García Lorca (1992) "Yerma", que en su último parlamento dice:

"Marchita. Marchita, pero segura. Ahora si que lo se de cierto.  
Y sola. Voy a descansar sin despertarme sobresaltada,  
para ver si la sangre me anuncia otra sangre nueva.  
Con el cuerpo seco para siempre.  
¿Qué queréis saber? No os acerqueis, porque he matado a mi hijo,  
¡yo misma he matado a mi hijo!

La esterilidad en la mujer cobra una importancia fundamental en relación a su vivencia afectiva, en tanto que se interrelaciona con todas sus áreas, por ser la reproducción la piedra de toque de la identidad femenina, en virtud de que su papel genérico así lo ha postulado a lo largo de los siglos. De ésta manera, los investigadores han sugerido que su impacto está alrededor de seis vertientes esenciales: ansiedad, depresión, impacto sobre el autoconcepto, vida de pareja, sexualidad y carácter, este último como factor incluso etiológico. Algunos un tanto más radicales (Schlosser, 1992), llegan a cuestionar la masculinidad y/o femineidad, aunque desde luego no tengan una referencia metodológica que les sustente.

La observación clínica y las investigaciones que se han realizado con pacientes estériles, encuentran suficientes elementos para hablar de ansiedad o estrés desde hace varias décadas, aunque algunos autores solo lo reportan desde el punto de vista clínico (Ford, 1953; Eck, 1980; Mahlstedt, 1985; Edelmann, 1986; Mazure, 1989), ya que no encuentran una significancia con los instrumentos que emplean (Freeman, 1985; Given, 1985; Daniluk, 1988; Mazure, 1989), proporcionando diferentes explicaciones cuando la abordan.

En primer lugar se ha llegado a plantear que la frustración que provoca la imposibilidad de embarazo establece una condición de angustia en la medida en que la pulsión que trata de satisfacerse no es constatada por la realidad, lo que impide obtener la satisfacción a la demanda; sobre todo que en la actualidad se posterga la maternidad o bien se aplaza un segundo embarazo, y cuando se intenta y fracasa, fisiológicamente ya es tarde, impactando la relación sexual y siendo un golpe al narcisismo y la autorrepresentación (Pines, 1990).

Santiago Ramírez (1962) planteaba que las motivaciones que condicionan la esterilidad secundaria, "... son similares a los que

impulsaron al uso prolongado de anticonceptivos después de un primer hijo", aunque debemos de ser cuidadosos con tal planteamiento, en particular por tratarse de un escrito previo al uso más generalizado de contraceptivos y por ende de una moral social distinta.

Quizá habría que agregar que la ansiedad comienza a complicarse cuando se suman elementos que parten del ideal del yo y de la demanda social que le impone un papel específico que "debe" de cumplir con los requerimientos que la sociedad establece, o como Daniluk (1988) expresa, tanto hombres como mujeres siguen teniendo como meta la maternidad/paternidad.

Actualmente la mujer ha comenzado a variar su forma de satisfacción y la posición que guarda dentro del contexto cultural, pero desde luego, no ha abandonado residuos como es el caso de la maternidad, a la que le atribuye componentes de autogratisfación muy importantes.

En casi todas las culturas y en casi todas las épocas, la mujer incapaz de procrear ha sido rechazada, atacada, repudiada y segregada, baste decir que es suficiente motivo para divorciarse o incluso abandonarle a sus propios recursos. Por ejemplo, Bensadon (1988) al hacer referencia del Código Hamurabi dice que: "La esposa sin hijos podía ser repudiada, por medio de la restitución de la dote y más una indemnización satisfactoria. Si la mujer era estéril y no quería ser repudiada podía procurar a su marido una esclava para que procreara hijos" (p 29). De igual manera en el antiguo testamento, se establece que "... el matrimonio tiene una triple finalidad: asegurar la paternidad a través de la procreación, evitar la soledad (pues no conviene estar solo) y permitir la dicha de la pareja" (Ibid; p 31). En otras culturas, como los chinos, "El divorcio era iniciativa del hombre y podía esgrimir varias razones: desobediencia hacia los suegros, esterilidad, adulterio, celos, enfermedad incurable, habladería y robo" (Botton, 1984; p 131; *italicas nuestras*).

Que de forma dramática, ésta incapacidad termina en lo que expresa Meillassoux (en Grassi 1986) "... desposeída, de derecho, de sus hijos, las relaciones que mantiene con ellos no tienen un carácter compulsivo como los que ligan a éstos con el padre. Abandonada por ellos, carece de recursos ... Estéril, adquiere sobre su antiguo aspecto los rasgos de una hechicera. Muerta, sus funerales pasan inadvertidos, salvo excepciones, sin acceder al rango de ancestro" (p 48).

Entre los aztecas se opinaba que tenían "echado a perder el vientre", al igual que las alegradoras, es decir, se establecía una conexión entre la imposibilidad y la culpa por acciones reprobables, por lo que "... la mujer era respetada más que como compañera del hombre, como madre de sus hijos" (Krickeberg, 1982; p 73). En ésta etnia se mantenían preocupados por la densidad de

población, probablemente por tratarse de un pueblo guerrero en continuas luchas y por el importante índice de muerte materna. El amor filial y la procreación eran exaltados, con el consiguiente "... repudio a las mujeres estériles y la prohibición del aborto, que era castigado con la pena de muerte" (Tuñón, 1991; p 74).

Es así que en sus representaciones del Códice Borgia, según Río (1973), "se encuentran dos imágenes de la luna en forma de útero, una con un conejo o 'embrión' y otra con un cuchillo de pedernal dentro; la primera como símbolo de la madre que sustenta y da vida al hijo y la segunda, la madre que abandona, mata y por ello convierte al embrión en algo pétreo y duro, instrumento de muerte, el cuchillo de sacrificio símbolo de la esterilidad o pecho seco" (p 106; *Itálicas nuestras*).

En la actualidad no ha cambiado mucho la opinión y cuando una mujer no tiene descendencia no tiene credibilidad incluso no le es otorgado crédito económico en algunas comunidades rurales, como lo señala Gojman (1978), por no tener quien responda por ella (el hijo).

Es tan arraigado ponderar a la mujer en función de su capacidad procreativa, que es común observar una actitud poco solidaria por parte de otras mujeres, ante el abandono, el maltrato o la infidelidad del esposo, que se considera "normal" o al menos justificado, pues la capacidad reproductora determina la dependencia de la comunidad hacia ella (Grassi, 1986), o como lo establece Jauregui (1983), "... la cultura actuando como sierva a las órdenes de la naturaleza" (p 231) . Es más, la propia mujer pareciera consentir con éstas ideas, corroboradas por las fantasías en los procesos psicoterapéuticos, al expresar que el esposo tiene "derecho a rehacer su vida", "tener una pareja que si le de hijos", etc.

Es así que al asumir la responsabilidad de la esterilidad, la mujer persiga cualquier remedio para poner fin a su padecimiento, de tal manera que se somete tanto a procedimientos médicos, muchos de ellos incómodos y dolorosos, como a alternativas mágicas ("sobadas, temascall, pociones, tés, etc.), sin ninguna escatimación de recursos, sean emocionales o económicos.

Como lo dice García Lorca (1992) en boca de Yerma "Yo me entregué a mi marido por él, y me sigo entregando para ver si llega (el hijo), pero nunca por divertirme" (p 56) "... las mujeres no tenemos mas que ésta de la cría y el cuidado de la cría" (p 78).

Es importante considerar que entonces es la mujer quien se considera poseedora de la responsabilidad de la procreación y por ende, es posible que las interpretaciones psicoanalíticas también se encuentren inmersas en esta concepción ideológica, pues encontramos en la literatura afirmaciones como "La madre de la

mujer estéril fué una mujer que por diversas circunstancias la rechazó, le dió poco afecto o condicionó en la niña situaciones emocionales poco propicias para la identificación maternal" (Ramírez, 1962; p 19) o como lo argumenta Pines (1990), "El fracaso para concebir podría tener sus raíces en una relación temprana insatisfactoria con la madre". Con lo cual no hay alternativa posible, no solo la mujer es incapaz de procrear, sino que ella misma impone la imposibilidad a otra mujer, con lo cual se vuelve a cerrar el círculo del "eterno femenino", del que ya hemos hablado.

En concordancia con ésto, es posible que la ansiedad se vea matizada e incrementada en la medida en que la maternidad se convierta en un conflicto que involucra a su mera posición, además de no contar con los componentes infraestructurales que coadyuven al cumplimiento de otros papeles sociales. A ello se le suma, que la angustia rompe con el equilibrio interno, causando una vivencia de inseguridad, facilitando así una percepción distorsionada del entorno y de sí misma. De esta forma es que varias investigaciones afirman haber encontrado síntomas ansiosos o bien caracterizan las conductas como un estado de estrés (Mahlstedt, 1985; Mazure, 1989; Somers, 1957) que es generado por el establecimiento de una crisis que no se resuelve en lo inmediato lo que le plantea a la paciente una incapacidad y sensación de impotencia de tal forma que con frecuencia se conceptualiza como una de las experiencias más estresantes de su vida, comparadola con la muerte de un familiar o el divorcio (Freeman, 1985).

Es importante por ello la cronicidad de la ansiedad (Seibel, 1987; Nesbitt, 1968, Platt, 1973; Knoger, 1952), porque va a generar que ésta se exprese sintomáticamente mediante otros elementos como la somatización, conductas compulsivas, ideas fijas, etc. (Morales, 1992).

El estrés entonces, resulta ser un aspecto muy importante que solo recientemente se ha investigado, encontrándose que impacta de forma muy importante la respuesta hormonal, provocando con ello una deficiente calidad de semen (Sarrel, 1985; Harrison, 1987; Giblin, 1988), o cambios bioquímicos que alteran la ovulación y el transporte (Piotrowski, 1962; Sarrel, 1985; Hay, 1990).

De tal manera que se convierte no sólo en la situación real de imposibilidad, sino también en una condición culposa sobre todo cuando se ha postergado ésta, particularmente ahora en que gracias a la anticoncepción, la planeación se posibilita; en otras palabras por haber rechazado la alternativa antes de enfrentarla y confirmándose entonces la reprimenda por no haber deseado el embarazo en otro momento, no importando que haya partido de una seria reflexión sobre sus propias opciones.

La ansiedad como sabemos impone al paciente la necesidad de afrontar la situación, de acuerdo a sus propios recursos, por ende,

podemos observar que se realice una evasión o bien un enfrentamiento o cualquier otro recurso intermedio, aunque con frecuencia se señala que un afrontamiento crónicamente inadecuado se asocia con una menor capacidad para la concepción, aún en los casos de fertilización asistida, pues la captura de ovocitos se dificulta (Demyttenaere, 1991). En éste sentido vemos que la paciente estéril con frecuencia es reportada como una mujer infantil, manipuladora, que evade los conflictos (Bos, 1958; Nesbitt, 1968).

Ello quizás nos conduzca a establecer que, más que adjudicarle adjetivos, reflexionemos sobre si estas características, son elementos sustantivos caracterológicos, o bien se trata de un efecto regresivo, temprano por tratarse de la reproducción, ya que el impacto que se sufre ante un cuestionamiento respecto a la identidad genérica, es muy probable que se convierta en una condición suficiente para provocar regresiones profundas.

Si partimos de que la propia percepción está deteriorada y que las incapacidades son en realidad pérdidas simbólicas, pues se rompe con expectativas y la sensación de potencia, entonces se aclara la expresión de estados, reacciones o el establecimiento de trastornos depresivos, que variaran con base a la personalidad premórbida de la paciente (Mahlstedt, 1985; Edelmann, 1986; Bequaert, 1987; Mahlstedt, 1987; Daniluk, 1988; Newman, 1991; Demyttenaere, 1992). Pareciera que el dolor narcisístico (Pines, 1990) se traduce en una condición de duelo (Eck, 1980) por el dolor del fracaso (Bequaert, 1987), que se experimenta con mayor intensidad en la medida en que la paciente tenga una mayor cronicidad (Thiering, 1993).

En lo que respecta a la técnica de fertilización asistida propiamente dicha, se ha encontrado que surgen otras consideraciones que ciertamente impactan de manera fundamental el estado emocional, como es el hecho de hacer factible la presencia de embarazos múltiples, que provocan una recuperación lenta de las reacciones de depresión en el puerperio (Hay, 1990). Agregado a ésto, la situación se agrava al tener que contender con preceptos religiosos -que lo considera un acto "contra natura"-(Silva, 1991), éticos (Grobstein, 1986; Haney, 1987), económicos y legales (Thom, 1988), lo que crea el terreno fértil para la emergencia de alteraciones emocionales, al constituirse en una condición de conflicto que se suma al preexistente.

Por otra parte, los estados regresivos se ligan a todo ello por razones muy semejantes, que tienen que ver con la devaluación que se vive al no ser retroalimentada en el valor que se adquiere con la maternidad siendo mujer, valor que es muy importante en el contexto sociocultural que ha sido integrado a través del ideal del yo. Lo que nos conduce a considerar la autoestima y el autoconcepto, que se encuentran disminuidos (Eck, 1980; Edelmann, 1986), lo que explica que se recurra al uso de mecanismos

narcisistas que ayuden a mejorar su autoestima, o bien se convierta en el medio propicio para la autolamentación que es frecuentemente observada en éstas pacientes, con el consiguiente estancamiento y paralización de su vida pues no permite que se resuelva el conflicto y da la perfecta excusa para aislarse y ser improductivo.

Una consecuencia de estos hechos es que se produzcan cambios en la imagen corporal (Rosenfeld, 1979; Mahlstedt, 1985), llegando inclusive a impactar la autopercepción de la masculinidad-femineidad con sentimientos de inadecuación social (Drabha, 1991) y la sensación de la pérdida del locus de control interno (Platt, 1973).

Regientemente se ha descrito, con pacientes que se someten a fertilización asistida, un "síndrome" que implica despersonalización, fallas en el contacto con la realidad, culpa y depresión neurótica (Raphael, 1992), muy específicamente en aquellas que están implicadas en el préstamo de útero (situación que no nos es posible responder en nuestro país, ya que no es una práctica común por no haber una legislación clara al respecto). Lo que sí es frecuente observar es aquellas pacientes en las que fracasa el procedimiento y los autores refieren una merma importante de auto-estima (Hynes, 1992), que logra mejorar de forma satisfactoria, cuando posee una red de apoyos, en especial el esposo, la familia, los amigos y el médico (Callan, 1988).

Por otra parte la vida de pareja y la sexualidad al tener una estrecha relación, se ven con suma frecuencia trastocadas y difícilmente diferenciadas, además de que los procedimientos médicos de diagnóstico, como de tratamiento, inciden en la espontaneidad del vínculo, facilitando así su desequilibrio, habiendo incluso afirmaciones respecto a una asociación entre esterilidad y "frigidez" (Ramírez, 1962; Noyes, 1964), misma que en la actualidad no es sostenible, aunque ya desde 1959, Kostic al igual que Labandibar (1959) habían expresado la imposibilidad de considerar a la frigidez como una causa de esterilidad. A ello debe de agregarse que las alteraciones en el estado emocional también contribuyen a éste desajuste, en la medida en que cada uno de los miembros de la relación va a contribuir con su situación intrasubjetiva, para la armonía o no de la relación, y no debemos olvidar que es un proceso prolongado, lo que lo hace más difícil de sobrellevar.

Respecto a la sexualidad en lo particular, los investigadores están de acuerdo en considerar que se ve afectada, aunque los criterios son relativamente distintos, así tenemos que Fagan (1986) establece una incidencia del 15.5% en su muestra. También Berger (1980) y Bullok (1974), plantean que la impotencia se asocia con azoospermia y que se puede agravar al ser sometidos a estudios por esterilidad, por lo que sugieren sea tratado previamente la disfunción. Las interpretaciones son variadas y algunos (Abje, 1965) sugieren que se trata de una respuesta de hostilidad

inconsciente que da como consecuencia una disfunción sexual, o bien culpa y miedo (Berger, 1980).

También se han encontrado parejas que no han consumado el matrimonio (Dawkius, 1961) hasta por 10 años (Mendelberg, 1986), siendo la causa de la búsqueda de atención la urgencia por el embarazo, debido a la edad de la mujer.

Mazure y Greenfeld (1989), encuentran que las parejas con mayor disfuncionalidad sexual se encuentran con el diagnóstico de esterilidad de causa no determinada y Sarrel (1985), encuentra que las disfunciones más frecuentes son vaginismo, impotencia, eyaculación precoz y eyaculación inhibida.

Otra vertiente interesante es la que plantea que los métodos de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, bloquean la posibilidad de espontaneidad y por ende modifican los patrones sexuales establecidos por la pareja (Kanfman, 1969; Terrance, 1979), hecho que es trascendente y que puede ser disminuído con una adecuada orientación (Klemer, 1965).

La relación de pareja en lo específico no ha sido muy estudiada y lo que existe al respecto resulta contradictorio, pues hay quienes afirman que existe un buen ajuste (Daniluk, 1988) y otros que opinan que tiene cambios sustantivos que afectan a sus integrantes, como Drabha (1991), que establece en su estudio que un 31% de su muestra anota cambios en la relación marital. También se ha trabajado con pacientes de fertilización asistida y se tienen hallazgos que apuntan hacia la afectación (Mahlstedt, 1987), sobre todo con el nacimiento de embarazos múltiples (Hay, 1990).

En relación a la propuesta de que el carácter es fundamento de la esterilidad, nos aparecen serias dudas en la medida en que pudiésemos replantearla a la inversa, pues si bien es cierto que en estas pacientes encontramos elementos regresivos, también es cierto que no podríamos afirmar que es un antecedente pues posiblemente al trastocarse la identidad de la paciente, ello sea suficiente para provocar una regresión que ahora observamos. Esta regresión la constatamos a través de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia: fantasía, manifestaciones obsesivas (Daniluk, 1988) (particularmente ligadas a actividades domésticas) y preocupación por la salud y el cuerpo.

En otras palabras, la respuesta caracterológica se entrelaza con una forma particular de modelo social, en tanto que éste último condiciona parcialmente la respuesta y la forma en que se percibe un hecho; es decir, el modelo idiosincrático, matiza en alguna medida la forma y calidad de respuesta ante situaciones con un valor social importante.

Ello nos sugiere que frente a la ausencia de respuesta al papel genérico a través de la maternidad se sustituye por actos que

le compensan, es decir, sus derivados son otras acciones "femeninas" (aseo, arreglo personal cuidadoso, etc.) que confirman parte de su sentirse mujer, y es posible que debido a esto sus manifestaciones se observen amplificadas, es decir con elementos de perfeccionismo que con consistencia les lleva al aislamiento (Marsh, 1951; Morales, 1992).

Es aquí donde cabe la propuesta de una reedición de la relación madre-hija, pues se hace vigente ante el acto o la búsqueda de la maternidad, sobre todo si consideramos que es a través de ésta relación primaria en que la identidad femenina se asume. Ello nos compromete a adoptar una posición de cuestionamiento respecto a las hipótesis propuestas de que se trata de una hostilidad inconsciente hacia la madre (Rubenstein, 1951), que aún cuando es una propuesta ya añeja, es frecuente escucharla como una explicación plausible en nuestro medio. También se llega a plantear la asociación del cuidado de hermanos menores, ambivalencia hacia la figura materna y temor al abandono (Ford, 1953; Langer, 1960). Es decir, pudiésemos aceptar que la relación madre-hija se reedita a partir de la imposibilidad de embarazo, pero no de que sea una causa que genere tal incapacidad (Morales, 1992).

En todo caso, los estudios (Freeman, 1985; Mazure, 1989) no encuentran suficientes y sólidos argumentos para establecer tales consideraciones, por el contrario pareciera no haber rasgos peculiares de personalidad, contrastado con otras poblaciones.

No obstante, al ser una satisfacción parcial de la pulsión, por tratarse de un desplazamiento, la recuperación de la imagen de sí mismo no se logra reparar y por ende las manifestaciones tienden a persistir hasta no lograr una asociación clara entre sus acciones y sus necesidades.

Como se ha estado señalando, la paciente que cursa con este tipo de manifestaciones, se va empobreciendo cada vez más en todas sus áreas, por lo que lo podríamos conceptualizar como una esterilidad de vida, hecho que desde el enfoque de la salud mental, redundaría en un recrudescimiento de antiguas formas de adaptación, pero que en la actualidad en su cronología, ya no son funcionales y por consiguiente lejos de ayudar al equilibrio, desadaptan más. O como lo expresan Eck (1980) y Edelman (1986) es una crisis de vida que afecta las metas y que su evolución es crónica, lo que complica aún más la posibilidad de rebasar la experiencia con los recursos con los que se cuenta.

Como se ha podido observar estos componentes emocionales, a nuestro juicio, giran alrededor del autoconcepto, debido a que lo que está en juego es la identidad de la mujer, de tal forma que su valor está firmemente sujeto al concepto que se tenga de sí misma y desde luego esto se engarza con la autoestima, por consiguiente ante la imposibilidad aparecen síntomas ansiosos y/o depresivos,

que dependiendo de su estructura caracterológica van a desplegarse hacia las otras áreas como la sexualidad y la vida de pareja (Morales, 1992).

Dicho de otra forma, así como la personalidad es una organización dinámica de los aspectos psicofísicos que en interacción con el medio favorecen una adaptación única, el autoconcepto es la percepción que se obtiene de la manera en que se ha adaptado y si ello responde o no a las expectativas del entorno y de sí mismo. En todo caso, las respuestas están en relación a un mundo interno que ha sido introyectado y no al real y actual. O más precisamente, tanto el actual como el interno se expresan de manera parcial, sin que la persona sea capaz de distinguir claramente entre uno y otro, ya que ambos se funden en una única vivencia.

A nuestro juicio, es ésta la riqueza de éste constructo, pues establece las posibilidades de intervención, mediante el ajuste entre ambos componentes, que además pertenecen a una experiencia subjetiva y confusa, debido a que la atemporalidad de los afectos inconscientes provoca que se retomen estilos arcaicos de respuesta en un objeto presente, sugiriendo poca claridad en el motor motivacional. Visto de otra forma, la actual respuesta aún cuando obedece a motivaciones actuales no deja de encubrir otras de carácter histórico, al invertirse objetos investidos en el pasado y en el presente.

Desde luego éstas características no tienen que estar presentes en toda paciente que padece de esterilidad, debido a que aquí van a intervenir los recursos que cada una posea y en algunos casos ésta etapa crítica puede superarse de mejor forma, aunque desde luego el planteamiento inicial de que tal crisis confronta con los elementos antes comentados, es un hecho que la experiencia clínica y los trabajos de investigación confirman.

## **CAPITULO 3.**

# **EL AUTOCONCEPTO COMO CONSTRUCTO RECTOR**

El término que nos ocupa es ampliamente usado, pero pocas veces definido o bien delimitado, inclusive en ocasiones es usado como sinónimo de autoestima, imagen corporal, consciencia de si. yo, self, autoimagen y autorepresentación. Además involucra a una gran cantidad de áreas del individuo, ya que tiene que ver con todo aquello que entra en contacto con la persona, tanto interno como externo, pues su conformación depende de las interacciones del individuo y la forma en que éstas son percibidas, o para hacer uso del concepto propuesto por Bellak (1972), apercibidas. Es decir, tiene un carácter multidimensional que le confiere una complejidad difícil de sintetizar.

Son varios los autores que han trabajado con este concepto, aunque no fuese de una forma realmente explícita, entre los que podemos mencionar, a Paul Schilder, Sigmund Freud, Heinz Hartmann, William Fitts y Erick Erickson, por estar más dentro de los objetivos de la presente tesis.

Paul Schilder (1958) teorizó sobre la imagen corporal al interesarse por el fenómeno del "miembro fantasma" y consideró que este era un fenómeno producto de la imagen corporal, que es una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con los que cuenta el individuo al nacer y la va a ir desarrollando conforme vaya madurando. Esta definición obliga a pensar que se trata de un constructo en constante modificación, cuya línea directriz es la unidad percepción-sensación-acción ligado a la vida afectiva que interactúa constantemente con el medio ambiente. Se trata, en otras palabras, del yo perceptivo o corporal planteado por Freud (1924).

Es importante señalar que la vida afectiva esta muy claramente subrayada por este autor, por lo que el proceso perceptual siempre es una forma particular de cada individuo, matizada por los afectos.

Se trata de una teorización alrededor del cuerpo como primer objeto del yo, hecho que posibilita la distinción entre sí mismo y los objetos del mundo externo, dando lugar a las primeras autorepresentaciones de sí, asociadas a las representaciones de objeto y más tarde diferenciadas, lográndose entonces, un núcleo que permite el conocimiento del individuo como sujeto único.

La posibilidad de ligar a Sigmund Freud con este concepto es producto de las inferencias que con respecto a su abordaje del narcisismo él realiza, ya que no maneja de forma explícita al autoconcepto.

Para Freud (1914), el fenómeno del narcisismo como un instinto erótico-libidinal depositado en el individuo al nacimiento, es confundido con las pulsiones del yo debido a que las necesidades son muy primarias y por tanto su satisfacción está dada en períodos muy breves. A esto es a lo que se le conoce con el nombre de narcisismo primario, siendo esto un componente normal en el desarrollo.

A partir de este hecho se logra cargar los objetos satisfactores de las necesidades pulsionales con catexias, fenómeno al que denomina investidura, conservando para el Yo una cierta energía que coexiste con la de los objetos, aunque las proporciones van a variar dependiendo del desarrollo o de fenómenos patológicos.

Además, el concepto de ideal del Yo, que más tarde se convertirá en el Yo ideal, en el que se depositarán grandes cargas de energía libidinal y por ende será una fuente de presión hacia el Yo, en tanto que se siente observado y evaluado por este parámetro que condiciona el valor de autoestima para el sujeto.

Esta instancia, se conforma a través del contacto con los patrones sociales y la forma de establecimiento de éstos (rigidez-laxitud), en otras palabras es la incorporación de los ideales sociales y dependiendo de la concordancia con la que se plantee la conducta del individuo y de tales ideales, éste valorará a su Yo.

Freud (1921) considera que el ideal del Yo es el resultado de la internalización temprana de los patrones impuestos por las figuras parentales y posteriormente de la crítica social, mismos que al entrar en conflicto con la conducta del individuo regulan la diada autoestima-narcisismo, dicho de otra manera, cuando un individuo pierde autoestima por no responder a estos ideales, emplea el recurso del narcisismo para equilibrar su sistema de catexias y viceversa. También señala que tiene como funciones importantes la autoobservación, consciencia moral, censura onírica y la influencia principal de la represión, de tal forma que cuando llega a existir insatisfacción consigo mismo puede reorientarse hacia el ideal del yo, diferenciado del yo.

Al respecto Freud (1914), expresa que "... la autoestimación nos parece ser una expresión de la magnitud del yo y la libido objetal. Cuando mayor es la primera, tanto más pobre es la segunda" (p 2018), proporcionándole un origen primario conformada por "... el residuo del narcisismo infantil; otra procede de la omnipotencia confirmada por la experiencia (del cumplimiento del ideal); y una tercera, de la satisfacción de la libido objetal" (p 2032)

Tal situación nos conduce a reconocer la vinculación existente con la autoestima, que en todo caso plantea una relación directa con el constructo que estamos revisando pues, "... la presión y las exigencias de los padres y del mundo exterior en general, forman pronto líneas directrices que van indicando el camino regulador de la autoestima a través de la inserción social" (Belmonte, 1976; p 60)

Lagache (referido por Belmonte, 1976; p 59) expresa a éste respecto que "En cuanto al Yo ideal ... se ha podido ver en él una formación más antigua, igualmente reguladora de los sentimientos de autoestima, pero que designa el modelo de conducta que el sujeto debe realizar para satisfacer una esperanza que le es propia y no la de otros, un ideal narcisista omnipotente. El yo ideal se manifiesta con claridad en el curso del segundo año, en el conflicto de exigencias entre el niño y el adulto, en forma de identificación con el agresor, como una identificación narcisista con el adulto fantaseado como omnipotente". En otras palabras, "la autoestima es regulada por el ideal del yo" (Grinberg, 1978; p 23) y es por ello que la autoestimación va a disminuir de forma importante ante la percepción de impotencia o de no ser amado a consecuencia de imposibilidades físicas o psíquicas (Freud, 1914)

Hartman (1972) piensa que el narcisismo resulta de la carga de libido puesta en el Yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto y que es más correcto hablar de catexia del self, pues cuando Freud habla de narcisismo se refiere a el retiro de la libido de los objetos para ponerlo en su persona (self).

Esta aportación, de considerar al self como la persona total a diferencia del Yo, es la que permite especificar al Yo como un conjunto de potencialidades que estarán presentes o no, dependiendo de diversos factores entre los que están las áreas libres de conflicto, la maduración, la experiencia con el ambiente, la herencia, etc.

Siendo el Yo una organización de funciones y capacidades, que se desarrollan de acuerdo con sus potencialidades y la experiencia con el ambiente que deja huellas mnésicas que retroalimentan el desarrollo dinámico del Yo y proveyendole de una autoexperiencia que procura un sentido de identidad y de conocimiento de sí o self dinámico, que consideramos se refiere a lo que entendemos como autoconcepto.

Es necesario entonces, hablar de la identidad para lograr una más cabal conceptualización y para ello debemos tomar en consideración algunos conceptos que plantea Otto Kernberg (1976), relativos a la introyección, la identificación y por ende a la

identidad del yo, que es entendida como el más alto nivel de organización del mundo de relación objetal, comprendiendo el concepto del total de representaciones y del sí mismo. A su vez el sí mismo es entendido como una organización de autoimágenes que formaron parte de las introyecciones e identificaciones.

La introyección es el nivel más primitivo de internalización, y es definida como la reproducción y fijación de una interacción con el exterior mediante una conjunción organizada de huellas mnésicas en las que participan al menos tres componentes a) la imagen de un objeto, b) la imagen de sí mismo en interacción con ese objeto, y c) el matiz afectivo de la imagen objetal y de la imagen del sí mismo bajo la influencia del representante instintivo actuante en el momento de la interacción.

La introyección depende de la percepción y la memoria (funciones autónomas primarias), pero las trasciende no sólo por lo complejo del proceso sino además por vincular la percepción externa con la percepción de primitivos estados afectivos que representan derivados instintivos. En las primeras introyecciones no hay diferencia entre imagen objetal e imagen de sí mismo.

El matiz afectivo de la introyección es esencial y representa su valencia activa que determina la fusión y organización de introyecciones de valencia similar.

Lo anterior nos conduce a hablar de un concepto que ha tenido muchas dificultades en la literatura psicoanalítica, la identificación, debido fundamentalmente a que Freud no habló de ella en lo específico y que constituye tanto un proceso como un producto.

En una revisión del concepto podemos decir que se trata de "un proceso de internalización de objetos, y es también el resultado final de este proceso. Se internalizan las características de objetos que, una vez integrados a la personalidad, proporcionan al individuo cualidades formales y atributos, así como actitudes o valores, tanto individuales como colectivos. Es así como se estructura la personalidad, en base a sucesivas identificaciones que van formando el carácter y el superyo" (Belmonte, 1976; p 13-14) lo cual nos muestra la importancia del concepto, sobre todo para los fines que estamos persiguiendo, pues el autoconcepto es la percepción que el individuo tiene de estas interacciones además de que de las relaciones intersistémicas entre Yo y Superyo dependerá el grado de autoestima (Grinberg, 1978). En otras palabras, al no poder sustentar el ideal del yo, ya transformado en Yo ideal la persona vive el hecho como una condición de pérdida de objeto que ahora recreará como identificación en el Yo.

La identificación es una forma superior de introyección que tiene lugar cuando las capacidades perceptiva y cognoscitiva se han incrementado para permitir reconocer los roles de interacción

interpersonal. Se caracteriza por 1) la imagen de un objeto que ha adoptado un rol en su interacción con el sí mismo, 2) La imagen del sí mismo, más diferenciada del objeto, 3) el matiz afectivo de la interacción con una cualidad más diferenciada y menos intensa que en el caso de la introyección. Es importante señalar que hay una internalización de roles de las figuras significativas, que se incorporan a través de este mecanismo, haciéndolas propias. (Kenberg, 1976)

La identidad del yo se refiere a la organización general de las identificaciones e introyecciones, bajo el principio orientador de la función sintética del yo, implicando la consolidación de las estructuras yoicas, relacionadas con un sentido de continuidad del sí mismo. Siendo la percepción de su propio funcionamiento en todas las áreas de su vida y su creciente dominio sobre las tareas básicas de adaptación. O como lo define Belmonte (1976; p 21) "Es el sentimiento de mismidad logrado por el individuo a través del suceder temporal y de las experiencias cambiantes biológicas, familiares y culturales, que le permite mantener un grado de cohesión y estabilidad mas o menos uniforme".

Por otra parte, la forma de apreciar el mundo, como resultado de la organización de las imágenes objetales que a su vez provienen de sus introyecciones e identificaciones amén del sentido de coherencia que le proporciona a las interacciones interpersonales; tal supuesto pone por encima de las identificaciones a las manifestaciones conductuales, respecto a su importancia relativa para la identidad del Yo.

Todo ello quizá quede resumido en lo que sugiere Erikson (1968) como identidad del Yo, que es la percepción del hecho que hay similitud consigo mismo y una continuidad hasta en los procesos de síntesis del Yo, lo que constituye el estilo de individualidad de una persona. Coincide con la similitud y continuidad que hacen que una persona sea significativa para otros que son significativos en la comunidad inmediata, habiendo una correlación entre imagen del Yo mismo y la imagen que los demás tienen de mí.

Por último, se resalta que es trascendente que se reconozca por parte del entorno y la percepción que se tenga del mismo para lograr una autoapreciación de su existencia como individuo.

Dicho de esta forma pareciera muy semejante a la definición propuesta por Allport (1976; p 40) de lo que es la personalidad, "es la organización dinámica de los aspectos psico-físicos que en interacción con el medio proporcionan una adaptación única", nos parece que en cierta forma estamos hablando de lo mismo y que tal vez la única diferencia consiste en que el autoconcepto es una autoevaluación de la propia percepción y de la interpretación que el sujeto da, de lo que considera es la percepción que tienen los demás respecto a él.

De alguna manera esta diferencia marca una condición distinta ya que la personalidad es un aspecto que está presente independientemente de nuestra propia apreciación, además de tener parámetros que pueden ser evaluados desde la posición de un observador e independientemente de que el paciente se perciba de manera diferente. En cambio el autoconcepto es la conformación de una serie de percepciones que pueden o no ser congruentes con la realidad, pero su determinación por el individuo matizarán una forma de actuación particular, de tal forma que un cambio en la percepción que se tiene de sí mismo y de lo que se piensa que otros perciben de nosotros, implica un cambio en el funcionamiento y actuación de la persona, sin que necesariamente tenga que haber un cambio en el nivel caracterológico.

Un término que es necesario aclarar es el de autoestima, ya que nos parece que tiene que ver fundamentalmente con la valoración que el individuo se otorga en función de estas percepciones multicitadas, tal situación tiene importancia debido a que hay una estrecha relación entre autoestima y narcisismo y por ende una disminución de la autoestima pone en funcionamiento mecanismos narcisistas que complican el funcionamiento general de la paciente (Belmonte, 1976).

En otras palabras, la posibilidad de replantear la autopercepción mejora la autoestima y por consiguiente se crea la opción de un funcionamiento de mayor estabilidad y congruencia respecto a la realidad que le circunda.

Como podemos observar se trata de un desarrollo paralelo con respecto a la personalidad y la estructura caracterológica, pero su nivel es otro, en tanto que las percepciones pueden ser transformadas a partir de una explicitación y reorganización de la experiencia distinta a la que se ha estado sometido (Belmonte, 1976; Grinberg, 1978).

Obvio es decir que tal cambio no modifica la estructura que el sujeto ha organizado a lo largo de la historia y que por consiguiente su conducta seguirá determinada por la estructura, la dinámica, la economía psíquica y la psicogénesis, pero también lo cierto es que puede concebir una forma distinta de apreciar la realidad dentro del contexto de su estructura matizando así su satisfacción y funcionalidad dentro del mismo.

Quizá debido a lo expresado es que un cambio en el autoconcepto, determina un proceso regresivo que exalta las características primitivas de los mecanismos adaptativos y exacerba los puntos de fijación que además se acentúan en virtud de que lo que se pone en juego es un aspecto muy primario como es la identidad que esta puesta en escena y planteando un conflicto que a su vez es expuesto como ansiedad.

Es reconocido que la ansiedad es un fenómeno que aparece como una señal de alerta para que el organismo pueda activarse y presentar dos posibles respuestas, la huida o el ataque. Obvio es que tendremos que hacer una diferencia entre angustia o ansiedad (términos que para los fines del presente trabajo los haremos coincidir) y miedo o temor (Mannoni, 1984; Fromme, 1984). En éste sentido el miedo es una respuesta ante una situación externa, concreta y objetiva, que el sujeto expresa frente a una estimulación de agentes o situaciones agresivas para el organismo. Por otra parte la ansiedad es una respuesta global, difusa e indiferenciada y una experiencia subjetiva de una condición catastrófica, que implica consciencia y anticipación, integrando otros elementos que tienen un carácter simbólico, de tal forma que un estímulo actúa no solo por lo que es sino además por lo que representa en la intersubjetividad del individuo.

La ansiedad es una emoción que aparece como producto de un conflicto, siendo la confrontación de dos fuerzas de igual intensidad pero de dirección contraria, por una parte de la energía del ello y por el otro de las otras dos instancias y que da por resultado la aplicación de la represión para evitar el peligro que siente el yo ante la demanda instintual, dando por resultado la expresión de una inhibición (restricción del yo y la función) o un síntoma que en todo caso sería la ampliación de tal restricción y que está a expensas de una respuesta regresiva por parte del sujeto y también como consecuencia del temor ante la posibilidad de la pérdida de un objeto (Castilla del Pino, 1976). En otras palabras, los fenómenos ansiógenos intensos tienden a provocar estados regresivos en los que se emplean mecanismos con la finalidad de preservar al yo de un peligro que se percibe; consistiendo entonces, "en una reacción del yo a un conjunto coherente de excitaciones exógenas y endógenas" (Odier, 1980; p 41).

Es de importancia señalar que la ansiedad también puede ser interpretada como una expresión de la inseguridad del sujeto, al tener la convicción de que su yo no es capaz de enfrentar los peligros anticipados a los que supone estar expuesto, hecho que con frecuencia facilita la expresión de pensamientos mágicos tal como lo señala Odier (1984), que por otra parte "comprometen la autoestimación" (Fredén, 1986; p 275). Es por ello que tiene un relevancia el estudio de aquellos contenidos simbólicos de las expresiones que los pacientes manifiestan respecto a fantasías que no poseen una fuente de la realidad concreta.

Otro aspecto importante a destacar, desde un punto de vista psicológico y del autoconcepto, es la depresión que aparece en la medida en que la autoestima ha ido mermándose y se han favorecido los mecanismos proyectivos que ahora se han invertido en su dirección y se revierten sobre el paciente. A manera de síntesis podemos mencionar que puede ser interpretada como una reacción, un síntoma, un estado o un trastorno, siendo caracterizado por: Una alteración específica del estado de ánimo (tristeza), un concepto

negativo de sí mismo que se acompaña de autoreproches y autoinculpación, deseos regresivos, trastornos vegetativos y cambios en el nivel de actividad (Beck, 1976).

Lo anterior nos sugiere que se establece una condición narcisista donde se retiran las catexias objetales, habiendo una percepción infravalorada, a consecuencia de una no correspondencia entre los actos del paciente con lo esperado por el ideal del yo o las exigencias sociales (Bleichmar, 1980). Además tal como es interpretado por Freud (1917), la pérdida de objeto que se expresa en la melancolía lleva al paciente a asumir una identificación con tal objeto. Los aspectos sociales nos permiten entender que se vincula con los patrones demandados al sujeto (Becker, 1977-1979-1980; Fredén, 1986), con lo que volvemos a insistir en que se trata de aspectos simbólicos los que en el ser humano complican la situación, pues no se hace necesario que haya una pérdida en la realidad, basta con que se encuentre en la simbolización de la persona.

Un aspecto relevante de la depresión es que surge como consecuencia de la imposibilidad de relacionarse con los objetos, hay una restricción importante de estas interacciones y a ello hay que agregarle que la autoestimación también es producto de tal interacción (Fredén, 1986) y una pérdida de los lazos de unión (Calderón, 1984). Si la persona no logra mantener una continuidad en el intercambio, entonces la percepción es de perder el control sobre la realidad y por ende se cae en una experiencia de pasividad y autocompasión.

En la mujer hemos insistido respecto a que la identidad (núcleo) se conforma alrededor de la maternidad, de tal manera que no cumplir con ésto hace que se viva como una pérdida simbólica de la identificación con el papel femenino, o bien que disminuya ante sí su propio valor al no realizar lo inherente a su función social ideológica. Sin embargo, es necesario aclarar que mientras no haya una clara especificación de la imposibilidad como absoluta, y el caso de una paciente en fertilización asistida es un buen ejemplo, no hay posibilidad de establecer un trabajo de elaboración del duelo, ya que es muy claro que dificultad no es necesariamente imposibilidad (Morales, 1989).

Kierkegaard (1984), dice: "La pérdida de posibilidad significa: o bien todo se ha vuelto necesario para el hombre, o bien todo se ha vuelto trivial" (p 80) situación que con frecuencia es vivida de esta forma por las pacientes estériles. De ahí que se tornan abiertamente ambivalentes frente a su situación reproductiva y que, como señala Becker (1980) en su obra, el elemento fundamental de la vida humana se centra en el esfuerzo por adquirir autoestima y evitar o prevenir la angustia, y ante todo ello la paciente ha fracasado al no poder responder a su núcleo de identidad genérica que es la posibilidad de la maternidad.

Hay otros elementos que pueden colaborar a la comprensión del constructo en cuestión, como pueden ser el Yo ideal que es conformado mediante una serie de identificaciones e introyecciones, tal como se mencionó anteriormente, que están ancladas a la forma particular en que el individuo ha ido conformando su personalidad, lo que implica la interacción con su entorno inmediato en principio y el más amplio conforme se va estableciendo la socialización, lo que de nueva cuenta nos conduce al complejo establecimiento de expectativas propias y de los demás y evidentemente la percepción de cumplir o no con ellas, impactando de esta forma el autoconcepto, sobretodo cuando estas apreciaciones son distintas al Yo real, pues esto va a implicar un gasto de energía para modificarlo, por lo menos en la autoapreciación.

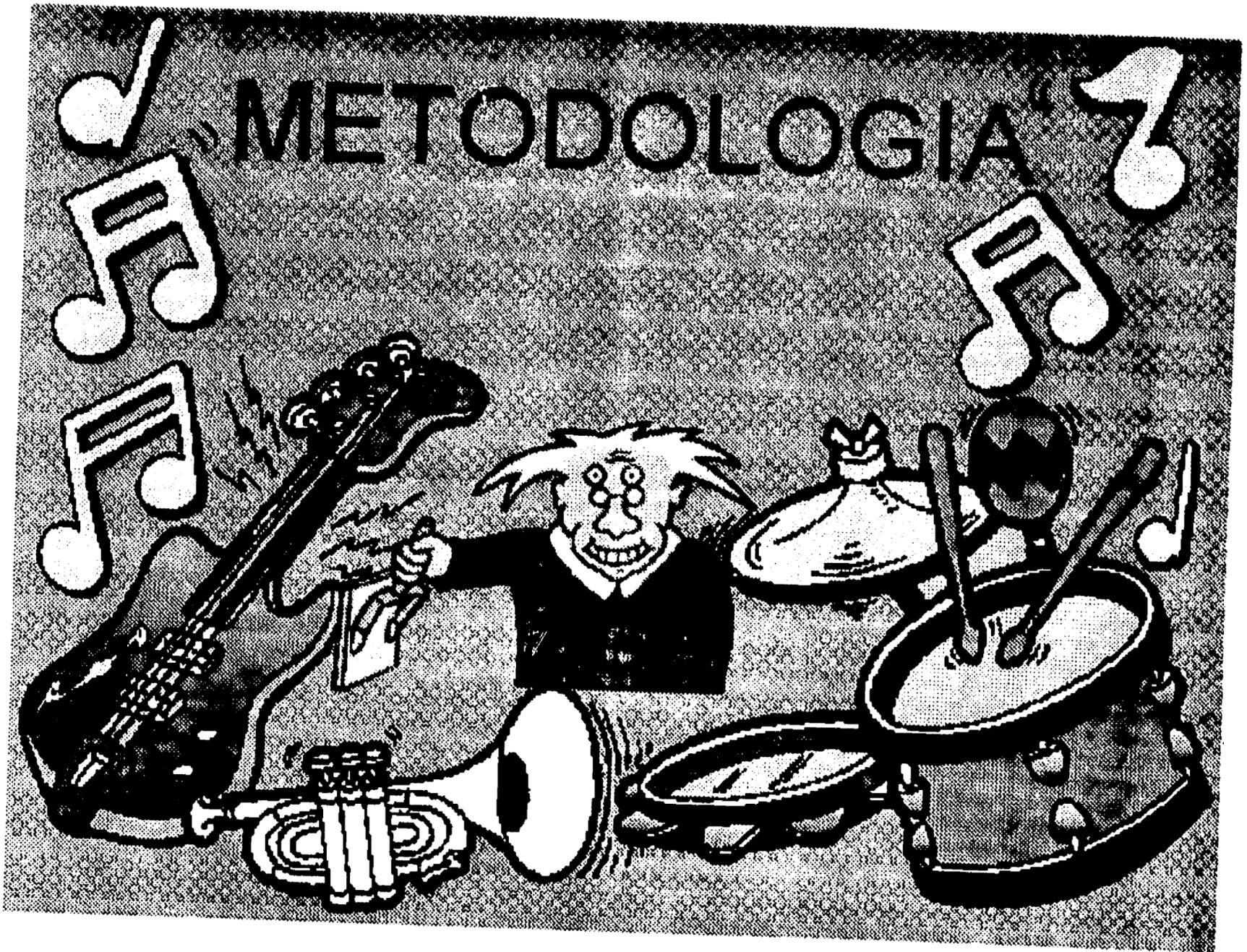
Lo anterior nos coloca en una psicología del yo en tanto que los mecanismos que explica son de esta instancia intrapsíquica y la labor estará en lograr una mejor adaptación de ésta con su medio ambiente y de un fortalecimiento de sus funciones, particularmente de la integrativa, que es la que quizá se ha visto más afectada debido a que no puede hacer uso del proceso secundario para la gratificación de la necesidad y es por ello que se plantea una regresión a otras etapas con el recurso del proceso primario (fantasía) para poder satisfacer o al menos aplazar su ejercicio.

De tal forma que un viraje en las autopercepciones, podría colocar a la persona en una posición que le permitiera buscar las posibilidades de satisfacer estas necesidades a través de vías alternas que le redunden en satisfacción, recuperando así su equilibrio.

Tal aspecto es de importancia para esta tesis, debido a que el trabajo que se desarrolló fué en una Institución y por lo tanto permite trabajar sobre objetivos limitados y focalizados que devuelvan la funcionalidad a la paciente, dentro de su contexto y características estructurales.

Es por todo esto que nos ha parecido que el autoconcepto puede ser el constructo teórico que puede explicar mayormente las modificaciones emocionales que sufre una mujer que padece de esterilidad, además que nos ayuda para entender el fenómeno de una manera más integral, en tanto que agrupa también los fenómenos sociales y culturales que están necesariamente interrelacionados con todo proceso humano.

# METODOLOGIA



# **CAPITULO 4**

## **METODOLOGIA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

"¿Existe relación entre algunas características de personalidad, autoconcepto, ansiedad, depresión y satisfacción marital y el diagnóstico de esterilidad en pacientes sometidas a un programa de Fertilización Asistida Medicamente?"

### **HIPOTESIS CONCEPTUAL**

Existen muchas dificultades para determinar la dirección del impacto emocional ante la esterilidad (Dalinuk, 1988), sin embargo, las parejas la refieren como la peor experiencia, comparable con el divorcio o la muerte de una persona significativa (Freeman, 1985; Fagan, 1986).

Los aspectos de mayor vulnerabilidad, como son la ansiedad y la depresión se encuentran consistentemente en este tipo de parejas (Mahlstedt, 1985; Daniluk, 1988).

Freeman (1985), encontró que las escalas relevantes del MMPI estaban elevadas. De forma semejante, el autoconcepto se ve modificado hacia una devaluación, por la circunstancia biológica de imposibilidad reproductiva (Mahlstedt, 1985).

El área de la satisfacción marital también se encuentra mermada, sobre todo por tratarse del contexto en el que se invierten las metas y los objetivos comunes (Daniluk, 1988).

### **VARIABLES**

#### **Independiente: Diagnóstico de esterilidad**

**a) Definición conceptual:** "Incapacidad temporal o definitiva de la pareja para concebir después de un tiempo determinado (1 a 2 años) de relaciones sexuales sin control voluntario" (INPer, 1990).

**b) Definición operacional:** Con base en los criterios médicos del INPer se presenta esterilidad cuando hay alteraciones por factor uterino, factor tubo peritoneal, factor endócrino ovárico y trastornos anovulatorios (INPer, 1990).

## **Dependientes: Ansiedad**

**a) Definición conceptual:** De acuerdo con el manual del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) (1975), la divide en dos dimensiones cuyas definiciones son:

**Ansiedad-Estado.-** "Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo".

**Ansiedad-Rasgo.-** "Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado".

**b) Definición operacional:** Esta variable fué medida por medio del IDARE, utilizando las normas reportadas por Morales (1990) para una población de pacientes del INPer. Para la dimensión estado se establece que existe ansiedad cuando el puntaje en bruto es igual o mayor a 43 puntos; y para la dimensión rasgo igual o mayor a 47 puntos.

## **Depresión**

**a) Definición conceptual:** "Cuadro clínico caracterizado por una alteración específica del estado de ánimo (tristeza, sensación de soledad, apatía), un concepto negativo de si mismo, acompañado de autorreproches y autoinculpación. Surgen deseos regresivos y de autocastigo (deseo de escapar, esconderse o morir) y trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución de la libido). El nivel de actividad muestra cambios significativos en el paciente (retardo o agitación)" (Beck, 1976).

**b) Definición operacional:** La presente variable fué medida mediante la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD), utilizandose las normas reportadas por González (1993), para una población de pacientes del INPer. Se considera que existe un cuadro depresivo, cuando la puntuación en bruto es igual o mayor a 44 puntos.

## **Satisfacción marital**

**a) Definición conceptual:** "Se define como la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge" (Pick y Andrade, 1988).

**b) Definición operacional:** Esta variable fué medida a través de la Escala de Satisfacción Marital (ESM). Se considera que existe un

mal ajuste marital cuando las puntuaciones están comprendidas entre 2.4 y 3.0; puntuaciones entre 1.7 y 2.3, son indicadores de un ajuste regular; y siendo un buen ajuste las puntuaciones entre 1.0 y 1.6.

### **Características de personalidad**

**a) Definición conceptual:** "Organización dinámica de los aspectos psico-físicos que en interacción con el medio producen una adaptación única" (Allport, 1976).

**b) Definición operacional:** La medición de ésta variable fué tomada del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesotta (MMPI), quien establece que un perfil es anormal cuando sale del intervalo comprendida entre T-45 y T-70.

### **Autoconcepto**

**a) Definición conceptual:** "Es el criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar en un momento dado" (Fitts, 1965).

**b) Definición operacional:** El autoconcepto estará determinado por los puntajes positivos o negativos que se obtuvieron por medio de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EAT). El nivel de autoconcepto total, es el que da una apreciación más completa, por debajo de +315 puntos se considera que el constructo está disminuido.

**-Controladas:** Escolaridad  
Estado civil

**-Extrañas:** Edad  
Ocupación  
Tiempo de evolución de la esterilidad  
Nivel socio-económico

### **DISEÑO DE INVESTIGACION**

Se realizó un estudio exploratorio, ex-post-facto, descriptivo, de una sola muestra con un procedimiento de selección intencional y de observaciones independientes.

## **MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 84 pacientes del Programa de Fertilización Asistida Medicamente (FAM), del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Las pacientes padecen dificultades en su capacidad reproductiva y son diagnosticadas como estériles primarias o secundarias, y en su totalidad de factor femenino de esterilidad.

El tamaño de la muestra se determinó al incluir a todas las pacientes que ingresaran al programa durante seis meses a partir de iniciado el estudio y que cumplieran con los requisitos de inclusión.

Los criterios de inclusión, fueron en principio de carácter médico, relacionados con el diagnóstico y sus características orgánicas. Posteriormente, se fijaron los siguientes criterios:

- a) Escolaridad mínima de primaria
- b) Con pareja estable (en el caso de las pacientes en unión libre, que tuviesen un concubinato mínimo de un año)
- c) Ser mexicanas
- d) Sin trastorno mental severo (por apreciación clínica)

## **ESCENARIO**

La investigación se llevó a cabo en la consulta externa del Departamento de Psicología, en las instalaciones del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

## **INSTRUMENTOS**

Se emplearon los siguientes instrumentos:

### **a) Entrevista clínica psicológica:**

Se empleó el formato institucional para obtener los datos relevantes de la paciente y su entorno, a través de una entrevista semi-dirigida. (Anexo A)

### **b) Cuestionario General de Salud de Goldberg (versión de 30 reactivos) (CGS):**

Es un instrumento creado por Goldberg para la detección de trastornos no psicóticos, identificando a aquellos pacientes que presentan una alteración emocional. Por la forma en que está construido permite valorar el estado mental actual, es decir, no valora atributos duraderos ni permite establecer un pronóstico (Goldberg, 1972).

El cuestionario originalmente consta de 60 reactivos redactados de tal forma que en ocasiones una respuesta afirmativa indica enfermedad y en otras salud.

En México se han llevado a cabo diferentes estudios con la finalidad de probar su sensibilidad y especificidad, encontrándose que ambas oscilaron entre 72% y 78%, siendo eficaz para la detección del 66% de las pacientes y reportando una tasa de error semejante a la de otros países. De tal forma que ha probado ser un buen instrumento de tamíz para la detección primaria (Medina, M.M.E., 1983; Ezbán, 1984).

Medina Mora (1983), desarrolló la versión breve de 30 reactivos misma que se empleó en el presente trabajo, y que cuenta con seis factores de cinco reactivos cada uno. La sensibilidad y especificidad de esta versión fué muy semejante a la del instrumento completo; obetiéndose una correlación de 0.97 entre ambas escalas.

Los factores favorecieron la conceptualización de las áreas que mide y que se definen de la siguiente forma:

- a) Síntomas Somáticos.
- b) Trastornos del Sueño.
- c) Inadecuación Social.
- d) Ansiedad.
- e) Depresión.

Es importante mencionar que se hace necesario calibrar el punto de corte para la utilización en diferentes poblaciones y por consiguiente se utilizó el encontrado en la población del INPer en el trabajo de Gómez (1990) y que fué de 7/8.

La validez se llevó a cabo por medio de un análisis factorial en el que se encontró un valor eigen mayor o igual a uno, explicando el 62.3% de la varianza total acumulada. Respecto a la confiabilidad se aplicó el coeficiente alpha de Cronbach y éste varió de acuerdo a cada factor de 0.56 a 0.82.

**c) Inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger y Díaz Guerrero (IDARE):**

Fué desarrollado en 1964 por Spielberger y Gorsuch y la traducción al español de Díaz Guerrero (1975). Es un instrumento muy empleado y ha probado ser efectivo con adultos y adolescentes normales así como en poblaciones de pacientes (Morales, 1990).

Como antecedente, se utilizaron tres escalas de ansiedad, la Anxiety Scale de Catell y Chaiver, la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y el Welsh Anxiety Scale. Esto arrojó un total de 177 reactivos que se aplicaron a estudiantes y se dividieron en dos dimensiones de las que resultaron 20 aseveraciones para cada dimensión en una forma de respuesta tipo Likert.

Se obtuvo una validez concurrente mediante la correlación de las escalas antes señaladas y la lista de adjetivos de Zuckerman (op. cit.).

La confiabilidad test-retest para la escala rasgo varió de 0.73 a 0.86 no así los coeficientes de estabilidad de la escala estado ya que refleja la influencia de factores situacionales del momento de aplicación.

**d) Escala de automedición de la depresión de W. Zung (EAMD):**

Esta escala fué publicada por William Zung y Durham en 1965 en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y otros trastornos emocionales. Intenta medir cuantitativamente la depresión, consta de 20 declaraciones relacionadas con la depresión existiendo cuatro modalidades de respuesta para cada reactivo, indicando una sola modalidad de respuesta. La calificación de cada declaración va de 1 a 4 siendo este último el de mayor severidad. El puntaje total se convierte en un índice con base 100.

En el INPer se obtuvo un ajuste a las normas, mismo que fué empleado en este estudio (González, 1993).

La confiabilidad y validez se realizaron con 56 pacientes con un diagnóstico primario de depresión, encontrándose índices que van del 0.38 al 0.90 para quienes tenían tal diagnóstico. Una variación en ésta población fué para aquellos que fueron tratados y dados de alta con desórdenes depresivos y para quienes fueron tratados y dados de alta con otros desórdenes, para los primeros se obtuvo un índice medio de 0.74 y para los segundos de 0.53.

**e) Escala de satisfacción marital de Pick y Andrade (ESM):**

Fué diseñada por Pick y Andrade, consta de 24 reactivos divididos en tres factores que son:

- a) Satisfacción con la interacción marital
- b) Satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge
- c) Satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del conyuge

Para cada reactivo existen tres opciones de respuesta que van de 1 a 3, siendo el 3 el que se asocia con el mal ajuste marital.

La validez de la escala se obtuvo a través del análisis factorial con rotación oblicua de aquellos reactivos que discriminaron, para conocer la validez de constructo del instrumento, quedando conformado por 24 aseveraciones en tres factores que en su conjunto explican el 45.70% de la varianza total.

La consistencia interna de cada factor se obtuvo a través del Alpha de Cronbach, encontrándose los siguientes coeficientes, 0.89, 0.81 y 0.86 respectivamente.

Por otra parte se realizó un análisis de varianza de una sola entrada con las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad y años de casados. Para las variables que mostraron diferencias significativas se aplicó la prueba post-hoc de Scheffé, siendo importante debido a que la población de estudio fué exclusivamente de mujeres y por tanto se empleó en la presente investigación las medias de la población femenina.

#### **f) Escala de autoconcepto de Tennessee de W. Fitts (EAT):**

William Fitts elaboró éste instrumento en 1965 para la población estadounidense, comenzó a formar la escala en 1955 con base en las medidas de autoconcepto de Balester, Engel y Taylor y de las autodescripciones tanto de pacientes como de sujetos sanos.

La versión en español fué adaptada por Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos (1969).

Actualmente la escala consta de 100 enunciados autodescriptivos, que se distribuyen en descripciones positivas y negativas, respondiéndose de acuerdo a una calificación continua del 1 al 5.

La escala tiene dos formas, una para consulta psicológica y otro de contenido clínico y de investigación. En el presente trabajo se utilizó la primera forma antes señalada, la que abarca los siguientes aspectos:

a) Puntaje de autocrítica.- Consta de 10 reactivos y son afirmaciones ligeramente devaluatorias, que la mayor parte de las personas admite como ciertas. Quienes niegan la mayoría adoptan generalmente una postura defensiva y hacen un esfuerzo deliberado para presentar una imagen favorable de si mismos.

Los puntajes altos indican una capacidad normal, amplia y sana para la autocrítica. Puntajes extremadamente altos (arriba del percentil 99), señalan posible carencia de defensas y la posibilidad de estar patologicamente indefenso. Puntuaciones bajas se relacionan con defensividad.

b) Puntajes positivos.- Está relacionada con los siguientes aspectos: "lo que soy, como me siento conmigo mismo y lo que yo hago". Estos aspectos están comprendidos en diferentes escalas como:

1. Puntaje Total.- Refleja el nivel total de autoconcepto y puede considerarse por sí solo como el más importante en la forma de consulta psicológica. Los puntajes altos reflejan una tendencia a estar contento consigo mismo, sentimientos de ser valioso, confianza en si mismo y una actuación de acuerdo con ésta percepción. Las personas con puntajes bajos dudan de su propio valer, se perciben como indeseables y con poca confianza en si mismos, con frecuencia se sienten ansiosos y deprimidos.

2. Renglón 1-Identidad.- Comprende los reactivos correspondientes a "lo que yo soy", donde el individuo describe su identidad básica partiendo de como se ve a si mismo.

3. Renglón 2-Autosatisfacción.- Refleja el nivel de autoaceptación y autosatisfacción. Describe los sentimientos que la persona percibe acerca del yo.

4. Renglón 3-Conducta.- Son afirmaciones que se refieren a "esto es lo que yo hago", muestran la forma de actuar y la percepción del propio comportamiento.

5. Columna A-Yo físico.- Valora la percepción del cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

6. Columna B-Yo ético moral.- Es la descripción del yo desde un marco de referencia ético moral, es decir, los valores de bondad o maldad y los aspectos religiosos respecto a Dios.

7. Columna C-Yo personal.- Se refiere a los sentimientos del propio valor, sentimiento de adecuación, a la evaluación de la personalidad además de la percepción del cuerpo y de las relaciones con los demás.

8. Columna D-Yo familiar.- Refleja la percepción del valer personal y de efectividad en las relaciones familiares.

9. Columna E-Yo social.- describe la percepción del individuo respecto a su interacción social.

c) Puntajes de variabilidad.- Proporciona la variabilidad o inconsistencia de una área de autopercepción a otra y se conforma por las siguientes subescalas:

1. Variabilidad total.- Representa el monto total de variabilidad de todos los puntajes en relación a la unidad o integración del individuo.

2. Variabilidad total de columnas.- Mide y resume las variaciones de las columnas ya señaladas.

3. Variabilidad total de renglones.- Es la suma de las variaciones a través de los diferentes renglones.

d) Puntaje de distribución.- Representa la suma obtenida en la distribución de las respuestas por medio de las cinco opciones que se le presentan. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción, la certeza o la seguridad con que uno se percibe a si mismo.

e) Proporción verdadero/falso.- Es una medida de los patrones de respuesta, un índice de si el enfoque del sujeto hacia la ejecución del instrumento tiene una fuerte tendencia a estar de acuerdo o en desacuerdo, independientemente del contenido de las afirmaciones. Esta medida contempla tres aspectos:

1. En relación con la Psicología del Yo.- Es el grado en que se logra la definición del Yo o se hace una autodescripción, es decir, si no existen incongruencias entre "lo que yo soy" y "lo que debería de ser".

2. Validez empírica.

3. Medida de respuestas.- Valora si existen patrones de respuesta desviados.

f) Puntajes netos de conflicto.- Se relacionan con la proporción verdadero/falso, mide en la misma área de autopercepción el grado de conflicto que existe tanto entre las afirmaciones positivas como negativas. Contempla dos formas de conflicto:

1. Conflicto de asentamiento.- Significa que el sujeto está sobreafirmando sus atributos positivos.

2. Conflicto de negación.- Significa que el sujeto exagera, negando sus atributos negativos.

**g) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesotta de Hathaway y McKinley (MMPI):**

Es un inventario que se creó en 1939, con la finalidad de establecer un diagnóstico psicopatológico, no obstante su uso ha planteado que en realidad lo que mide son estructuras caracterológicas. Consta de 550 reactivos, 16 de los cuales se repiten, dando un total de 566 preguntas de opción falso/verdadero, en una modalidad de elección forzada y son autodescriptivos. Estas se agrupan en cuatro escalas de control y diez escalas clínicas.

Se emplea para lograr una separación objetiva entre los estados alterados y no alterados en relación a las características de personalidad.

Para invalidar el instrumento se requiere de la concurrencia de los siguientes criterios de manera simultánea:

- a) Índice de Gough mayor o igual a +9
- b) Que ninguna escala clínica esté contenida dentro de la normalidad estadística del instrumento (T45 - T55)
- c) Que la escala F sobrepase el puntaje de T80

Otro criterio empleado de manera independiente y único es que se omita de dar respuesta a 30 o más reactivos.

1. Escala ?.- Es la escala que contiene el número de reactivos que el sujeto no dió respuesta o bien aquellos que respondió de forma simultanea como verdadero y falso.

2. Escala L.- Detecta el grado de credibilidad que se le puede dar a las respuestas. El grado de honestidad que el sujeto tiene respecto al instrumento, así como el ajuste que manifiesta percibir respecto al grupo social al que pertenece.

3. Escala F.- Indica incomprensión de la prueba y también el grado de conflicto que el sujeto manifiesta tener.

4. Escala K.- Detecta la tendencia del sujeto a contestar los reactivos en forma favorable para él. Opera como un índice de corrección para las escalas clínicas Hs-1, Dp-4, Pt-7, Es-8 y Ma-9.

Las escalas clínicas, son la compilación de preguntas que habitualmente se hacen en la práctica clínica y que están orientadas a la detección de diferentes síndromes clínicos, de tal forma que su nombre indica claramente lo que se indaga con cada grupo de preguntas.

1. Hipocondriasis (Hs-1).- Se trata de una escala que es sensible para la detección de preocupaciones por el cuerpo o su enfermedad.

2. Depresión (D-2).- Contiene síntomas frecuentes en la depresión.
3. Histeria (Hi-3).- Revisa aquellos síntomas que se relacionan con la necesidad de aprobación y aceptación.
4. Desviación psicopática (Dp-4).- Contempla aspectos relacionados con el control de impulsos y su expresión.
5. Masculino/Femenino (MF-5).- Sugiere la aceptación o no del papel genérico que se asigna en una cultura determinada.
6. Paranoia (Pa-6).- Es una escala que detecta características de suspicacia y sensibilidad por lo que ocurre en el entorno.
7. Psicastenia (Pt-7).- Abarca síntomas de tipo obsesivo-compulsivo.
8. Esquizofrenia (Es-8).- Indaga sobre el tipo de pensamiento del sujeto, particularmente el de tipo mágico y su tendencia al aislamiento y la fantasía.
9. Manía (Ma-9).- Es un índice de la energía con la que cuenta el sujeto y de su aplicación a la resolución de las actividades que ejecuta.
10. Socialización (Si-0).- Muestra la tendencia del sujeto a las relaciones con el medio ambiente, es decir, si su tendencia es hacia la introversión o hacia la extraversión.

La validez y confiabilidad han sido de tipo empírico, siendo demostrada su utilidad en la práctica clínica y en las investigaciones de tipo transcultural que se han realizado en todo el mundo. Es importante señalar que es uno de los instrumentos más empleados para la medición de la personalidad. Actualmente se está probando una nueva versión (MMPI-2), pero no se ha demostrado en México, que resulte ser más útil que la versión original.

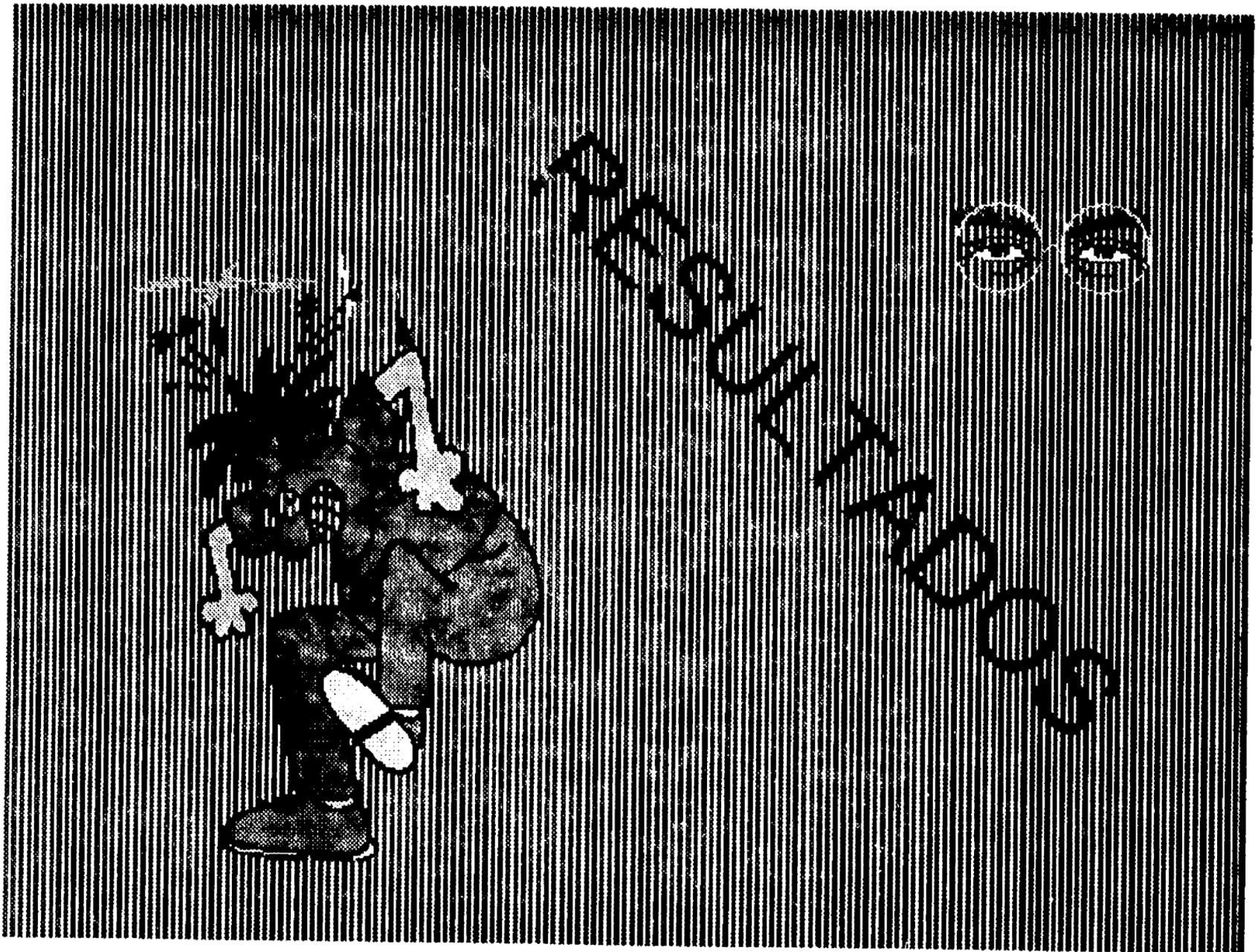
## **PROCEDIMIENTO**

El proceso de trabajo que se siguió en la presente investigación fué como aparece a continuación:

Se invitó a las pacientes del programa de Fertilización asistida medicamente a participar en el estudio, dándoles a conocer los objetivos del mismo y solo se incluyeron a aquellas que reunieran los requisitos de inclusión y que hubiesen aceptado a participar mediante su consentimiento por escrito. El período que comprendió la captura fué de julio de 1989 a agosto de 1991.

Una vez habiendo aceptado, se les dió cita para iniciar la aplicación de los instrumentos y la entrevista. Al final se les agradeció su participación y en caso de que la paciente solicitara atención psicológica se le refirió al servicio asistencial.

Los instrumentos se aplicaron en cinco sesiones de una hora cada una, en un consultorio de la consulta externa del Departamento de Psicología del INPer y corrió a cargo de tres psicólogos entrenados para tal fin.



# CAPITULO 5

## RESULTADOS

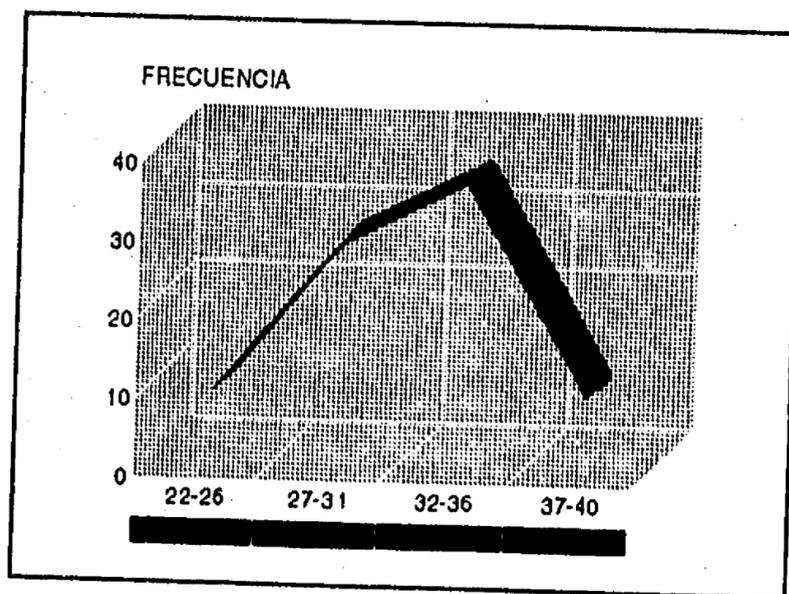
En virtud de que se aplicaron seis diferentes instrumentos, esta sección se reporta en tres partes, la primera consiste en mostrar el perfil socioeconómico y las características gineco-obstétricas de las pacientes, la segunda describe lo arrojado por cada una de las pruebas aplicadas y aquellas escalas que mostraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba t, incluyendo las correlaciones con el resto de las escalas, y la tercera muestra un análisis de regresión múltiple que se utilizó para conocer la capacidad pronóstica de las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas así como con los demás instrumentos.

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

N = 84

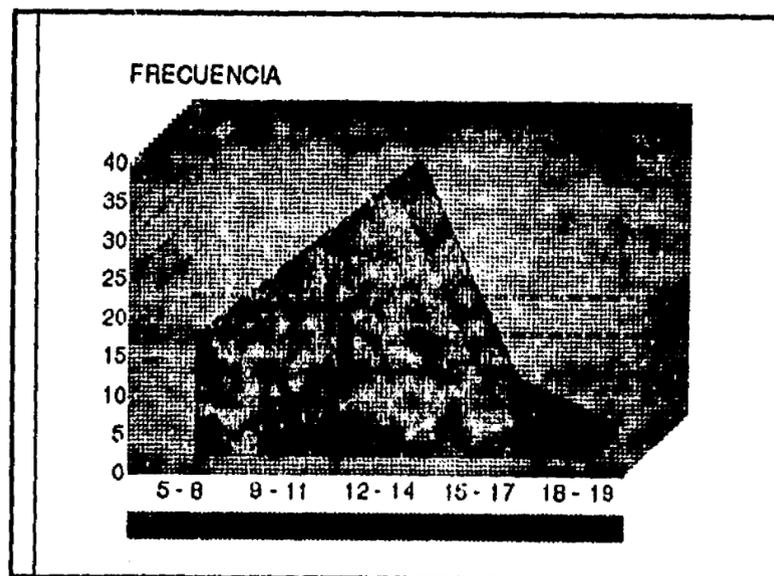
La muestra total fué de 84 pacientes de la clínica de fertilización asistida del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), cuyas características sociodemográficas se describen a continuación.

La edad promedio fué de 31.61 años, con una desviación estándar de 3.80 años en un intervalo de 22 a 40 años (Gráfica 1),



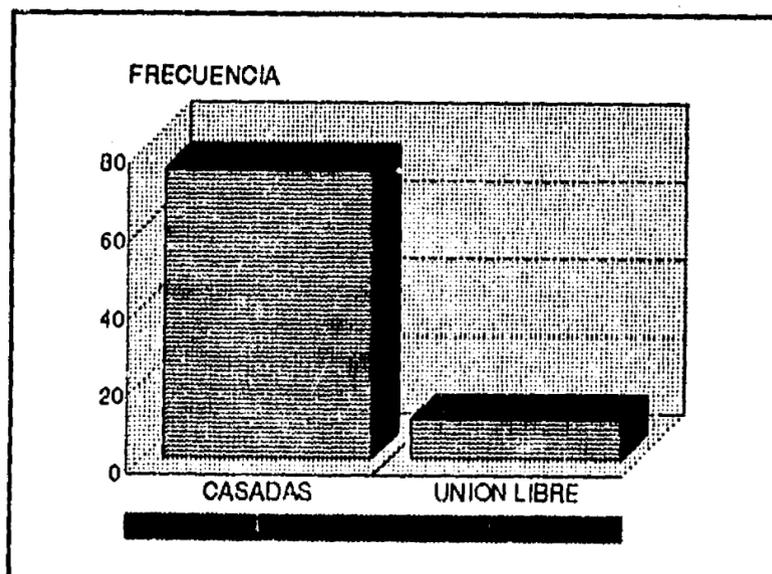
Gráfica 1: Edad

con una escolaridad promedio de 10.95 años y una desviación estándar de 3.16 años (Gráfica 2).



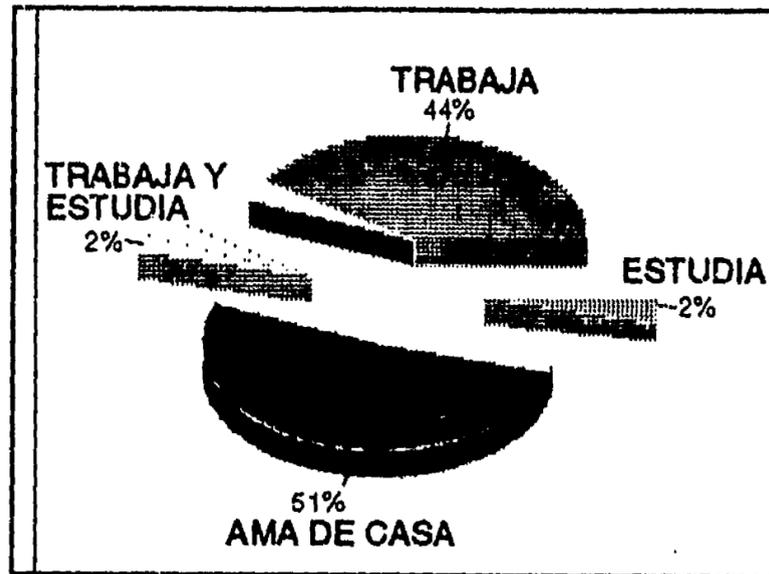
**Gráfica 2: Escolaridad**

Respecto a su estado civil 88.09% eran casadas y 11.90% en unión libre (Gráfica 3).



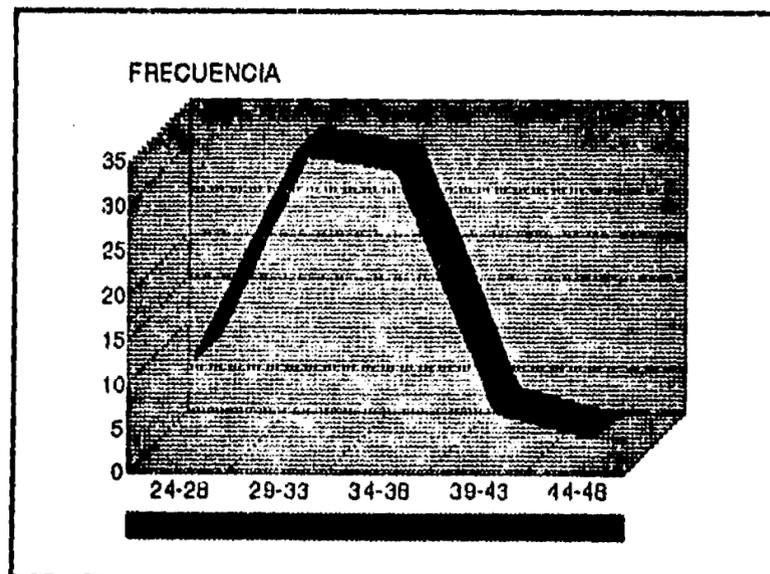
**Gráfica 3: Estado civil**

La ocupación se distribuyó de la siguiente manera: 51.19% son amas de casa, 44.05% trabajan, 2.38% trabajan y estudian y 2.38% estudian (Gráfica 4).



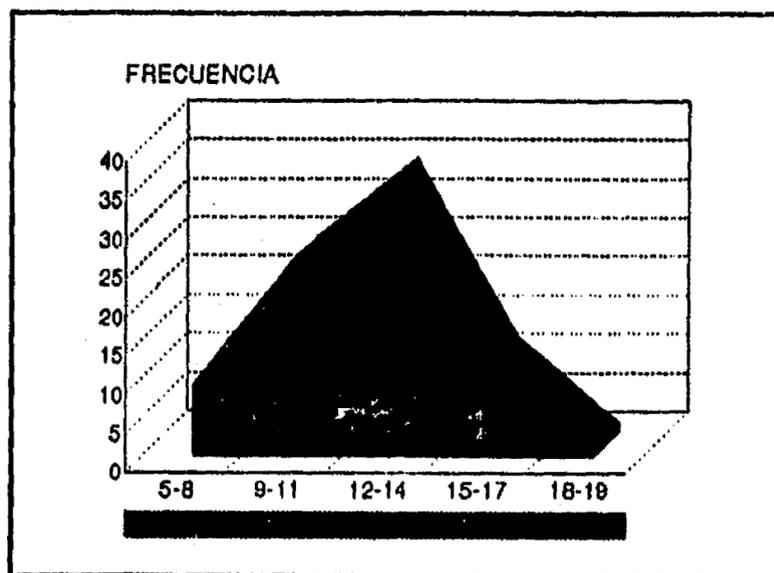
Gráfica 4: Ocupación

La edad promedio del compañero fué de 33.47 años, con una desviación estándar de 4.33 años (Gráfica 5),



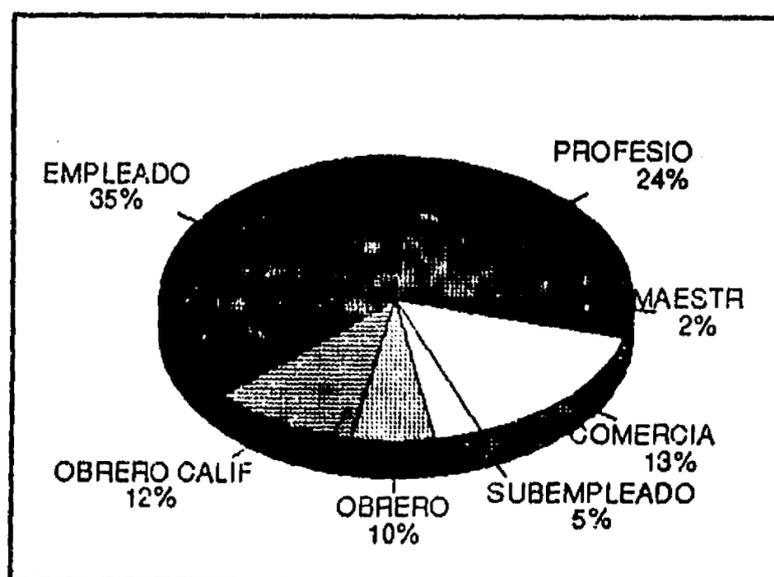
Gráfica 5: Edad del compañero

y la escolaridad de 11.65 años con una desviación estándar de 3.17 años (Gráfica 6).



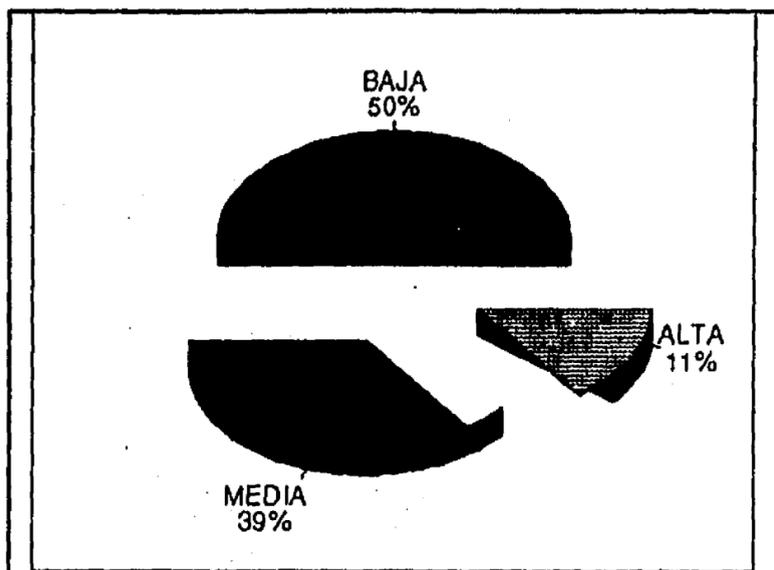
**Gráfica 6: Escolaridad del compañero**

En cuanto a la ocupación del compañero 34.52% son empleados, 22.62% profesionistas, 13.10% pequeños comerciantes, 11.90% obreros o trabajadores eventuales, 10.71% obreros calificados, 8.33% subempleados y 2.38% profesores de primaria (Gráfica 7).



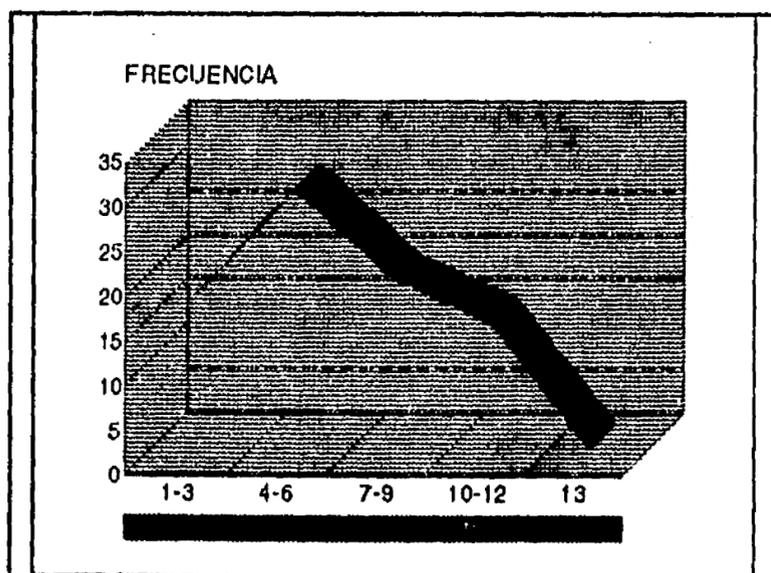
**Gráfica 7: Ocupación del compañero**

La clasificación socio-económica se distribuyó así: 50% en clase baja, 35.71% en clase media y 14.29% en clase alta (Gráfica 8).



**Gráfica 8:** Clasificación socio-económica

En lo relativo a la cronicidad, se obtuvo una media de 6.14 años con una desviación estándar de 2.97 años, y una mediana de 6 años dentro de un intervalo muy amplio que fué de 1 a 13 años (Gráfica 9).

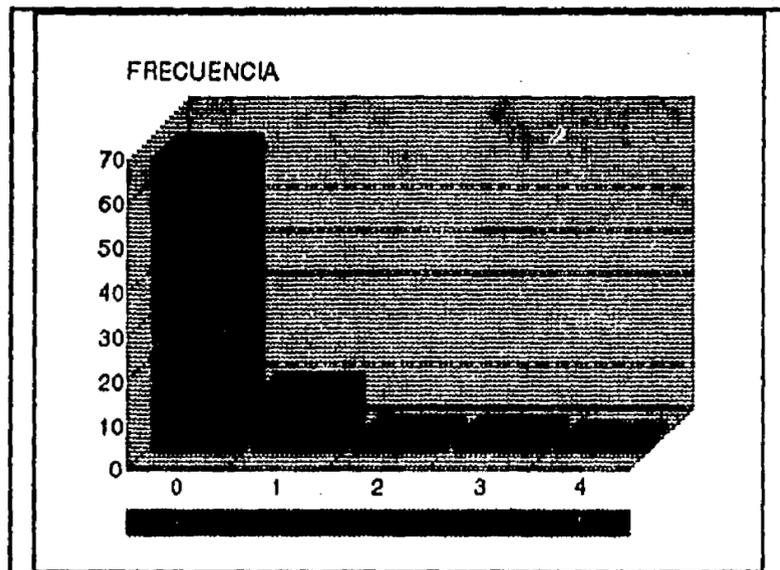


**Gráfica 9:** Cronicidad de la esterilidad

## VARIABLES GINECO-OBSTETRICAS

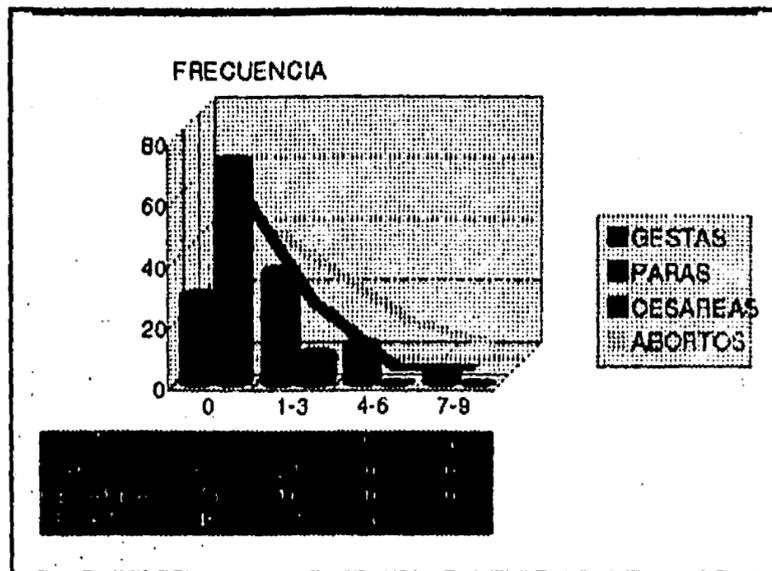
N = 84

La historia gineco-obstétrica fué la siguiente: La mayoría de las pacientes (78.57%) no tenían hijos vivos, correspondiendo a las que tenían uno el siguiente porcentaje en importancia 14.29% y no siendo importantes los demás porcentajes tal como se muestra enseguida, 2.38% dos hijos, 3.57% tres hijos, 1.19% cuatro hijos vivos (Gráfica 10).



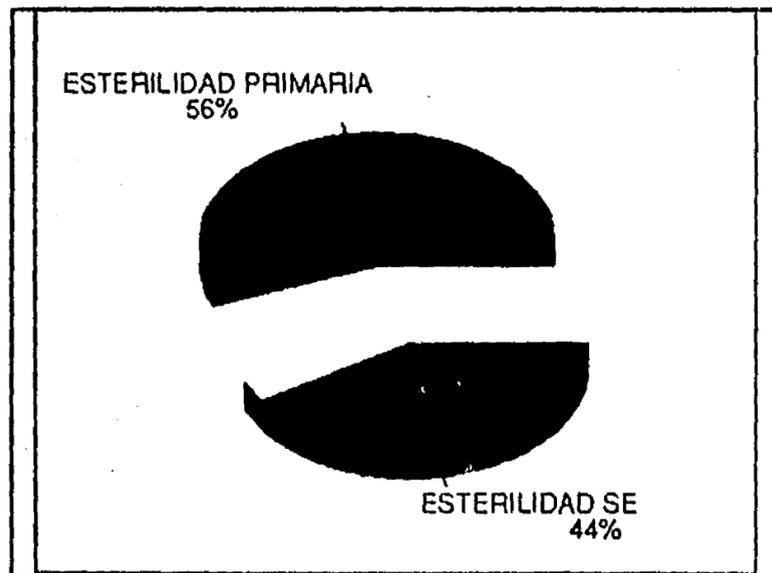
Gráfica 10: Número de hijos vivos

Del porcentaje mayoritario de pacientes sin hijos, un 48.81% nunca se han embarazado, 32.14% han tenido un embarazo, 8.33% dos embarazos, 4.76% tres embarazos, 4.76% cuatro embarazos y 1.19% seis embarazos; de éstos embarazos algunos no necesariamente llegaron a término, hecho por el cual, el 76.19% de las pacientes no han tenido partos, 13.10% un parto, 7.14% dos partos, 2.38% tres partos y 1.19% cuatro partos. Por otra parte están otros eventos como el aborto y así tenemos que: el 70.24% no han tenido abortos, 19.05% un aborto, 8.33% dos abortos, 1.19% tres abortos y 1.19% cuatro abortos (Gráfica 11). Es importante observar que habría diferentes formas de comprender éstos datos, a la luz de los distintos enfoques posibles dadas las circunstancias reproductivas vividas por cada una de las pacientes, pero en todo caso lo importante a señalar es que se trata de una población que tiene un bajo promedio de hijos y de eventos obstétricos en general.



**Gráfica 11: Historia gineco-obstétrica**

El 55.95% tuvieron diagnóstico de esterilidad primaria y 44.05% de esterilidad secundaria (Gráfica 12).



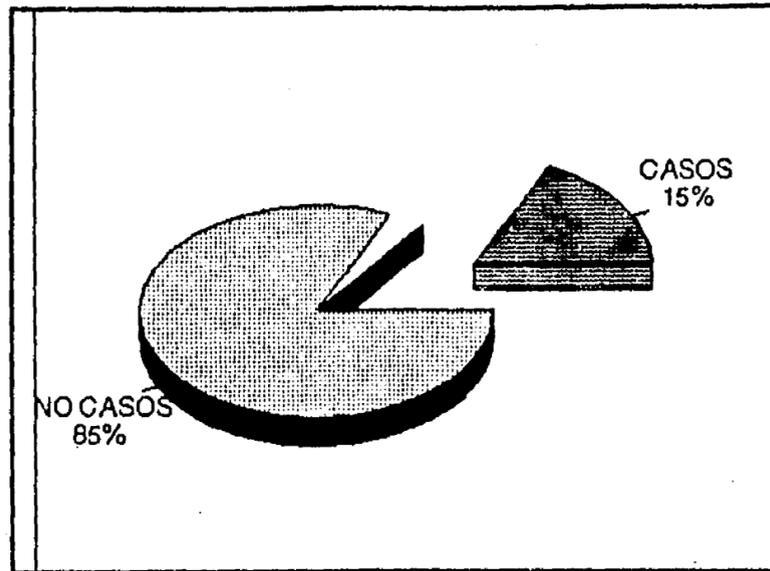
**Gráfica 12: Diagnóstico de esterilidad**

Aunque se colectó la muestra de 84 casos, en realidad por muerte experimental de la muestra, la N varió según el instrumento, así que para el análisis inicial se utilizaron tamaños diferentes ya que no afecta los resultados.

### **CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD (CGS)**

**N = 75**

Con base en el punto de corte reportado para el instruemnto, calibrado en una investigación de la misma institución (7/8), se encontró que hubo una incidencia del 14.67% de "casos", lo que correspondió a 11 personas. La puntuación media fué de 3.48 reactivos, con una desviación estándar de 6.12 (Gráfica 13).



**Gráfica 13:** Proporción de casos con CGS

Se llevó a cabo una revisión de los reactivos para conocer cuales de ellos fueron más frecuentemente contestados positivamente (columnas 3 y 4) y solo considerando aquellos reactivos que hubiesen tenido un mínimo del 20% de la muestra total, obteniéndose la siguiente Tabla 1:

REACTIVO	COL. 3	COL. 4	TOTAL	%	FACTOR
11	14	1	15	20.00	TRASTORNO DEL SUEÑO
20	10	5	15	20.00	IRRITABILIDAD
22	18	4	22	29.33	DEPRESION
26	10	5	15	20.00	IRRITABILIDAD

**Tabla 1:** Reactivos más frecuentemente calificados en las columnas 3 y 4.

Por otra parte se obtuvieron correlaciones de éste instrumento con las demás escalas, mismas que se anotan en la Tabla 2, cuando mostraron una relación considerable o expresado de otra forma una correlación moderada (Williams, 1982). Es importante señalar que las correlaciones positivas se establecieron con aquellas escalas que se asocian con malestar psicológico, tal como las dos dimensiones del IDARE, la escala de depresión (EAMD), la insatisfacción marital (ESM) y las escalas F, 2 y MAS del MMPI y en un sentido inverso con las escalas del Tennessee, hecho que se explica debido a que las escalas citadas miden en un sentido inverso el malestar psicológico.

CORRELACION DE CGS CON:	CORRELACION	N	P
IDARE-ESTADO	0.6229	70	0.000
IDARE-RASGO	0.6358	70	0.000
EAMD	0.6509	73	0.000
ESM	0.5141	69	0.000
MMPI-L	-0.4699	55	0.000
MMPI-F	0.5613	55	0.000
MMPI-K	-0.4441	55	0.001
MMPI-D-2	0.4680	55	0.000
MMPI-MAS	0.5185	55	0.000
EAT-TOTAL	-0.4519	67	0.000
EAT-R3	-0.4104	67	0.001
EAT-CA	-0.4656	67	0.000
EAT-CB	-0.4413	67	0.000
EAT-CC	-0.4060	67	0.001

**Tabla 2:** Correlación del CGS con otras escalas.

Al aplicar el procedimiento de prueba t, se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas, cuando se partió la muestra en dos grupos de edad, uno de 35 años o más y otro de menores de 35 años, tal como se señala en la tabla 3. La decisión del corte de edad fué planteada debido a que es una edad en la que se concibe como límite superior para el intento de procreación, ya que a partir de la misma se ha sugerido que hay una mayor probabilidad de complicaciones.

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
CGS	-2.9142	6.957	0.010

**Tabla 3:** Prueba t con diferencia estadística significativa cuando se compara por grupos de edad, igual o mayor a 35 años y menores de 35 años.

## ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (EAMD)

N = 81

En ésta escala el 28.39% de las pacientes (23 mujeres), puntuó con suficientes síntomas para poderse calificar con algún cuadro depresivo de diferente grado de intensidad de acuerdo con las normas originales del instrumento, si consideramos las normas obtenidas para la población de la institución (González, 1993), tenemos 15 pacientes que corresponden al 18.52%. La puntuación promedio fué de 36.28 +/- 9.48 puntos en bruto, de un máximo de 80.

Al revisar los síntomas más frecuentemente referidos como positivos, y siguiendo el criterio de aquellos reactivos que tuvieran un mínimo del 20% de pacientes que contestaran con una puntuación de tres o cuatro. Se uso como criterio el 20% de manera arbitraria, por considerar que es un porcentaje que puede indicar consistencia en la respuesta de positividad del síntoma. De tal manera se logró detectar nueve, que son los que muestra la Tabla 4:

REACTIVO	3	4	TOTAL	%	SINTOMA	TIPO
5	14	19	33	40.74	APETITO	FISIOLOGICO
6	11	8	19	23.46	SEXUAL	FISIOLOGICO
11	23	10	33	40.74	CONFUSION	PSICOLOGICO
12	14	5	19	23.46	RETARDO PSICOMOTOR	PSICOLOGICO
13	11	9	20	24.69	AGITACION PSICOMOTORA	PSICOLOGICO
16	20	13	33	40.74	INDECISION	PSICOLOGICO
17	20	0	20	24.69	DEVALUACION PERSONAL	PSICOLOGICO
18	11	6	17	20.99	VACUIDAD	PSICOLOGICO
20	12	8	20	24.69	INSATISFACCION	PSICOLOGICO

**Tabla 4:** Síntomas de la EAMD que con mayor frecuencia puntuaron de forma positiva.

Es de trascendencia señalar que los reactivos obtenidos en su mayoría (7 de 9) son de tipo psicológico y muy particularmente con aspectos que nos permiten inferir una condición de conflicto intrapsíquico, pues se trata de aspectos de confusión e indecisión así como de vacuidad e insatisfacción. Tales fenómenos es posible observarlos desde un punto de vista clínico en éste tipo de pacientes y muy relacionado en principio con su deseo reproductivo,

aunque más adelante se transforma en una situación más general, muy posiblemente reactivados por una situación regresiva hacia componentes muy esenciales de la identidad y las identificaciones tempranas inmersas en el fenómeno del género.

Las correlaciones significativas y al menos moderadas, con respecto a las demás escalas aplicadas se muestran en la tabla 5:

CORRELACION DE EAMD CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.6509	73	0.000
IDARE-ESTADO	0.7061	77	0.000
IDARE-RASGO	0.7281	77	0.000
ESM	0.4928	75	0.000
MMPI-L	-0.4549	56	0.000
MMPI-F	0.5937	56	0.000
MMPI-K	-0.4649	56	0.000
MMPI-D-2	0.6588	56	0.000
MMPI-Si-0	0.5305	56	0.000
MMPI-MAS	0.5478	56	0.000
EAT-TOTAL	-0.6463	70	0.000
EAT-R2	-0.5647	70	0.000
EAT-R3	-0.6020	70	0.000
EAT-CA	-0.7055	70	0.000
EAT-CB	-0.5140	70	0.000
EAT-CC	-0.6584	70	0.000
EAT-CD	-0.4923	70	0.000
EAT-CE	-0.4181	70	0.000

**Tabla 5:** Correlación del EAMD con otras escalas

Estos resultados nos muestran la coherencia existente en la batería aplicada, en la medida en que las correlaciones concuerdan con la presencia de estados emocionales alterados. En lo particular de la medición de la depresión, podemos enfatizar que de la misma manera en que hay una correlación positiva con aquellas escalas que plantean una condición de malestar o reacciones ansiosas, dificultades en el área marital y aislamiento, por otra

parte hay una disminución importante en diferentes áreas del autoconcepto, mismas que son consecuentes con el malestar pues lo que miden son aspectos de comportamineto y apreciación de la imágen corporal, los valores sociales y la autopercepción de pertinencia de los modelos con los que se identifica una persona. Tal hecho nos permite expresar que redunda en una concordancia con el constructo planteado, ya que los estados depresivos impactan de forma fundamental el autoconcepto.

### **INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO ESTADO (IDARE) N = 77**

En acuerdo con las normas generadas para éste inventario en la población del INPer (Morales, 1990), se encontraron 19 pacientes que rebasaron la norma para la ansiedad estado, lo que corresponde al 24.67% de la muestra que manifestaron suficientes síntomas para clasificarse en alguna categoría de ansiedad estado. La media de puntuaciones fué de 37.97 +/- 11.55, de un total posible de 80.

Se analizó la frecuencia con que cada uno de los reactivos de ésta dimensión fueron contestados con intensidad moderada o severa y se resumen aquellos que bajo ésta condición tuviera al menos el 20% de las pacientes; el área se denominó de acuerdo con los reactivos que contempla, aunque vale la pena hacer mención que no corresponde a una clasificación empleada en otras investigaciones, y por otra parte se presentaran primero los resultados de la dimensión estado solo por haber tomado los datos de acuerdo con la numeración establecida por el protocolo. Estos hallazgos se presentan a continuación (Tabla 6):

REACTIVO	PUNT. MODERADA	PUNT. SEVERA	TOTAL	%	AREA
1	29	3	32	41.56	INTRANQUILIDAD
2	19	6	25	32.47	INSEGURIDAD
5	17	6	23	29.87	INCONFORMIDAD
8	26	7	33	42.86	CANSANCIO
10	20	6	26	33.77	INCOMODIDAD
11	9	8	17	22.08	INSEGURIDAD
15	32	10	42	54.55	CANSANCIO
16	23	7	30	38.96	INSATISFACCION
19	25	11	36	46.75	TRISTEZA
20	18	6	24	31.17	INCONFORMIDAD

**Tabla 6:** Reactivos del IDARE Estado que se contestaron con mayor frecuencia, con una intensidad moderada y severa.

Como se puede apreciar, los reactivos que más frecuentemente fueron contestados de manera positiva y de moderado a severo, contemplan aspectos que de una u otra forma corresponden a síntomas que se comparten con un fondo depresivo y de aprensión, lo que posiblemente tenga que ver con la situación de diagnóstico y tratamiento amén de una condición depresiva de fondo. También se hace necesario señalar que los reactivos fueron respondidos en una intensidad moderada, lo que concuerda con el hecho de que se trata de una población abierta y por consiguiente las reacciones aunque patológicas plantean una posibilidad de autocontención.

En la Tabla 7 se muestran las correlaciones que tienen una relación considerable entre el IDARE Estado y las demás escalas aplicadas.

CORRELACION DE IDARE-ESTADO CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.6229	70	0.000
IDARE-Rasgo	0.6545	77	0.000
EAMD	0.7061	77	0.000
ESM	0.4628	73	0.000
MMPI-D-2	0.5107	54	0.000
EAT-TOTAL	-0.5250	68	0.000
EAT-R2	-0.4187	68	0.000
EAT-R3	-0.5007	68	0.000
EAT-CA	-0.5829	68	0.000
EAT-CB	-0.4723	68	0.000
EAT-CC	-0.4862	68	0.000

**Tabla 7:** Correlación del IDARE-Estado con otras escalas.

Como se puede apreciar, las correlaciones positivas fueron con instrumentos que miden malestar psicológico, ansiedad, depresión y satisfacción marital, siendo llamativo el hecho de que la correlación con la EAMD fuese la más alta. Con estos elementos no puede soslayarse el hecho de que las reacciones de ansiedad medidos por el IDARE-estado posiblemente revelen son producto de fenómenos emocionales crónicos reactivados por la presencia de una situación de crisis, misma que es constatada en las correlaciones negativas con la escala de autoconcepto en la que se encuentran 5 de las 8 escalas clínicas del instrumento y siendo notable que dichas escalas evidencien un conflicto con los aspectos de conducta, autosatisfacción y la relación con la imagen corporal, los valores y la vivencia personal de competencia, aspectos que desde luego favorecen la presencia de estados agudos de ansiedad.

En lo que respecta a la dimensión de ansiedad Rasgo, el promedio fué de 40.43 +/- 9.86 puntos en bruto, de un total de 80, lo que implicó que el 23.37% de la muestra (18 casos), obtuvieran suficiente puntuación para afirmar que tuviesen un rasgo ansioso.

De la misma manera se revisaron aquellos reactivos que fueron contestados en intensidad moderada o severa y se resumen aquellos que obtuvieron un mínimo del 20% de la muestra; éstos se muestran enseguida (Tabla 8):

REACTIVO	PUNT. MODERADA	PUNT. SEVERA	TOTAL	%	AREA
21	14	4	18	23.38	INSATISFACCION
24	12	13	25	32.47	TRISTEZA
26	18	5	23	29.87	CANSANCIO
27	22	7	29	37.66	INTRANQUILIDAD INSATISFACCION
29	17	9	26	33.77	PREOCUPACION
31	15	11	26	33.77	APRENSION
33	23	7	30	38.96	INSEGURIDAD
34	15	16	31	40.26	EVASION
36	22	3	25	32.47	INSATISFACCION
38	13	5	18	23.38	IDEAS FIJAS
39	18	6	24	31.17	INESTABILIDAD
40	9	10	19	24.68	APRENSION

**Tabla 8:** Reactivos del IDARE-Rasgo que se contestaron con mayor frecuencia con intensidad moderada y severa.

De igual manera que con la dimensión estado, en la ansiedad rasgo, se correlacionaron los otros instrumentos y en la Tabla 9 se consignan aquellas correlaciones que se pueden calificar de moderadas.

En la tabla 8 podemos resaltar un elemento que puede ser importante de ser considerado en otros trabajos en el futuro y es que el reactivo con una mayor frecuencia obedece a comportamientos evasivos (reactivo 34), lo que nos sugiere que hay una dificultad en el modelo de afrontamiento de las pacientes. Por otra parte los demás reactivos están relacionados y muy probablemente comparten una similitud con estados depresivos y por ende de bajo autoconcepto.

Al tratarse de un elemento más estable del carácter, nos sugiere la idea de que se hace necesario un trabajo con las pacientes hacia la modificación de la autopercepción y del fortalecimiento de las funciones yoicas haciendo uso de las áreas sanas de la paciente.

CORRELACION DE IDARE-RASGO CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.6358	70	0.000
IDARE-ESTADO	0.6545	77	0.000
EAMD	0.7281	77	0.000
ESM	0.6255	73	0.000
MMPI-L	-0.4992	54	0.000
MMPI-F	0.5514	54	0.000
MMPI-K	-0.5228	54	0.000
MMPI-D-2	0.6241	54	0.000
MMPI-Si-0	0.5039	54	0.000
MMPI-MAS	0.6328	54	0.000
EAT-TOTAL	-0.6172	68	0.000
EAT-R2	-0.5222	68	0.000
EAT-R3	-0.5815	68	0.000
EAT-CA	-0.6124	68	0.000
EAT-CB	-0.4637	68	0.000
EAT-CC	-0.6722	68	0.000
EAT-CD	-0.4757	68	0.000
EAT-CE	-0.4289	68	0.000

**Tabla 9:** Correlación del IDARE-Rasgo con otras escalas.

Las correlaciones con el resto de las escalas señalan una alta concordancia con aquellas otras que miden aspectos de malestar psicológico, depresión, insatisfacción marital, conflicto y aislamiento, situación esperada debido a que los rasgos ansiosos están presentes en pacientes cuya vivencia interna es de conflicto y depresión. Por otra parte se afectan las relaciones con el entorno y se hace más factible la aparición de mecanismos defensivos que a su vez concuerdan con un bajo autoconcepto en prácticamente todas las áreas clínicas.

Lo que puede ser explicado con la clarificación de que un rasgo ansioso es producto fundamental de una estructuración del carácter sobre una base de inseguridad.

Se aplicó la prueba t con dos particiones de tiempo de cronicidad, en los que se observan diferencias estadísticamente significativas en la dimensión estado. Los valores de cronicidad fueron de 5 o más años o menos de 5 y para 7 o más años o menos de 7 años. Se consideraron estos dos cortes debido a que en la experiencia clínica y de otras investigaciones (Knoger, 1952; Thiering, 1993) una cronicidad de tal magnitud señala aspectos diferenciales en cuanto a las reacciones emocionales, hecho que se corroboran los resultados que se muestran en la tabla 10.

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
IDARE-ESTADO (PUNTO DE CORTE 5 AÑOS)	6.4362	4.843	0.031
IDARE-ESTADO (PUNTO DE CORTE 7 AÑOS)	7.9583	9.620	0.003

**Tabla 10:** Pruebas t significativas para Idare-estado, con dos puntos de corte de cronicidad 5 y 7 años.

Con estos resultados, se confirma que a mayor cronicidad, los resultados respecto a la ansiedad reactiva son más pronunciados, posiblemente por un efecto de desgaste emocional.

### ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (ESM)

**N = 75**

Esta escala se subdivide en tres factores y hay una calificación global. En relación a la calificación global, tenemos que la media de la población estudiada, fué de 36.29 puntos con una desviación estándar de 9.39, media que está por debajo de lo reportado por el estudio de Pick y Andrade (1988), en el que se obtuvo 38.20 para la población total y de 39.45 para la submuestra de mujeres.

Al revisar el Factor I -satisfacción en la interacción conyugal-, se encontró una media de 14.20, con una desviación estándar de 4.06, lo que también está por debajo de los hallazgos de Pick y Andrade ( ), quienes reportan una media de 15.20 para la muestra total y de 17.47 para la submuestra de mujeres.

En el Factor II -satisfacción con los aspectos emocionales del conyuge-, se observó algo semejante, pero menos acentuado, pues la media fue de 8.65, con una desviación estándar de 2.46 y en el estudio multicitado fué de 8.80 para la muestra total y de 8.88 para la submuestra de mujeres.

El Factor III -satisfacción con aspectos estructurales del cónyuge-, tenemos que nuestra media fué de 13.44, con una

desviación estándar de 3.95 y el citado trabajo obtuvo medias de 14.20 para la muestra total y de 13.10 para la submuestra de mujeres, media ésta última que se encuentra por debajo de lo hallado por la presente investigación.

Se hizo una revisión de cada uno de los reactivos, con el fin de observar el ajuste mediano y el mal ajuste, tomando en consideración las calificaciones propuestas por las autoras respecto a mediano a mal ajuste y de acuerdo con la frecuencia que se hubiese presentado y con su respectivo porcentaje de pacientes; ésto se muestra en la Tabla 11:

REACTIVO	AJUSTE MEDIANO	%	MAL AJUSTE	%	FACTOR
1	21	28.00	2	2.67	I SATISFACCION CON LA INTERACCIO MARITAL
2	17	22.67	8	10.67	
3	18	24.00	5	6.67	
4	9	12.00	10	13.33	
5	18	24.00	6	8.00	
6	19	25.33	5	6.67	
7	33	44.00	6	8.00	
8	22	29.33	5	6.67	
9	24	32.00	5	6.67	
10	22	29.33	5	6.67	
11	34	45.33	9	12.00	II SATISFACCION CON ASPECTOS EMOCIONALES DEL CONYUGE
12	30	40.00	18	24.00	
13	31	41.33	12	16.00	
14	33	44.00	20	26.67	
15	23	30.67	3	4.00	
16	24	32.00	11	14.67	III SATISFACCION CON ASPECTOS ESTRUCTURALES DEL CONYUGE
17	27	36.00	6	8.00	
18	19	25.33	7	9.33	
19	27	36.00	8	10.67	
20	22	29.33	6	8.00	
21	29	38.67	11	14.67	
22	16	21.33	5	6.67	
23	24	32.00	8	10.67	
24	18	24.00	3	4.00	

**Tabla 11:** Porcentaje de las respuestas a un ajuste medio y mal ajuste en la ESM.

Como se puede apreciar, en su mayoría los reactivos son contestados en la puntuación 3, lo que sería indicativo de que hay elementos que sugieren algún malestar en la relación de pareja, aunque no son suficientes para establecer insatisfacción marital y por lo mismo da cuenta de no haber encontrado medias que rebasen las que hallaron las autoras en su trabajo. También habría de aclarar que es una área que no es fácilmente indagable y menos aún en éste grupo de pacientes, pues se encuentran más interesadas en su situación reproductiva y con frecuencia se observa clínicamente, que manifiestan una buena adaptación a la relación de pareja, solo emergiendo la problemática cuando se proporciona una intervención psicológica.

Esta escala correlacionó significativamente y de manera moderada con los instrumentos que se señalan en la Tabla 12:

CORRELACION DE ESM CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.5141	69	0.000
IDARE-ESTADO	0.4628	73	0.000
IDARE-RASGO	0.6255	73	0.000
EAMD	0.4928	75	0.000
MMPI-D-2	0.4022	55	0.002
MMPI-Si-0	0.4028	55	0.002
EAT-TOTAL	-0.4852	68	0.000
EAT-R2	-0.4147	68	0.000
EAT-R3	-0.4294	68	0.000
EAT-CA	-0.4923	68	0.000
EAT-CB	-0.4159	68	0.000
EAT-CC	-0.4891	68	0.000
EAT-CD	-0.4294	68	0.000

**Tabla 12:** Correlación del ESM con otras escalas.

Como puede distinguirse en las correlaciones, una sensación de insatisfacción marital concuerda con resultados de malestar psicológico, reacciones y rasgos de ansiedad y depresión, así como con un comportamiento de aislamiento. Por otro lado correlacionó negativamente con el total de autoconcepto, el comportamiento, la autosatisfacción y las sub-escalas que establecen que tanto un paciente siente tener concordancia entre su autocatalogación respecto a la autoimagen, los valores, los aspectos personales y

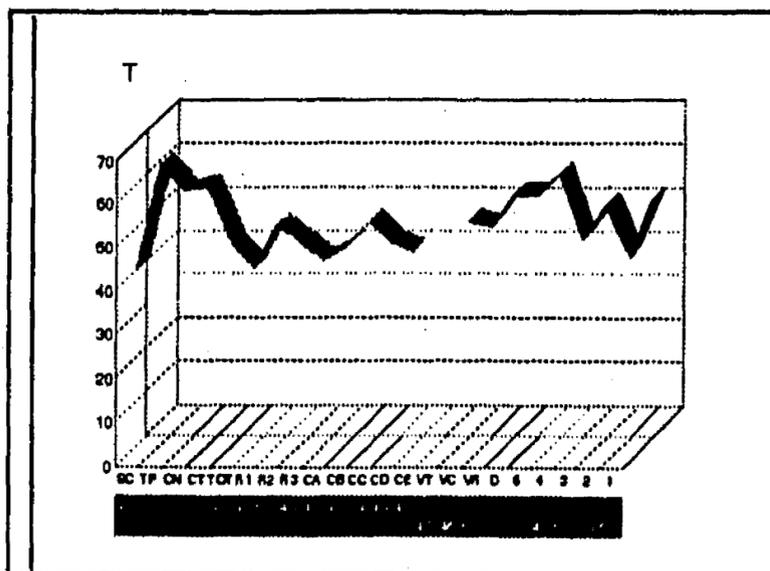
los aspectos familiares. Tales resultados muestran la intervención de los componentes emocionales en la posibilidad de crear un clima de satisfacción en la relación de pareja.

**ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE (EAT)**  
**N = 70**

El perfil promedio se muestra en la tabla 13 y su dispersigrama en la gráfica 14.

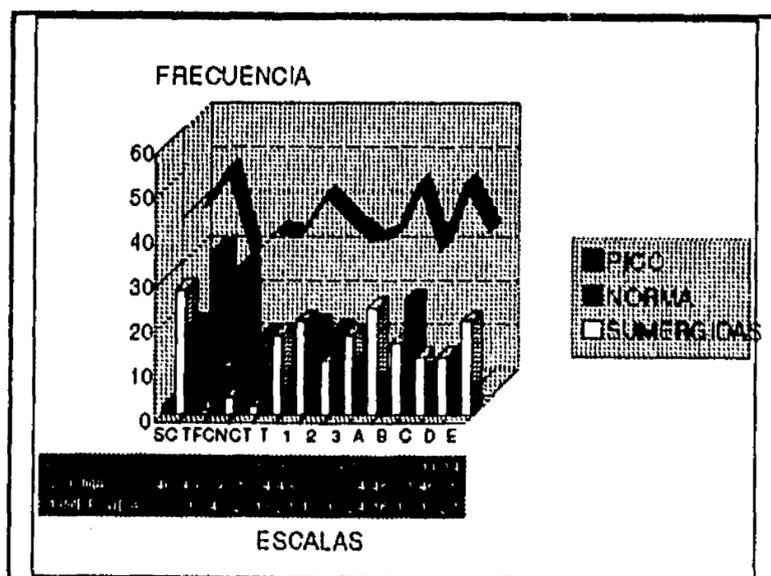
<b>SUB-ESCALAS</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACION ESTANDAR</b>	<b>MEDIANA</b>
AUTOCRITICA (SC)	30.39	6.18	30.50
FALSO/VERDADERO (T/F)	1.44	1.03	1.20
CONFLICTO NETO	10.51	22.74	9.50
CONFLICTO TOTAL	40.97	13.21	38.00
TOTAL	343.43	44.87	345.50
IDENTIDAD (R1)	121.04	14.61	123.50
AUTOSATISFACCION (R2)	108.36	17.72	110.00
CONDUCTA (R3)	114.03	16.27	114.00
YO FISICO (CA)	69.06	11.23	69.00
YO ETICO-MORAL (CB)	69.27	8.95	71.00
YO PERSONAL (CC)	68.43	11.36	69.00
YO FAMILIAR (CD)	70.29	9.80	71.00
YO SOCIAL (CE)	66.44	10.01	66.50
VARIABILIDAD TOTAL	45.79	14.10	44.50
VARIABILIDAD COLUMNAS	27.19	8.70	26.00
VARIABILIDAD RENGLONES	21.54	10.40	19.00
DISTRIBUCION D	127.94	30.45	123.50
DISTRIBUCION 5	24.11	11.94	23.00
DISTRIBUCION 4	21.20	9.50	21.50
DISTRIBUCION 3	18.57	13.04	17.00
DISTRIBUCION 2	11.46	6.25	12.00
DISTRIBUCION 1	23.33	10.85	22.00

**Tabla 13:** Puntuaciones de medidas de resumen de las sub-escalas de la EAT.



**Gráfica 14:** Dispersograma de la EAT.

Por otra parte se obtuvieron las sub-escalas clínicas que rebasaron los baremos del instrumento, tanto hacia las puntuaciones altas (escalas pico), como las que estuvieron por debajo (escalas sumergidas), así tenemos que de un total de 910 sub-escalas obtenidas, 176 se encuentran sumergidas y 226 en pico, tal como se muestra en la gráfica 15.



**Gráfica 15:** Proporción de escalas pico y sumergidas de la EAT.

Tales resultados nos plantean que las escalas fundamentalmente sumergidas son las clínicas y las que se encuentran en pico pertenecen a las de conflicto y autodescripción.

También se realizó un procedimiento de correlación con el resto de las escalas aplicadas, reportándose de la tabla 14 a la 21, aquellas que tienen una relación considerable y significativa, llamando la atención que las correlaciones pertenecen a las escalas clínicas:

CORRELACION DE EAT-TOTAL CON:	CORRELACION	N	P
CGS	-0.4519	67	0.000
IDARE-ESTADO	-0.5250	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.6172	68	0.000
EAMD	-0.6463	70	0.000
ESM	-0.4852	68	0.000
MMPI-L	0.4204	55	0.001
MMPI-F	-0.6403	55	0.000
MMPI-K	0.6242	55	0.000
MMPI-D-2	-0.5957	55	0.000
MMPI-Pa-6	-0.4936	55	0.000
MMPI-Si-0	-0.5506	55	0.000
MMPI-MAS	-0.6398	55	0.000

**Tabla 14:** Correlación de la EAT-Total con otras escalas.

La escala total (TABLA 14), es la medida más global del nivel de autoconcepto por lo que tiene un valor importante dentro del contexto general de la escala. En la tabla podemos constatar que las relaciones positivas son con unadiminución del ajuste al grupo y con una elevación de los recursos defensivos. Por otro lado, hay una relación inversa con el malestar psicológico, la ansiedad, la depresión, la satisfacción marital, los elementos de sobrevigilancia del entorno y el aislamiento, hechos que corroboran la congruencia de los resultados pues se trata de escalas que miden aspectos de alteración emocional cuando van en aumento, por consiguiente pareciera haber un acuerdo de que las reacciones emocionales alteradas están íntimamente ligadas a un bajo autoconcepto.

En la tabla 15 vemos la relación existente entre la autopercepción de un deterioro en el ajuste al grupo y la sub-escala de autocrítica, coincidiendo ambas, debido a que en todo caso existe una condición rigurosa de autocatalogarse y por tanto una autopercepción de bajo ajuste al grupo.

CORRELACION DE EAT-SC CON:	CORRELACION	N	P
MMPI-L	-0.6082	55	0.000

**Tabla 15:** Correlación de la EAT-Sc con otras escalas.

Respecto a la escala R1 (Tabla 16), ésta mide la dimensión de identidad y en las relaciones significativas todas ellas fueron inversas, lo que puede ser explicado en el sentido de que a mayor puntuación de la identidad existe una disminución del ajuste al grupo y de las defensas, es decir, no existe la necesidad de dar una imagen diferente de sí mismo. Además, las escalas de depresión, histeria, desviación psicopática y manía disminuyen, lo que resulta obvio pues no requiere de respuestas que respalden su sensación de bienestar. Respecto a la escala de feminidad-masculinidad queda explicado debido a que es una escala que al disminuir en el perfil femenino, ello corresponde a los valores sociales de identidad femenina, con lo que sirve de elemento corroborador.

CORRELACION DEL EAT-R1 CON:	CORRELACION	N	P
MMPI-L	-0.4275	55	0.001
MMPI-K	-0.4758	55	0.001
MMPI-D-2	-0.4126	55	0.001
MMPI-Hi-3	-0.4465	55	0.001
MMPI-Dp-4	-0.4590	55	0.001
MMPI-MF-5	-0.4726	55	0.001
MMPI-Ma-9	-0.4445	55	0.001
MMPI-Fe	-0.4527	55	0.001

**Tabla 16:** Correlación de la EAT-R1 con otras escalas.

La tabla 17 muestra las correlaciones con el renglón 2 del Tennessee que mide la conducta que el paciente interpreta como congruente o no con las expectativas, tanto personales como del medio al que pertenece. En éste sentido encontramos que en su autopercepción un decremento en las escalas de ansiedad, depresión, la percepción de conflicto, preocupación por el cuerpo, suspicacia, mecanismos de evasión y fantasía, así como el aislamiento dan por resultado un incremento en la satisfacción con la conducta, lo que también redundo en una mejor capacidad de defensa y de manifestación de satisfacción con la relación marital.

<b>CORRELACION DE EAT-R2 CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
IDARE-ESTADO	-0.4187	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.5222	68	0.000
EAMD	-0.5647	70	0.000
ESM	-0.4147	68	0.000
MMPI-F	-0.5978	55	0.000
MMPI-K	0.5331	55	0.000
MMPI-Hs-1	-0.4006	55	0.002
MMPI-D-2	-0.5443	55	0.000
MMPI-Pa-6	-0.4718	55	0.000
MMPI-Es-8	-0.4307	55	0.001
MMPI-Si-0	-0.4656	55	0.000

**Tabla 17:** Correlación de la EAT-R2 con otras escalas.

<b>CORRELACION DE EAT-R3 CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
CGS	-0.4104	67	0.001
IDARE-ESTADO	-0.5007	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.5815	68	0.000
EAMD	-0.6020	70	0.000
ESM	-0.4294	68	0.000
MMPI-L	0.4778	55	0.000
MMPI-F	-0.6248	55	0.000
MMPI-K	0.6517	55	0.000
MMPI-D-2	-0.5818	55	0.000
MMPI-Pa-6	-0.4556	55	0.000
MMPI-Si-0	-0.6262	55	0.000

**Tabla 18:** Correlación de EAT-R3 con otras escalas.

La tabla 18 contempla las correlaciones significativas que con respecto a la escala R3 (autosatisfacción) se hallaron. Tales resultados parecen apuntar hacia una relación inversa respecto a los aspectos de malestar psicológico, así como de algunas manifestaciones asociadas con aislamiento, depresión y susceptibilidad respecto al exterior. También indica que a un mejor puntaje en esta escala hay un equipo defensivo mayor y la adaptación al grupo no es sintónica, de la misma manera que hay manifestación de mayor satisfacción marital.

La tabla 19, por su parte nos muestra la relación significativa de la escala CA (Yo físico) con el resto de escalas y así tenemos que ésta correlaciona positivamente con la capacidad defensiva de las pacientes y de manera inversa con el malestar psicológico, la ansiedad, depresión, satisfacción marital, ajuste al grupo, preocupación por el cuerpo, histeria, suspicacia y aislamiento. Tales resultados nos muestran que por la construcción del instrumento, un decremento de tales características son deseables para poder poseer un concepto físico que gratifique las propias expectativas y las que demanda la cultura.

CORRELACION DE EAT-CA CON:	CORRELACION	N	P
CGS	-0.4656	67	0.000
IDARE-ESTADO	-0.5829	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.6124	68	0.000
EAMD	-0.7055	70	0.000
ESM	-0.4923	68	0.000
MMPI-F	-0.5234	55	0.000
MMPI-K	0.4881	55	0.000
MMPI-Hs-1	-0.4241	55	0.001
MMPI-D-2	-0.6362	55	0.000
MMPI-Hi-3	-0.4244	55	0.001
MMPI-Pa-6	-0.5305	55	0.000
MMPI-Si-0	-0.4716	55	0.000
MMPI-MAS	-0.5994	55	0.000

**Tabla 19:** Correlación de la EAT-CA con otras escalas.

Las correlaciones significativas de la escala CB (Yo ético-moral) con el resto de escalas establece un crecimiento paralelo a las defensas del paciente y de la ansiedad estado. Por su parte,

existen correlaciones negativas con la ansiedad como rasgo, la depresión, la satisfacción marital, el ajuste al grupo, la suspicacia y extraversión. Tales resultados sugieren la necesidad de poseer una respuesta emocional estable de éstas características para que la autopercepción valorada por las normas éticas-morales mejore.

CORRELACION DE EAT-CB CON:	CORRELACION	N	P
CGS	-0.4413	67	0.000
IDARE-ESTADO	0.4723	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.4637	68	0.000
EAMD	-0.5140	70	0.000
ESM	-0.4159	68	0.000
MMPI-F	-0.5951	55	0.000
MMPI-K	0.5818	55	0.000
MMPI-D-2	-0.4283	55	0.001
MMPI-Pa-6	-0.4057	55	0.002
MMPI-Si-0	-0.4398	55	0.000
MMPI-MAS	-0.4893	55	0.000

**Tabla 20:** Correlación de la EAT-CB con otras escalas.

La sub-escala CC contempla los aspectos de Yo personal (aquellos elementos de la autopercepción que el individuo se adjudica y responden a la propia expectativa). En la tabla 21 se consignan aquellas otras escalas que se relacionan de manera significativa con la variación de los puntajes de la escala. En consecuencia observamos que solo correlaciona de forma positiva con la escala que mide la defensividad del paciente y el resto se relaciona de manera inversa con los puntajes relacionados con ansiedad rasgo, depresión, percepción de satisfacción marital, bajo ajuste al grupo, menor preocupación por la salud, puntajes bajos en psicastenia y extraversión.

CORRELACION DE EAT-CC CON :	CORRELACION	N	P
CGS	-0.4060	67	0.001
IDARE-ESTADO	-0.4862	68	0.000
IDARE-RASGO	-0.6722	68	0.000
EAMD	-0.6584	70	0.000
ESM	-0.4891	68	0.000
MMPI-L	0.5125	55	0.000
MMPI-F	-0.6032	55	0.000
MMPI-K	0.6024	55	0.000
MMPI-D-2	-0.5478	55	0.000
MMPI-Pa-6	-0.4313	55	0.001
MMPI-Es-8	-0.4058	55	0.002
MMPI-Si-0	-0.4903	55	0.000
MMPI-MAS	-0.6718	55	0.000

**Tabla 21:** Correlación de la EAT-CC con otras escalas.

Por otra parte en la tabla 22 se reportan las correlaciones significativas con respecto a la escala CD (Yo familiar), de las que podemos expresar que hay una correlación positiva con la escala K de MMPI, lo que sugiere que ésta parece de la percepción también se encuentra ligada a la defensividad del paciente. Por otra parte, se relaciona de forma inversa con las escalas de ansiedad y depresión, así como con el ajuste al grupo, la preocupación por la salud, la extraversión y la disminución de manifestaciones psicasténicas. Respecto a la satisfacción marital pareciera haber una mayor satisfacción marital en la medida que hay un Yo familiar más fortalecido.

<b>CORRELACION DE EAT-CD CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
IDARE-RASGO	-0.4757	68	0.000
EAMD	-0.4923	70	0.000
ESM	-0.4294	68	0.000
MMPI-F	-0.5963	55	0.000
MMPI-K	0.5190	55	0.000
MMPI-Hs-1	-0.4159	55	0.002
MMPI-D-2	-0.4560	55	0.000
MMPI-Pt-7	-0.4127	55	0.002
MMPI-Si-0	-0.4465	55	0.001
MMPI-MAS	-0.5070	55	0.000

**Tabla 22:** Correlación de la EAT-CD con otras escalas.

En la tabla 23, se reportan las correlaciones significativas entre la escala CE (Yo social) con el resto de las escalas y observamos que existe una relación positiva con respecto a la respuesta defensiva del sujeto en el inventario de Minesotta y relaciones inversas con las escalas que miden ansiedad, depresión sensibilidad o suspicacia respecto al entorno y con un comportamiento de extraversión.

<b>CORRELACION DE EAT-CE CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
IDARE-RASGO	-0.4289	68	0.000
EAMD	-0.4181	70	0.000
MMPI-F	-0.5427	55	0.000
MMPI-K	0.6015	55	0.000
MMPI-D-2	-0.5550	55	0.000
MMPI-Pa-6	-0.4462	55	0.001
MMPI-Si-0	-0.6089	55	0.000
MMPI-MAS	-0.5543	55	0.000

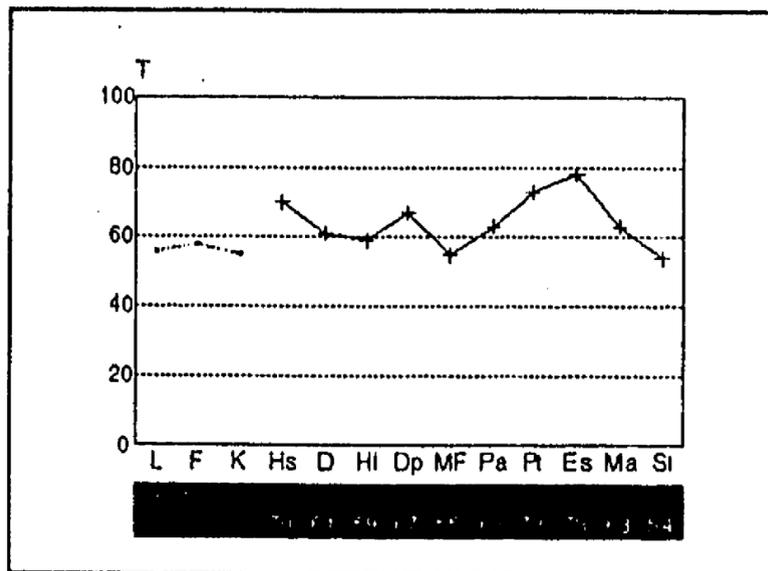
**Tabla 23:** Correlación de la EAT-CE con otras escalas.

**INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE MINESOTTA (MMPI)**  
**N = 57**

El perfil promedio fué **87'149623(34);6;6;15** como se muestra en la Tabla 24 y en el dispersigrama de la Gráfica 16.

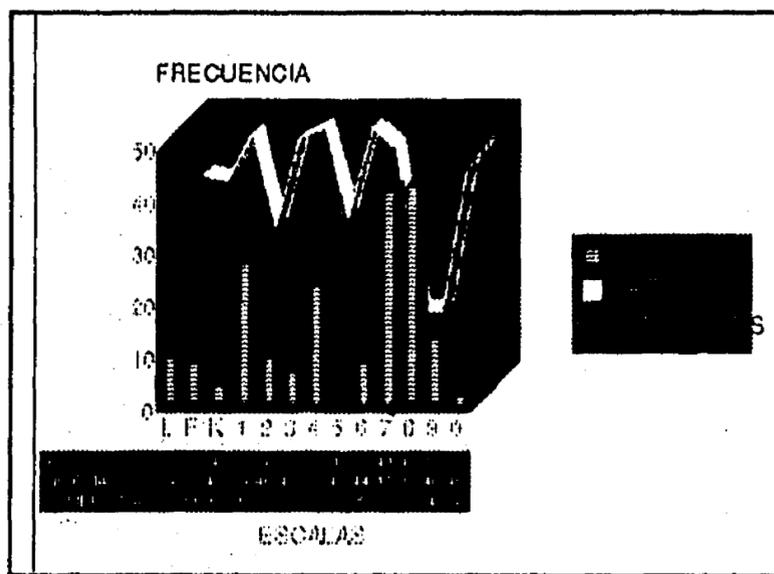
ESCALA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	MEDIANA
L	6.26	2.76	6
F	6.44	4.47	5
K	15.28	5.16	15
HIPOCONDRIASIS (Hs-1)	15.01	5.80	15
DEPRESION (D-2)	25.12	5.35	25
HISTERIA (Hi-3)	24.09	5.00	24
DESVIACION PSICOPATICA (Dp-4)	20.19	4.83	20
MASCULINIDAD-FEMINIDAD (MF-5)	33.91	3.59	33
PARANOIA (Pa-6)	11.58	3.89	11
PSICASTENIA (Pt-7)	23.75	8.91	25
ESQUIZOFRENIA (Es-8)	25.96	11.21	28
MANIA (Ma-9)	19.23	5.10	19
SOCIALIZACION (Si-0)	29.44	8.43	29

**Tabla 24:** Puntuaciones resumen de las escalas del MMPI.



**Gráfica 16:** Dispersigrama del MMPI.

Por otra parte, se obtuvieron las escalas que rebasaron los baremos del instrumento, tanto hacia las puntuaciones altas (escalas pico), como las bajas (escalas sumergidas), así tenemos que de un total de 741 escalas (considerando que se aplicaron 57 inventarios y cada uno fué calificado en 15 sub-escalas), 63 se encuentran suemrgidas y 193 en pico, tal como se muestra en la gráfica 17.



**Gráfica 17:** Proporción de escalas pico y sumergidas del MMPI.

En las siguientes Tablas se consignan las correlaciones significativas entre cada escala del MMPI y los demás instrumentos, solo mencionándose aquellas que fueron moderadas (Tablas 25-39).

En la tabla 25 encontramos que la escala L (ajuste al grupo), tiene una correlación inversa respecto al malestar psicológico, la ansiedad rasgo y la depresión así como frente a la autocrítica, es decir, el aumento de síntomas en éstas áreas señala una disminución de la propia percepción de ajuste al grupo. Por otra parte, hay una correlación positiva con respecto a la puntuación total de autoconcepto, la identidad, la autosatisfacción y el Yo personal, en otras palabras éstas escalas indican que tales factores del autoconcepto se relacionan de manera moderada con la autopercepción de ajuste al grupo.

CORRELACION DE MMPI-L CON:	CORRELACION	N	P
CGS	-0.4699	55	0.000
IDARE-RASGO	-0.4992	54	0.000
EAMD	-0.4539	56	0.000
EAT-SC	-0.6082	55	0.000
EAT-TOTAL	0.4204	55	0.001
EAT-R1	0.4275	55	0.001
EAT-R3	0.4778	55	0.000
EAT-CC	0.5125	55	0.000

**Tabla 25:** Correlación del MMPI-L con otras escalas.

En la siguiente tabla (26), se observa como los síntomas relacionados con malestar psicológico, ansiedad rasgo y depresión, obtuvieron una correlación significativa y moderada respecto a la escala F (percepción de conflicto) y fué inversa respecto a los rubros del total de autoconcepto, la percepción de conducta deseada, la autosatisfacción y los 5 elementos del autoconcepto (Yo físico, ético-moral, personal, familiar y social).

CORRELACION DE MMPI-F CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.5613	55	0.000
IDARE-RASGO	0.5514	54	0.000
EAMD	0.5937	56	0.000
EAT-TOTAL	-0.6403	55	0.000
EAT-R2	0.5978	55	0.000
EAT-R3	-0.6248	55	0.000
EAT-CA	-0.5234	55	0.000
EAT-CB	-0.5951	55	0.000
EAT-CC	-0.6032	55	0.000
EAT-CD	-0.5963	55	0.000
EAT-CE	-0.5427	55	0.000

**Tabla 26:** Correlación del MMPI-F con otras escalas.

La tabla 27, muestra las correlaciones de la escala K (defensividad) con el resto de las escalas y observamos que se trata de correlaciones inversas y significativas con relación a las escalas de malestar psicológico, ansiedad rasgo y depresión y la relación fué directa con diferentes medidas del autoconcepto (total de autoconcepto, identidad, conducta, autosatisfacción y en las escalas que miden yo físico, ético-moral, personal, familiar y social.

<b>CORRELACION DE MMPI-K CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
CGS	-0.4441	55	0.001
IDARE-RASGO	-0.5228	54	0.000
EAMD	-0.4649	56	0.000
EAT-TOTAL	0.6242	55	0.000
EAT-R1	0.4758	55	0.001
EAT-R2	0.5331	55	0.000
EAT-R3	0.6517	55	0.000
EAT-CA	0.4881	55	0.000
EAT-CB	0.5818	55	0.000
EAT-CC	0.6024	55	0.000
EAT-CD	0.5190	55	0.000
EAT-CE	0.6015	55	0.000

**Tabla 27:** Correlación del MMPI-K con otras escalas.

En la tabla 28, observamos las correlaciones significativas y moderadas que se obtuvieron con la escala 1 (hipocondriasis) con el resto de las escalas, de las cuales son inversas con la escala de conducta, yo físico y familiar.

<b>CORRELACION DE MMPI-Hs-1 CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
EAT-R2	-0.4006	55	0.002
EAT-CA	-0.4241	55	0.001
EAT-CD	-0.4169	55	0.002

**Tabla 28:** Correlación del MMPI-Hs-1 con otras escalas.

La tabla 29 consigna las correlaciones significativas y moderadas que con respecto a la escala 2 (depresión) hubo con las demás escalas. Así tenemos que existió una correlación positiva con

las escalas de malestar psicológico, ansiedad estado y rasgo, depresión, satisfacción familiar e identidad. En otro sentido, es decir inverso se relacionó con las escalas de autoconcepto total, conducta, autosatisfacción, yo físico, yo ético-moral, yo personal, yo familiar y yo social.

<b>CORRELACION DEL MMPI-D-2 CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
CGS	0.4680	55	0.000
IDARE-ESTADO	0.5107	54	0.000
IDARE-RASGO	0.6241	54	0.000
EAMD	0.6588	56	0.000
ESM	0.4022	55	0.002
EAT-TOTAL	-0.5957	55	0.000
EAT-R1	0.4126	55	0.001
EAT-R2	-0.5443	55	0.000
EAT-R3	-0.5818	55	0.000
EAT-CA	-0.6362	55	0.000
EAT-CB	-0.4283	55	0.001
EAT-CC	-0.5478	55	0.000
EAT-CD	-0.4560	55	0.000
EAT-CE	-0.5550	55	0.000

**Tabla 29:** Correlación del MMPI-D-2 con otras escalas.

La escala 3 (histeria), correlacionó significativamente con la escala de identidad y de forma inversa con la escala de Yo físico (tabla 30).

<b>CORRELACION DE MMPI-Hi-3 CON:</b>	<b>CORRELACION</b>	<b>N</b>	<b>P</b>
EAT-R1	0.4465	55	0.001
EAT-CA	-0.4244	55	0.001

**Tabla 30:** Correlación del MMPI-Hi-3 con otras escalas.

En el caso de la escala 4 (desviación psicopática), se relacionó positivamente con la escala de identidad (tabla 31).

CORRELACION DE MMPI-Dp-4 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-R1	0.4590	55	0.001

**Tabla 31:** Correlación del MMPI-Dp-4 con otras escalas.

La escala 5 (masculino-femenino), correlacionó positivamente con la escala de identidad, siendo importante debido a que ésta escala se califica de manera inversa y un puntaje bajo en el perfil femenino responde a las características que culturalmente se asignan a la mujer (tabla 32).

CORRELACION DE MMPI-MF-5 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-R1	0.4726	55	0.001

**Tabla 32:** Correlación del MMPI-MF-5 con otras escalas.

En la tabla 33 se consignan aquellas relaciones significativas de la escala 6 (paranoia), con el resto de las escalas aplicadas y podemos reconocer una asociación inversa entre ésta y la calificación total de autoconcepto, la conducta, autosatisfacción, Yo físico, ético-moral. personal y social.

CORRELACION DE MMPI-Pa-6 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-TOTAL	-0.4936	55	0.000
EAT-R2	-0.4718	55	0.000
EAT-R3	-0.4556	55	0.000
EAT-CA	-0.5305	55	0.000
EAT-CB	-0.4057	55	0.002
EAT-CC	-0.4313	55	0.001
EAT-CE	-0.4462	55	0.001

**Tabla 33:** Correlación del MMPI-Pa-6 con otras escalas.

La tabla 34 señala la correlación significativa que se halló con solo una escala que mide al yo familiar.

CORRELACION DE MMPI-Pt-7 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-CD	-0.4127	55	0.002

**Tabla 34:** Correlación del MMPI-Pt-7 con otras escalas.

La escala 8 (esquizofrenia) correlacionó de manera moderada e inversa con las subescalas de conducta y Yo personal de la escala de autoconcepto de Tennessee (tabla 35).

CORRELACION DE MMPI-Es-8 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-R2	-0.4307	55	0.001
EAT-CC	-0.4058	55	0.002

**Tabla 35:** Correlación del MMPI-Es-8 con otras escalas.

La escala de manía (9) correlacionó de forma moderada y directa con la escala de identidad del Tennessee.

CORRELACION DE MMPI-Ma-9 CON:	CORRELACION	N	P
EAT-R1	0.4445	55	0.001

**Tabla 36:** Correlación del MMPI-Ma-9 con otras escalas.

En la dimensión introversión-extraversión hubo correlaciones moderadas y significativas de manera directa con la ansiedad rasgo, depresión y satisfacción marital y de manera inversa con las siguientes escalas del Tennessee: Total de autoconcepto, conducta, autosatisfacción, Yo físico, ético-moral, personal, familiar y social.

CORRELACION DE MMPI-Si-0 CON:	CORRELACION	N	P
IDARE-RASGO	0.5039	54	0.000
EAMD	0.5305	56	0.000
ESM	0.4028	55	0.002
EAT-TOTAL	-0.5506	55	0.000
EAT-R2	-0.4656	55	0.000
EAT-R3	-0.6262	55	0.000
EAT-CA	-0.4716	55	0.000
EAT-CB	-0.4398	55	0.001
EAT-CC	-0.4903	55	0.000
EAT-CD	-0.4465	55	0.001
EAT-CE	-0.6089	55	0.000

**Tabla 37:** Correlación del MMPI-Si-0 con otras escalas.

La Tabla 38 muestra que la escala de fuerza del ego tuvo una correlación significativa y moderada con la escala de identidad del Tennessee.

CORRELACION DEL MMPI-Fe CON:	CORRELACION	N	P
EAT-R1	0.4527	55	0.001

**Tabla 38:** Correlación del MMPI-Fe con otras escalas.

La escala de ansiedad manifiesta de Taylor (tabla 39), correlacionó de manera moderada y significativa en un sentido positivo con las escalas de malestar psicológico, ansiedad rasgo y la medida de depresión. Por otro lado de una manera inversa con las siguientes escalas del Tennessee: Total de autoconcepto, conducta, autosatisfacción, Yo físico, ético-moral, personal, familiar y social.

CORRELACION DE MMPI-MAS CON:	CORRELACION	N	P
CGS	0.5185	55	0.000
IDARE-RASGO	0.6328	54	0.000
EAMD	0.5478	56	0.000
EAT-TOTAL	-0.6398	55	0.000
EAT-R2	-0.6076	55	0.000
EAT-R3	-0.6235	55	0.000
EAT-CA	-0.5994	55	0.000
EAT-CB	-0.4893	55	0.000
EAT-CC	-0.6718	55	0.000
EAT-CD	-0.5070	55	0.000
EAT-CE	-0.5543	55	0.000

**Tabla 39:** Correlación del MMPI-MAS con otras escalas.

Por otra parte, al aplicar una prueba t para muestras independientes, considerando el tiempo de esterilidad, encontramos que al conformar un grupo con menos de 5 años y otro con 5 años o más, las escalas MMPI-Pt-7 (psicastenia) y MMPI-Fe (fuerza del ego) resultaron ser significativas, como se muestra en la tabla 40. El criterio para establecer éste punto de corte tuvo que ver con las observaciones clínicas y las publicaciones que refieren a la cronicidad como una variable importante para la manifestación de síntomas emocionales (Demyttenaere, 1991).

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
MMPI-Pt-7	4.9821	8.454	0.005
MMPI-Fe	1.4604	18.444	0.000

**Tabla 40:** Prueba t significativas del inventario MMPI, para los grupos de menos de 5 años de esterilidad y más de 5 años.

Al repetir el procedimiento pero con un corte de 7 años o más y menos de 7 años se agregó a la lista de variables significativas MMPI-Hi-3 (histeria), tal como se expone en la tabla 41.

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
MMPI-Hi-3	1.5538	6.047	0.017
MMPI-Pt-7	4.5700	3.870	0.054
MMPI-Fe	-0.5975	5.948	0.018

**Tabla 41:** Prueba t significativas del inventario MMPI, para los grupos de menos de 7 años de esterilidad y más de 7 años.

Con el mismo procedimiento se dividió la muestra por el tipo de esterilidad (primaria o secundaria) y resultaron significativas MMPI-Si-0 (introversión-extraversión) y MMPI-MAS (ansiedad manifiesta de Taylor), tal como lo presentamos en la siguiente tabla:

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
MMPI-Si-0	0.0260	8.326	0.006
MMPI-MAS	-0.0896	7.468	0.008

**Tabla 42:** Prueba t significativas del inventario MMPI, para los grupos con diagnóstico de esterilidad primaria y secundaria.

Por último, se aplicó la prueba t, dividiéndoles por dos grandes grupos de edad, mayores o iguales a 35 años y menores de 35 años, dando por resultado que las escalas MMPI-K y MMPI-Fe, fueron estadísticamente significativas (Tabla 41).

VARIABLE	DIFERENCIA	F	P
MMPI-K	0.0350	5.896	0.018
MMPI-Fe	-1.0245	4.805	0.033

**Tabla 43:** Prueba t significativas del inventario MMPI, para los grupos de edad igual o mayor a 35 años y menores a 35 años.

## ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE.

Se practicó un análisis de regresión múltiple, utilizando el método stepwise, con el fin de observar si las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas lograban pronosticar los resultados de los instrumentos, o bien encontrar la relación entre las diferentes escalas aplicadas. Adelante se señalan aquellos que fueron significativos o que explicaron más varianza (un mínimo de  $R^2$  ajustada del 30%), lo que por otra parte permitió detectar aquellas variables que nos permiten entender mejor la distribución de las mismas.

### VARIABLE DEPENDIENTE: CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

R MULTIPLE	0.57311
$R^2$	0.32846
$R^2$ AJUSTADA	0.30714
ERROR ESTANDAR	4.76317

**Tabla 44:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-R1	20.86
EAT-TF	9.85
TOTAL%	30.71

**Tabla 45:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	2	699.1072	349.5536	15.40711	0.0000
RESIDUAL	63	1429.3321	22.6878		

**Tabla 46:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-R1	-0.137206	0.043070	-0.350099	-3.186	0.0022
EAT-TF	3.579814	1.126066	0.349372	3.179	0.0023
(CONSTANTE)	14.952187	5.937081			

**Tabla 47:** Variables de la ecuación.

Como se muestra en la tabla 44, las variables que en conjunto explican un 30.71% de la varianza de la variable dependiente, que en éste caso fué el Cuestionario General de Salud, son las sub-escalas del Tennessee (tabla 45) que miden identidad que por sí sola explica el 20.86% y falso-verdadero que explica 9.85% con una F significativa de 15.40711 al 0.0000 (tabla 46). Manteniendo una relación inversa con la escala de identidad y positiva respecto a la escala de falso-verdadero (tabla 47).

**VARIABLE DEPENDIENTE: ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION.**

R MULTIPLE	0.87596
R <sup>2</sup>	0.76731
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.74663
ERROR ESTANDAR	4.91912

**Tabla 48:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
IDARE-RASGO	60.33
IDARE-ESTADO	7.40
EAT-CC	3.86
EAT-CONTOT	3.07
TOTAL%	74.66

**Tabla 49:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	4	3590.7827	897.6956	37.09836	0.0000
RESIDUAL	45	1088.8972	24.1977		

**Tabla 50:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
IDARE-RASGO	0.368664	0.109077	0.377208	3.380	0.0015
IDARE-ESTADO	0.214364	0.075901	0.263076	2.824	0.0070
EAT-CC	-0.308846	0.087161	-0.396245	-3.543	0.0009
EAT-CONTOT	-0.156932	0.061228	-0.199278	-2.563	0.0138
(CONSTANTE)	40.621949	10.48729		3.873	0.0003

**Tabla 51:** Variables de la ecuación.

Al considerar como variable dependiente la Escala de Automedición de la Depresión, vemos que obtuvo una  $R^2$  ajustada de 0.74663 (tabla 48), que se puede desglosar en cuatro porcentajes de varianza explicada, al consignar que la ansiedad rasgo explica el 60.33%, la ansiedad estado el 7.40%, el Yo personal el 3.86% y el conflicto total del Tennessee el 3.07% (tabla 49) y que en total sumarían 74.66% de varianza explicada con una F significativa de 37.09836 al 0.0000 (tabla 50).

Dichos porcentajes son explicados por una relación positiva con las variables de ansiedad rasgo y estado y la relación inversa del Yo personal y el conflicto total (tabla 51).

**VARIABLE DEPENDIENTE: IDARE-ESTADO.**

R MULTIPLE	0.57293
$R^2$	0.32825
$R^2$ AJUSTADA	0.31822
ERROR ESTANDAR	10.79228

**Tabla 52:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-R1	31.82
TOTAL%	31.82

**Tabla 53:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	1	3813.2518	3813.2518	32.73930	0.0000
RESIDUAL	67	7803.7048	116.4732		

**Tabla 54:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-R1	-0.510161	0.089160	-0.572930	-5.722	0.0000
(CONSTANTE)	98.250303	10.85867		9.048	0.0000

**Tabla 55:** Variables de la ecuación.

Quando se tomo en consideración la dimensión estado del IDARE, se pudo obtener una  $R^2$  ajustada de 0.31822 (tabla 52), que corresponde a un 31.82% de varianza explicada por la escala de identidad del Tennessee, como variable única que entró en la ecuación con una F significativa de 32.73930 al 0.0000 (tablas 53 y 54), siendo consecuencia de una relación inversa con la mencionada sub-escala.

**VARIABLE DEPENDIENTE: IDARE-RASGO.**

R MULTIPLE	0.61571
$R^2$	0.37910
$R^2$ AJUSTADA	0.36983
ERROR ESTANDAR	9.27458

**Tabla 56:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-R1	36.98
TOTAL%	36.98

**Tabla 57:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	1	3518.7506	3518.7506	40.90725	0.0000
RESIDUAL	67	5763.1915	86.0178		

**Tabla 58:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-R1	-0.490065	0.076622	-0.615708	-6.396	0.0000
(CONSTANTE)	98.22625	9.331634		10.526	0.0000

**Tabla 59:** Variables de la ecuación.

Tomando como variable dependiente la dimensión rasgo del IDARE, encontramos una  $R^2$  ajustada de 0.36983 (tabla 56), que como consecuencia responde a una varianza explicada del 36.98% (tabla 57), dada por una sola variable en la ecuación que es la escala de identidad, con una F significativa de 40.90725 al 0.0000 (tabla 58) y que corresponde a una relación inversa (tabla 59).

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-L.**

R MULTIPLE	0.74785
$R^2$	0.55928
$R^2$ AJUSTADA	0.52330
ERROR ESTANDAR	1.90344

**Tabla 60:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-SC	34.46
EAT-CC	9.15
OCUPACION	5.28
EAT-R1	3.44
TOTAL%	52.33

**Tabla 61:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	4	225.28449	56.32112	15.54515	0.0000
RESIDUAL	49	177.53032	3.62307		

**Tabla 62:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-SC	-0.250474	0.047069	-0.536599	-5.321	0.0000
EAT-CC	0.142863	0.041812	0.625142	3.417	0.0013
OCUPACION	1.329213	0.526364	0.242669	2.525	0.0148
EAT-R1	-0.069360	0.032312	-0.389123	-2.147	0.0368
(CONSTANTE)	11.662074	2.917023		3.998	0.0002

**Tabla 63:** Variables de la ecuación.

La sub-escala L del Minesotta resultó explicable en su varianza con un  $R^2$  ajustada de 0.52330 (tabla 69), que equivale a un porcentaje total del 52.33% que está conformado por un 34.46% aportado por la escala de autocrítica, 9.15% por la escala del Yo personal, 5.28% por el tipo de ocupación y 3.44% por la escala de identidad (tabla 61). Todo ello con una F significativa de 15.54515 al 0.0000 (tabla 62). Como se puede apreciar en la tabla 63, fué el resultado de una correlación significativa e inversa de las escalas de autocrítica e identidad y de correlaciones significativas pero positivas del Yo personal y la ocupación.

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-F.**

R MULTIPLE	0.62025
R <sup>2</sup>	0.38471
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.37264
ERROR ESTANDAR	3.51464

**Tabla 64:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-TOTAL	37.26
TOTAL%	37.26

**Tabla 65:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	1	393.89862	393.89862	31.88763	0.0000
RESIDUAL	51	629.98817	12.35271		

**Tabla 66:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-TOTAL	-0.058565	0.010371	-0.620249	-5.647	0.0000
(CONSTANTE)	26.667639	3.575784		7.458	0.0000

**Tabla 67:** Variables de la ecuación.

La escala F al ser dependiente obtuvo una R<sup>2</sup> ajustada de 0.37264 (tabla 64), que plantea un porcentaje de varianza explicada de 37.26%, dado por la variable de total de autoconcepto (tabla 65), con una F significativa igual a 31.88763 y una significancia de 0.0000 (tabla 66). Tal resultado es producto de una correlación significativa y directa con la escala de total de autoconcepto (tabla 67).

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-K.**

R MULTIPLE	0.64519
R <sup>2</sup>	0.41627
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.40505
ERROR ESTANDAR	3.92637

**Tabla 68:** Correlaciones de las variables predictoras.

<b>VARIABLE</b>	<b>%</b>
EAT-R3	40.50
TOTAL%	40.50

**Tabla 69:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	1	571.68340	571.68340	37.08294	0.0000
RESIDUAL	52	801.64993	15.41634		

**Tabla 70:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-R3	0.193144	0.031717	0.645193	6.090	0.0000
(CONSTANTE)	-6.878638	3.650363		-1.884	0.0651

**Tabla 71:** Variables de la ecuación.

La variable K del Minesotta obtuvo una R<sup>2</sup> ajustada de 0.40505 (tabla 68) que equivale a un porcentaje de 40.50% de varianza explicada por la variable de autosatisfacción del Tennessee (tabla 69). La F alcanzó significancia estadística con un valor de 37.08294 al 0.0000 (tabla 70) que dependen de una correlación significativa y positiva entre ambas escalas (tabla 71).

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-D-2**

R MULTIPLE	0.62838
R <sup>2</sup>	0.39486
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.38322
ERROR ESTANDAR	4.22219

**Tabla 72:** Correlaciones de las variables predictoras.

<b>VARIABLE</b>	<b>%</b>
EAT-CA	38.32
TOTAL%	38.32

**Tabla 73:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

<b>ANALISIS DE VARIANZA</b>	<b>GL</b>	<b>SUMA DE CUADRADOS</b>	<b>MEDIA DE CUADRADOS</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
REGRESION	1	604.87291	604.87291	33.93040	0.0000
RESIDUAL	52	926.99746	17.82687		

**Tabla 74:** Análisis de varianza.

<b>VARIABLE</b>	<b>B</b>	<b>E.S. B</b>	<b>BETA</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
EAT-CA	-0.282450	0.048490	-0.628378	-5.825	0.0000
(CONSTANTE)	44.719362	3.392983		13.180	0.0000

**Tabla 75:** Variables de la ecuación.

La escala 2 de Minesotta al ser considerada como variable dependiente, obtuvo una R<sup>2</sup> ajustada de 0.38322 (tabla 72), que corresponde al 38.32% de varianza que puede ser explicada por la variable Yo físico del Tennessee (tabla 73). En el procedimiento se alcanzó una F de 33.93040 con una significancia al 0.0000 (tabla 74) que dependió de una correlación significativa pero inversa entre las variables anotadas más arriba.

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-Hi-3.**

R MULTIPLE	0.71309
R <sup>2</sup>	0.50849
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.45729
ERROR ESTANDAR	3.69058

**Tabla 76:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-CA	17.31
EAT-CONNET	12.02
CASAREA	6.48
EAT-R3	5.35
DIAGNOSTICO	4.56
TOTAL%	45.72

**Tabla 77:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	5	676.37005	135.27401	9.93174	0.0000
RESIDUAL	48	653.77810	13.62038		

**Tabla 78:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-CA	-0.365021	0.082237	-0.871479	-4.439	0.0001
EAT-CONNET	-0.079009	0.023084	-0.349795	-3.423	0.0013
CASAREA	15.886730	3.943194	0.431544	4.029	0.0002
EAT-R3	0.154385	0.058818	0.524027	2.625	0.0116
DIAGNOSTICO	-2.367300	1.145652	-0.234365	-2.264	0.0281
(CONSTANTE)	35.608669	3.686301		9.660	0.0000

**Tabla 79:** Variables de la ecuación.

Al considerar a la variable histeria del Minesotta se encontró que obtuvo una  $R^2$  ajustada de 0.45729 (tabla 76), que equivale a una varianza explicada del 45.72% de manera global, que al ser desglosada de acuerdo a los porcentajes parciales que cada una de las variables involucradas para el pronóstico, tenemos que la escala de Yo físico contribuye con el 17.31%, el conflicto total con 12.02%, la variable cesárea con un 6.48%, autosatisfacción con 5.35% y el diagnóstico (esterilidad primaria o secundaria) 4.56% (tabla 77).

La F fué significativa estadísticamente al 0.0000 y con un valor de 9.93174 (tabla 78), como resultado de las correlaciones significativas entre las variables, donde encontramos que respecto al Yo físico, el conflicto neto y el diagnóstico fueron inversas, y que con respecto a cesárea y autosatisfacción son relaciones directas (tabla 79).

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-Si-0**

R MULTIPLE	0.75445
$R^2$	0.56920
$R^2$ AJUSTADA	0.53403
ERROR ESTANDAR	5.70277

**Tabla 80:** Correlaciones de las variables predictoras.

VARIABLE	%
EAT-R3	40.13
ABORTOS	3.66
EAT-CD	5.59
EAT-SC	4.02
TOTAL%	53.40

**Tabla 81:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	4	2105.4820	526.37051	16.18529	0.0000
RESIDUAL	49	1593.5550	32.52153		

**Tabla 82:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-R3	-0.556752	0.088104	-1.133221	-6.319	0.0000
ABORTOS	3.476912	1.064994	0.340615	3.265	0.0020
EAT-CD	0.424755	0.152226	0.503555	2.790	0.0075
EAT-SC	-0.332443	0.144196	-0.235025	-2.306	0.0254
(CONSTANTE)	71.199164	8.830476		8.063	0.0000

**Tabla 83:** Variables de la ecuación.

La escala de introversión-extraversión del Minesotta obtuvo una  $R^2$  ajustada de 0.53403 (tabla 80), que equivale al 53.40% de varianza explicada por 4 de las otras escalas que contribuyen de la siguiente manera al porcentaje global, autosatisfacción con el 40.13%, abortos con 3.66%, Yo familiar con 5.59% y autocrítica con 4.02% (tabla 81).

La F que se obtuvo con el procedimiento fué de 16.18529 con una significancia de 0.0000 (tabla 82) y que responde a las correlaciones significativas e inversas de autosatisfacción y autocrítica y a las relaciones significativas y directas de abortos y Yo familiar (tabla 83).

**VARIABLE DEPENDIENTE: MMPI-MAS.**

R MULTIPLE	0.69413
R <sup>2</sup>	0.48182
R <sup>2</sup> AJUSTADA	0.46150
ERROR ESTANDAR	5.88860

**Tabla 84:** Correlaciones de las variables predictoras.

<b>VARIABLE</b>	<b>%</b>
EAT-CC	42.39
HIJOS VIVOS	3.76
TOTAL%	46.15

**Tabla 85:** Porcentaje de varianza explicada por variable.

ANALISIS DE VARIANZA	GL	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADOS	F	P
REGRESION	2	1644.3779	822.18895	23.71088	0.0000
RESIDUAL	51	1768.4554	34.67560		

**Tabla 86:** Análisis de varianza.

VARIABLE	B	E.S. B	BETA	T	P
EAT-CC	-0.421957	0.067495	-0.634339	-6.252	0.0000
HIJOS VIVOS	-3.116183	1.447956	-0.218370	-2.152	0.0361
(CONSTANTE)	47.375592	4.633838		10.224	0.0000

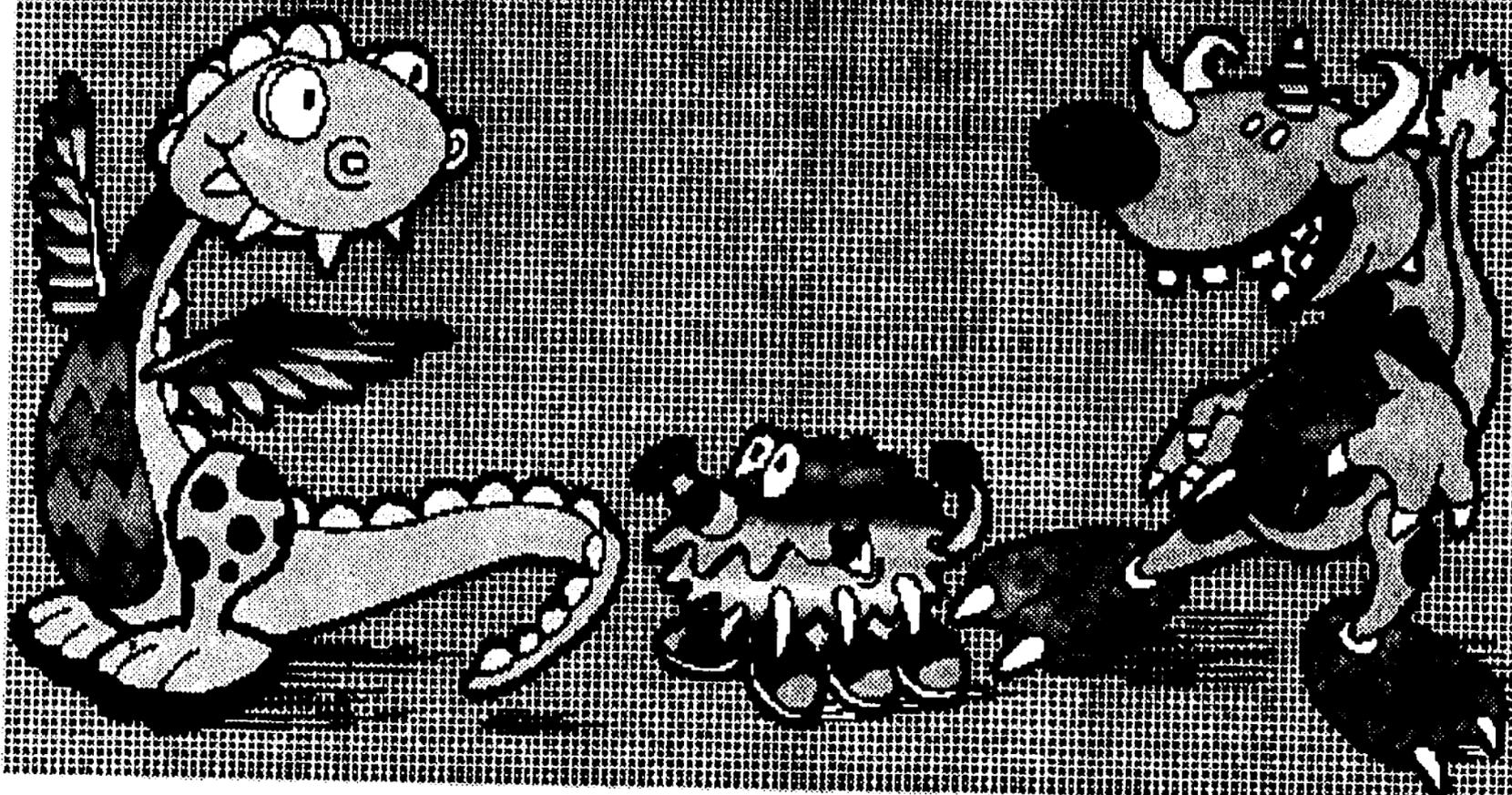
**Tabla 87:** Variables de la ecuación.

Al proponer a la escala de ansiedad manifiesta de Taylor como variable dependiente, se encontró que tuvo una R<sup>2</sup> ajustada de 0.46150 (tabla 84), que corresponde al 46.15% de varianza

explicada, en éste caso por dos variables que son el Yo personal y la variable hijos vivos, cuyos porcentajes de contribución a la explicación de la varianza son de 42.39% para la primera y de 3.76% para la segunda (tabla 85).

En el análisis de varianza del procedimiento, se obtuvo una F de 23.71088 significativa al 0.0000 de P (tabla 86) y que fué en consecuencia de correlaciones significativas e inversas con las variables antes citadas (tabla 87).

# DISCUSSION



## CAPITULO 6

### DISCUSION

Como puede apreciarse en las gráficas (1-12) referentes a las características sociodemográficas, vemos que se trata de una muestra de pacientes con una edad promedio de 31.61 años y sus parejas de 33.47 años, lo que sugiere que aunque se trata de una población joven, ya inicia la premura para lograr un embarazo de bajo riesgo, en tanto que los criterios obstétricos señalan el límite de 35 años antes de pasar a la categoría de embarazo añoso. Es posible que a consecuencia del tipo de padecimiento, los promedios de edad referidos por las publicaciones y los nuestros coincidan (Eck, 1980; Freeman 1985; Sarrel, 1985; Fagan, 1986; Hirsch, 1987; Soules, 1988; Mazure y Greenfeld, 1989; Mazure, 1989; Newman, 1991; López, 1991; Demyttenaere, 1992)

Por otra parte, también correlaciona con el tiempo de esterilidad de las pacientes, encontrando que la evolución promedio fué de 6.14 años, tiempo que concuerda con las publicaciones internacionales (Sarrel, 1985; Hirsch, 1987; Soules, 1988; Mazure, 1989; Newman, 1991), siendo un aspecto muy importante de ser considerado, pues se trata de una cronicidad que afectará la vivencia emocional tal como lo señala Eck (1980) y que incide muy particularmente en los instrumentos de tamiz, pues la cronicidad de los estados emocionales que están aparejados, no se observan claramente, como lo han reportado diferentes autores (Sarrel, 1985; Hirsch, 1987; Soules, 1988; Mazure, 1989; Newman, 1991).

La escolaridad alcanzó el nivel de educación media superior en promedio, pues tienen 10.95 años las mujeres y 11.65 años los varones, que aún cuando uno de los criterios de inclusión fué la de tener un mínimo de seis años de escolaridad, no fué necesario aplicarlo pues no hubo quien no alcanzara éste criterio, esto último es importante pues nos caracteriza a una población que posee probablemente un nivel medio de información, escolaridad semejante a la reportada por Freeman (1985).

La muestra total estaba en una relación de pareja estable, el 88% casadas y el resto en unión libre (12%), haciendo notar que es un requisito del programa, tal como seguramente es en otros trabajos (Mazure, 1989; Mazure y Greenfeld, 1989). Empero, tiene relevancia por los resultados que con respecto a la satisfacción marital se obtuvieron y que se discutirán más adelante.

En cuanto a la ocupación de las mujeres, se observó que la proporción de aquellas que se dedican al hogar (51.19%), fué prácticamente equivalente a las que tienen un trabajo remunerado

(48.81%), sin que se haya encontrado que hubiera una diferencia entre los grupos, aunque por otro lado nos garantiza que no se trata de una variable que afecte los resultados. Freeman (1985), en su trabajo encontró que solo el 23% de su muestra no trabajaba, lo que podría establecer la diferencia con sus resultados en las puntuaciones obtenidas en el MMPI, ya que su población no resultó tan afectada en las escalas. Es decir, el que una mujer tenga una actividad que le redunde en gratificación personal, puede estar interviniendo en la autoapreciación que puede hacer de si misma, lo que no nos debe de hacer pensar que sea la variable de mayor impacto, en la medida en que pudiera haber otras de origen cultural que en nuestra población tenga mayor trascendencia, pero ello será discutido en un apartado posterior cuando tomemos en lo particular los instrumentos y las regresiones con estas variables involucradas.

Respecto a la clase socioeconómica, observamos que se trata de una población fundamentalmente de clase baja y media (85.71%), tal como es reportada por Freeman (1985), Mazure (1989) y Mazure y Greenfeld (1989). No obstante, se hace pertinente aclarar que no es una variable en la que se pueda confiar debido a que son criterios de una institución que pueden diferir de la población general.

En relación a la historia gineco-obstétrica, es importante resaltar que se trata de una muestra equilibrada en relación al diagnóstico (55.95% de esterilidad primaria y 44.05% de esterilidad secundaria), que una proporción elevada no tenía hijos vivos (78.57%), no muy diferente a lo hallado por Fagan (1986), Mazure (1989) y Mazure y Greenfeld (1989).

Ahora comenzaremos a discutir instrumento por instrumento, en la misma secuencia en que han sido anotados más arriba, para posteriormente llevar a cabo una integración que nos permita atender a los aspectos más importantes.

## **Cuestionario General de Salud.**

Los datos que nos arroja éste cuestionario nos muestran que el 14.67% de la muestra rebasa el punto de corte, que para esta población se ha calibrado en 7/8 (Gómez, 1990), llamando la atención por ser bajo respecto a otras publicaciones y trabajos (Medina, 1983), incluso del reportado en esta población (Gómez, 1990), en que se establece un 29%. Ello nos plantea que probablemente la cronicidad esta teniendo injerencia, pues al tratarse de un instrumento que encuesta la sintomatología del último mes, la paciente ya no logra identificar una alteración que ha permanecido por largos períodos. Empero, de cualquier manera vale la pena destacar que el síntoma más frecuentemente respondido de forma afirmativa perteneció al factor de depresión (reactivo 22) con un 29.33% de la muestra, siguiendole el reactivo 11 (trastorno del sueño), el 20 y el 26 (irritabilidad) con un 20% de la muestra

respectivamente (Tabla 1). En otras palabras, los síntomas depresivos se encuentran presentes aunque no sean los suficientes en cada paciente como para que pasen a la categoría de alteración.

También llama la atención que en su mayoría (52 de 67 respuestas), fueron respondidos en la columna tres, lo que nos sugeriría una menor severidad, aunque el instrumento no lo contemple. Es decir, la autopercepción de los síntomas por parte de las pacientes es de moderado, siendo aquí también válido el planteamiento de que la cronicidad pudiera estar influyendo en ésta apreciación. Es importante decir que los síntomas más frecuentes, pertenecen a la categoría de psicológicos, o sea, subjetivos.

En otras palabras, aunque el porcentaje de casos es bajo a lo esperado en la población de consulta medica general (Medina, 1983), la proporción de las respuestas sintomáticamente positivas es alta, lo que nos induce a establecer que esta población es susceptible de malestar psicológico.

Al llevar a cabo la correlación con el resto de escalas (Tabla 2), se puede constatar que a mayor puntuación en esta escala, también mayor puntuación en las otras de tamiz (IDARE, EAMD y ESM), al igual que de la MMPI-F que tiene que ver con la percepción de conflictos, de la MMPI-2-D que mide depresión y de la MMPI-MAS que detecta ansiedad.

En una correlación inversa se encuentran las escalas MMPI-L (de ajuste al grupo), MMPI-K (capacidad de defensa psicológica), TENN-Total (medida global del autoconcepto), TENN-R3 (percepción de que la conducta responde a sus propias expectativas), TENN-CA (autopercepción de la salud física), TENN-CB (percepción de los valores morales) y TENN-CC (percepción del propio valor).

Dicho de manera diferente, estos resultados nos proponen a una población que manifiesta poseer malestar psicológico, aunque no resulta suficiente un instrumento de tamiz para detectarlo. Probablemente por los efectos de una larga evolución, los síntomas van a revestirse de una mayor complejidad y sutileza, hecho que amerita una exploración más exhaustiva, con instrumentos de mayor especificidad probablemente (Ezbán, 1984), sin que por ello los resultados dejen de poseer una congruencia con los otros instrumentos.

Por otra parte, la sintomatología explorada por el CGS, nos caracteriza a una población que se percibe con bajo ajuste al grupo y a la satisfacción marital, que sus recursos de protección psicológica están disminuídos y con un bajo valor personal; lo que seguramente incide de manera más particular con la autorepresentación de la imagen corporal y de no poseer la capacidad de observar un comportamiento que les conduzca a la autosatisfacción. Estas observaciones resultan congruentes con las construcciones de las que emerge el instrumento, pues el malestar

psicológico esta relacionado de manera muy importante con los elementos descritos.

Otro resultado que se extrajo fué el que nos señala la tabla 3, producto de la aplicación de una prueba t y que muestra diferencias estadísticamente significativas entre las medias, obteniendo las pacientes de 35 años y menos la media mayor. Tal hecho nos plantea que las mujeres más jóvenes son mayormente susceptibles a percibir malestar psicológico quizá porque también son las que poseen una menor cronicidad en su padecimiento.

De alguna manera, los presentes resultados se asemejan a otras publicaciones (Freeman, 1985; Mazure, 1989), que señalan la presencia de síntomas detectados por la observación clínica, pero no expresados por instrumentos de tamizaje.

En el análisis de regresión que se corrió (Tablas de la 44 a la 47), se encontró que dos escalas lograban pronosticar el comportamiento del Cuestionario General de Salud, identidad (EAT-R1) -que explica el 20.86% de la varianza- (Tabla 45) y falso-verdadero (EAT-TF) -explicando el 9.85% de la varianza- que en conjunto explicarían el 30.71% de la varianza. Tales resultados nos muestran que la identidad (EAT-R1) y la capacidad para autodescribirse (EAT-TF) son elementos importantes en la presente población para manifestar una percepción de malestar psicológico, lo que es consecuente con lo descrito más arriba, en la medida en que justamente esa autopercepción es la que permite el reconocimiento del estado emocional, por parte de la paciente. O expresado de otra forma, a un incremento de la confusión para poderse autodescribir se incrementa también el malestar psicológico y por otra parte, a una percepción de menor identidad hay una mayor vivencia de malestar psicológico.

## **Escala de Automedición de la Depresión**

El 28.39% de las pacientes puntuaron por arriba de las normas originales. Sin embargo de acuerdo a las normas establecidas para una población del INPer, se redujo a 18.52%, hecho que no obstante rebasa las tasas esperadas para población abierta, resultando trascendente debido a que se ha reportado una menor tasa de embarazo en aquellas pacientes que poseen altos puntajes, en procedimientos de fertilización asistida (Demyttenaere, 1992).

De la escala, 9 fueron los síntomas más frecuentes, y al considerar un mínimo del 20% (de la N total) respondidos en las columnas que califican con 3 o 4, siete de ellos son de carácter psicológico (reactivos 11, 12, 13, 16, 17, 18 y 20) y dos de naturaleza fisiológica (reactivos 5 y 6) (Tabla 4).

Estos resultados apuntan a que la vivencia emocional de éstas pacientes se encuentra particularmente matizada por componentes de

tipo depresivo, aspecto que se corrobora con lo expresado en la literatura respecto a la paciente que padece esterilidad (Eck, 1980; Mahlstedt, 1985; Edelman, 1986; Daniluk, 1988; Newman, 1991). No obstante llama la atención que aún y cuando se observa clínicamente síntomas de mayor envergadura en cuanto a estados depresivos, el instrumento no los detecta claramente, muy posiblemente también, por tratarse de pacientes con una larga evolución del padecimiento y por ende la autopercepción de los síntomas depresivos tengan una historia muy semejante y por consiguiente la respuesta es matizada por una adaptación a los síntomas (Thiering, 1993).

La correlación (Tabla 5) con el resto de los instrumentos aplicados fué positiva con CGS, IDARE en sus dos dimensiones, ESM, MMPI-F, MMPI-D-2, MMPI-Si-0 y MAS, hecho que nos expresa la íntima conexión que existe entre los aspectos depresivos y los estados de ansiedad y el malestar psicológico, así como la relación marital que como es reconocido se dificulta cuando uno de los miembros de la pareja se encuentra en un estado emocional alterado, lo que seguramente coadyuva a la percepción de un incremento, como en el presente estudio, de la percepción de los conflictos con un aumento de la condición de aislamiento e introversión.

Por otra parte, y en congruencia con lo anterior, hubo correlación inversa con las escalas MMPI-L, MMPI-K, TENN-Total, TENN-R2, TENN-R3, TENN-CA, TENN-CB, TENN-CC, TENN-CD y TENN-CE, lo que sugiere que los estados depresivos disminuyen la capacidad de adaptación al grupo, fragilizan la capacidad del sujeto para poder hacer uso de las defensas y merman el autoconcepto en prácticamente todas sus áreas clínicas, a excepción de la identidad, como es esperado en una paciente que cursa con un estado depresivo, que además se mantiene expuesta a lo doloroso del fracaso (Bequaert, 1987).

En el análisis de regresión múltiple se encontró que había dos variables que en conjunto podían pronosticar en un 30.71% el comportamiento de la varianza del instrumento, la escala de identidad del Tennessee y falso-verdadero de la misma prueba. Es necesario señalar que el porcentaje mayor lo aporta la identidad (20.86%) y que obedece a una correlación negativa significativa; tal resultado nos plantea que la identidad disminuída posibilita la presencia más acentuada de malestar psicológico, probablemente porque tal como lo hemos estado anotando, es la identidad la que nos parece más impactada por la imposibilidad reproductiva, además que este hecho también colabora en una mayor confusión en el momento de autodescribirse, siendo el otro porcentaje explicado del 9.85%, participación de la escala falso-verdadero (TF) (tabla 45).

También es necesario anotar que se trata de un resultado altamente significativo al observar que el análisis de varianza del procedimiento (tabla 46).

# INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO

La literatura no es muy explícita al respecto, en la medida en que en una buena cantidad de reportes se caracteriza a la paciente de acuerdo con criterios clínicos, en virtud de que los instrumentos no logran detectarla (Freeman, 1985; Mazure & Greenfeld, 1989), o bien utilizan el concepto de estrés ponderado mediante encuestas (Schroeder, 1988; Demyttenaere, 1992). No obstante aunque no se logra medir con los instrumentos, existe mucha información que documenta la presencia de estados de ansiedad y cuadros de estrés en las pacientes que atraviezan por una circunstancia de imposibilidad reproductiva (Knoger, 1952; Somers, 1957; Piotrowski, 1962; Macleod, 1964; Nesbitt, 1968; Platt, 1973; Eck, 1980; Freeman, 1985; Given, 1985; Mahlstedt, 1985; Sarrel, 1985; Edelmann, 1986; Seisbel, 1987; Daniluk, 1988; Schroeder, 1988; Mazure, 1989; Berg, 1990; Newman, 1991), inclusive se ha afirmado que modifica estados fisiológicos que bloquean la función ovárica y/o espermática en los programas de fertilización asistida (Giblin, 1987; Harrison, 1987; Howard, 1988; Mazure y Greenfeld, 1989; Edelman, 1990; Demyttenaere, 1991; Demyttenaere, 1992). Con base en ello, es que los resultados obtenidos con el Inventario de ansiedad rasgo-estado, resultan consecuentes con lo hallado por los trabajos citados y resulta alentador en la medida en que al poder llevar a cabo una comparación con otros instrumentos de mayor potencia, encontramos un sustento importante para su incorporación a un modelo que nos permita comprender de mejor manera la esterilidad en la mujer.

## ANSIEDAD ESTADO

Respecto a esta escala encontramos que su puntuación media fué inferior a lo que algunos autores han publicado (Dennerstein, 1986) en tanto que solo el 24.67% rebasó el criterio para considerar que un paciente muestra ansiedad, al puntuar con una media de 37.97 aunque la desviación estándar fué dos veces mayor, pero con una N sustantivamente mayor que la que presentaron estos autores.

Al buscar los reactivos que con una mayor frecuencia se presentaron entre ésta población, tenemos 10 síntomas que están inmersos en la autoapreciación subjetiva (Tabla 6). Tales datos relacionados con el promedio, nos hace suponer que más pacientes de las que fueron detectadas, sufren de episodios ansiosos, aunque por tratarse de un instrumento de tamizaje, no fué capaz de colectar a aquellas que de manera crónica padecen de un estado ansioso, tal como ocurrió con el instrumento de depresión y los resultados propuestos por Freeman (1985) y Mazure (1989).

También la correlación (Tabla 7) que se realizó con el resto de las escalas, apoya el hecho de que haya episodios de tipo

ansioso, pues existe una correlación positiva con el CGS, lo que denota malestar psicológico, con la dimensión rasgo que indicaría que aquellas pacientes que las que puntúan alto en el rasgo son más proclives a la ansiedad estado, que la relación marital se encuentra con insatisfacción y que se asocia con otros elementos como la depresión medida por el EAMD y MMPI-D-2. A su vez correlacionó negativamente con las siguientes escalas del Tennessee: Total, R2, R3, CA, CB, CC, lo que es sugestivo de que la inconformidad con la autopercepción, de la conducta con que se expresa, los valores éticos y consigo mismo se relaciona de manera importante con estados ansiosos.

Al aplicarse la prueba t, dividiendo a los grupos en relación a su cronicidad, tenemos que a partir de los 5 años o más hubo diferencias estadísticamente significativas en el sentido de que a mayor cronicidad mayor ansiedad estado (Tabla 10), lo que era lo esperado de acuerdo con las observaciones clínicas y la revisión de la literatura (Berg, 1990).

Esta variable en su varianza puede ser explicada en un 31.82% por la escala de identidad del Tennessee (R1) con una F muy significativa (tablas 52-55). Si notamos se trata de una relación inversa de las variables, lo que nos muestra que ante un comportamiento de baja en la identidad, se incrementa la ansiedad estado y su incremento es factible de ser anticipado por la R1.

## **ANSIEDAD RASGO**

En la presente dimensión, la muestra obtuvo un promedio de 40.43, con una desviación estandar de 9.86 lo que de nueva cuenta lo coloca por debajo de la publicación aludida anteriormente (Dennerstein, 1986). El 23.37% de la muestra rebasa los criterios para considerar la presencia de ansiedad rasgo, lo que es importante pues representa a casi la cuarta parte y por ende rebasa las expectativas en población general.

Por otra parte, 12 de 20 reactivos fueron positivos en más del 20% de la muestra considerándoles de forma aislada (Tabla 8), hecho que connota un estado ansioso en ésta población como algo más persistente y que se confirma con la correlación positiva con CGS, IDARE-Estado, EAMD, ESM, MMPI-F, MMPI-D-2, MMPI-Si-0 y MMPI-MAS (Tabla 9). Lo cual es interpretado como una persistencia de malestar psicológico, que el estado de ansiedad aparece con mayor frecuencia cuando hay un elemento de rasgo, el estado depresivo está íntimamente relacionado al igual que la satisfacción marital. Por otra parte la apreciación de dificultades y conflictos, aislamiento y es congruente con la medida de ansiedad del MMPI.

A su vez hubo correlaciones inversas con la adaptación al grupo (MMPI-L), una disminución de la capacidad de defensa (MMPI-K)

y un decremento del autoconcepto (TENN-Total), la conducta y autosatisfacción (TENN-R2, TENN-R3) al igual que en todas las escalas clínicas del TENN (CA, CB, CC, CD y CE) (Tabla 9).

En otras palabras, la ansiedad rasgo plantea una relación estrecha con otros aspectos de alteración emocional, hecho que implica un impacto importante sobre la autoapreciación y autocatalogación y por ende sobre la capacidad adaptativa del individuo (Seisbel, 1987).

Esta variable resultó pronosticable, es decir, el 36.98% de su varianza puede ser explicada por la sub-escala R1 del Tennessee, que mide identidad. Es muy significativo tal resultado de acuerdo con el análisis de varianza y se da como consecuencia de una relación inversa entre ambas variables. Es importante señalar por consiguiente que la identidad, que ha sido uno de los elementos propuestos por la parte teórica del presente trabajo, se va comprobando que tiene una injerencia importante en el desencadenamiento de las respuestas de ansiedad, particularmente en ésta dimensión que depende de factores más estables de la personalidad.

## **ESCALA DE SATISFACCION MARITAL**

Es ampliamente reconocido que tanto la esterilidad, como la presencia de alteración en los estados emocionales sobre todo cuando se cronifican, deterioran y alteran la satisfacción marital y sexual (Kanfman, 1969; Fagan, 1986; Mahlstedt, 1987; Daniluk, 1988; Drabha, 1991); en el presente estudio encontramos que las puntuaciones se encuentran por debajo de lo reportado por las autoras del instrumento (Pick y Andrade, 1988) con excepción del factor III particularmente con la submuestra de mujeres. Tales resultados nos sugieren que en apariencia las pacientes se encontraban en un estado de mayor satisfacción marital que lo reportado, empero, es posible que solo se trate de un sesgo proporcionado por la situación que se atraviesa pues sería muy complicado para la dinámica de la pareja exteriorizar en este momento las dificultades ya que su energía está fundamentalmente orientada hacia la resolución de su situación reproductiva, casi en exclusividad.

No obstante, si hacemos una revisión más cuidadosa, observaremos que es en el factor II (satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge) (Tabla 11), donde encontramos los porcentajes más altos de mal ajuste, aunque también se trata del factor con menos reactivos (5) y todos con la misma ponderación.

De cualquier manera las correlaciones positivas fueron con aquellas escalas que denotan una afectación emocional, es decir, malestar psicológico, ansiedad (en sus dos dimensiones), depresión

y aislamiento; estando las correlaciones inversas en la escala de autoconcepto, afectando especialmente, el Total, la conducta, autosatisfacción, yo físico, ético-moral, personal y familiar (Tabla 12).

En otras palabras, la percepción de satisfacción marital es inversa al malestar psicológico y en la misma dirección cuando los parámetros de mejor autoconcepto se encuentran presentes. Lo que es importante entonces de este señalamiento es que la afectación emocional establece dificultades en la realción de pareja, mismos que pueden ser exteriorizados cuando se dan las condiciones de un adecuado autoconcepto y que en la medida en que éste último se encuentre disminuído, pareciera encubrirse o por lo menos no se expresa y por ende no es detectado por la escala.

## **ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE**

Como se puede apreciar en la tabla 13 y gráfica 14, el perfil promedio denota a una población con una disminución de la autocrítica (SC), que probablemente esté condicionado por la dificultad que muestran para poderse autodescribir (TF). Su nivel de conflicto (neto y total) aunque se encuentra en los niveles de normalidad, están muy próximos a salirse de la norma por un conflicto de asentimiento, es decir, sobreafirmar atributos positivos.

El autoconcepto total se encuentra en la media percentilar, muy probablemente por la compensación de las sub-escalas de autosatisfacción (R2), que sugiere autoaceptación y la escala de yo personal (CC) que mide el valor que se asigna a si misma. Esta compensación opera en función de la sub-escala de identidad (R1) y de la columna A que es el yo físico. Es muy probable que sea ahí donde se abre el conflicto de asentimiento pues sobre aspectos personales y de autosatisfacción se establece un mejor autoconcepto, que se deteriora por otros dos componentes fundamentales como son, la identidad y el yo físico, mismos que juegan un papel muy importante en la mujer, en tanto que su valor depende de éstos aspectos de forma esencial. Estos hallazgos corroboran lo señalado en algunas publicaciones que indican una baja autoestima y autoimágen. Aunque es importante señalar que no cuentan con una metodología precisa de medición y tampoco con un marco conceptual definido respecto a lo que cada autor entiende por éstos términos, no obstante es lo que más se acerca a lo que hemos pretendido medir a través de la presente escala. Algunos lo indican respecto a la esterilidad en general (Rosenfeld, 1979; Eck, 1980; Mahlstedt, 1985; Edelman, 1986; Drabha, 1991) y otros particularmente en programas de fertilización asistida medicamente (Hynes, 1992; Rphael-Leff, 1992), pero todos coinciden en que las pacientes muestran un deterioro de la autoestima y la imágen corporal o la autovaloración.

Por otro lado, se trata de un grupo de mujeres que han rigidizado su conducta en función de una importante autocrítica que les incapacita para aclarar su problema, aspecto que lo podemos apreciar en la sobresaliente defensividad que muestran ante el instrumento.

Se trata de un perfil en el que las escalas que están en pico, pertenecen a las sub-escalas que denotan conflicto y las sumergidas a las que establecen una disminución del autoconcepto, notando que son la identidad y el yo físico las que más afectadas en la muestra se encuentran (Gráfica 15).

Es importante señalar que ninguna de sus escalas obtuvo un análisis de regresión que fuera significativo, al poner en concurso tanto las escalas como las variables sociodemográficas y de historia gineco-obstétrica, aunque por el contrario sus escalas fueron de las que en mayor medida establecieron una estrecha relación y logran explicar un buen porcentaje de varianza de otros instrumentos, hecho que confirma en principio la utilidad tanto de constructo como de instrumento para el trabajo sistemático de los componentes emocionales de la paciente que cursa por una dificultad reproductiva.

Al observar las correlaciones de cada una de las sub-escalas de este instrumento, con el resto de los aplicados, encontramos lo siguiente:

\*La escala EAT-Total, es la que describe de manera más global el autoconcepto del paciente, en nuestro caso correlacionó positivamente con la defensividad que posee una persona, evaluada por la escala MMPI-K y de manera inversa con CGS, IDARE (en sus dos dimensiones), EAMD, ESM y con las escalas del MMPI: L, F, D-2, Pa-6, Si-0 y MAS (Tabla 14). En todos los casos los resultados son coherentes con los aspectos que pretenden medir ya que el autoconcepto puntúa en concordancia con una capacidad del yo para protegerse y de forma inversa con manifestaciones de ansiedad, depresión, malestar psicológico y de defensas de tipo narcisista como el aislamiento y la susceptibilidad, pues ésta última expresaría la inseguridad de un sujeto transformándola en suspicacia. Desde luego un bajo autoconcepto tiende a hacer percibir la relación de pareja insatisfactoria.

Si consideramos la puntuación promedio vemos como se anota más arriba que se encuentra dentro de los baremos de normalidad, no obstante, en la revisión de las frecuencias constatamos que el 25.71% (18 de 70 pacientes) de la muestra obtuvo una calificación sumergida, hecho que muy probablemente es el que permite una correlación inversa con las escalas anteriormente señaladas.

\*La escala de autocrítica (SC) correlacionó de forma negativa con la escala MMPI-L, lo que es congruente, en la medida en que una mayor autocrítica la autopercepción es la de un menor ajuste al

grupo, por haber una severidad en los juicios que se emiten sobre si mismo. En esta muestra se refleja una baja autocrítica por parte de las pacientes, ya que 28 (40%) de los perfiles se encuentran sumergidos (Tabla 15). Dicho de otra forma, es un grupo de pacientes que procuran dar una buena imagen de si mismas con lo que pierden de vista una real autocrítica.

\*La escala de identidad (EAT-R1), obtuvo solo correlaciones negativas con otras del MMPI, con L, K, 2, 3, 4, 5, 9 y Fe (Tabla 16). Estos resultados plantean que la disminución en la escala de identidad incrementa las defensas ante el instrumento, lo que explica en cierta forma la autoapreciación de integración al grupo, intentando mostrar una buena imagen de si misma. Afirmación que es congruente con el incremento de la escala de depresión e histeria, hecho que conllevaría una mayor respuesta impulsiva y energía gastada en activismo como un mecanismo que tratar de mostrar una mayor fortaleza que no es sustentada por las demás escalas. Por último, se confirma que la identidad en ésta prueba es muy semejante a lo medido por la escala 5 del MMPI.

\*La escala de conducta (EAT-R2) correlacionó positivamente con la escala MMPI-K, y consideramos que nuevamente es un resultado esperado, en tanto que la incapacidad para llevar a cabo una conducta que rescate elementos de autoconcepto también señala una disminución importante de la capacidad de poner en juego mecanismos de defensa.

Por otro lado, hubo correlación negativa con el IDARE en sus dos dimensiones, EAMD, ESM y con las escalas de MMPI: F, 1, 2, 6, 8 y 0. De nueva cuenta observamos que los estados emocionales como la ansiedad y la depresión impactan la respuesta conductual apreciada por el mismo sujeto, en términos de apreciarla como satisfactoria y condicionante de autoestima, por ende, la relación de pareja es percibida como menos satisfactoria. Por otra parte, hay un intento de mostrar una buena imagen de si misma, que no responde a la preocupación que sobre el cuerpo se tiene. Es posible que ante una ausencia de comportamiento satisfactorio se empleen mecanismos de aislamiento, fantasía y suspicacia, tal como lo demuestran las correlaciones inversas con las escalas 6, 8 y 0 (Tabla 17).

\*La escala de autosatisfacción (EAT-R3), al igual que la anterior, correlacionó negativamente con la escala MMPI-K, estableciendo entonces, que ante la disminución de autosatisfacción la paciente recurre a una mayor defensividad.

También correlacionó inversamente con las escalas CGS, IDARE (tanto rasgo como estado), EAMD, ESM, y con las sub-escalas de MMPI: L, F, 2, 6 y 0. Estos datos nos sugieren que la autosatisfacción es inversa a los estados de ansiedad y depresión y por tanto tampoco puede haber una percepción de satisfacción en la relación de pareja. Aunque la paciente responde en esta

relación, a una apreciación de mayor problemática (F), procura vertir una buena imagen (L). Se confirma el estado depresivo y la necesidad de emplear mecanismos de aislamiento (O) y la presencia de una susceptibilidad ante la disminución de la autogratificación (Tabla 18).

\*La sub-escala EAT-CA (Yo físico) mantiene una relación positiva con MMPI-K, lo que probablemente indique que la defensividad disminuye ante una percepción devaluada del aspecto físico de la paciente. De forma complementaria observamos una relación inversa con las escalas CGS, IDARE rasgo y estado, EAMD, ESM y con las siguientes escalas del MMPI: F, 1, 2, 3, 6, 0 y MAS. Lo que establece que un deterioro en la percepción del yo físico, con la consiguiente disminución del autoconcepto, conduce una sensación de malestar psicológico, ansiedad, depresión y de insatisfacción en la relación marital. Por otro lado, se relaciona con la percepción de problemática emocional (F), se corrobora la preocupación por el cuerpo, la depresión, la ansiedad y hay un incremento de los rasgos histéricos, los mecanismos de aislamiento y de suspicacia (Tabla 19).

\*En lo que respecta a el Yo ético-moral, las correlaciones fueron como a continuación se consignan (Tabla 20). Con la escala MMPI-K hay una relación directa, que tal como se ha multicitado implicaría un decremento de las defensas que protegen a la paciente. Por otra parte, se estableció una relación inversa con las escalas CGS, IDARE rasgo y estado, EAMD, ESM y con las siguientes subescalas del MMPI: F, 2, 6, 0 y MAS.

Dicho comportamiento muestra que cuando la autopercepción indica que hay contradicción con los valores internalizados se abren los disturbios de tipo emocional como ansiedad y depresión, al igual que existe una desadaptación a la situación marital, percatándose de una situación de problemática emocional que probablemente le conduzca a emplear mecanismos de aislamiento que pueden estar matizados por una hipersensibilidad a los estímulos del exterior.

\*El Yo personal, determinado por la sub-escala EAT-CC (Tabla 21), se relacionó positivamente con las escalas MMPI-L y MMPI-K, hecho que indicaría que la disminución en la gratificación de los elementos personales que se conciben como importantes para obtener un buen autoconcepto, entonces se recurre a una actitud de baja defensividad que procure mostrar una buena imagen de si misma.

Desde luego, no es sostenible si observamos que la relación es inversa con las escalas CGS, IDARE en sus dos dimensiones, EAMD, ESM y las sub-escalas del MMPI F, 2, 6, 8, 0 y MAS. Es decir, la paciente sufre de malestar psicológico, probablemente relacionado con ansiedad y depresión que se relacionan con una percepción de conflictiva y se trata de resolver mediante recursos de aislamiento y fantasía, siendo importante que conciben al entorno como

amenazante.

\*La escala del Yo familiar (Tabla 22), se ve relacionada de manera directa con la escala MMPI-K, es decir una depreciación de los aspectos internalizados de la familia, le llevan a una condición de baja defensividad debido a que son personas con un rasgo ansioso (IDARE-rasgo, MAS), y alteraciones de tipo depresivo (EAMD, MMPI-D-2), que se viven como insatisfactoria la relación marital (ESM) y que han recurrido a defensas de tipo narcisístico, de preocupación por el cuerpo (MMPI-Hs-1), aislamiento (MMPI-Si-0) y de características obsesivas (MMPI-Pt-7). Es posible que tenga que ver con el incumplimiento a los preceptos dictados por la idiosincracia familiar, como el tener un hijo y se recurra entonces a otros valores también signados por el mismo núcleo como es la no participación y la intensa preocupación por el cuidado de ciertos aspectos femeninos como el cuidado personal y del arreglo de la casa.

\*Por último, la escala del Yo social (Tabla 23), también se ve impactada y notamos una relación directa con la escala MMPI-K, lo que nuevamente nos lleva a que el decremento en el autoconcepto se relaciona de forma importante con la disminución en la capacidad de la paciente de hacer uso de los recursos defensivos del Yo. De tal forma que se percata de una conflictiva (MMPI-F), que posiblemente tiene que ver con sus rasgos ansiosos (IDARE-rasgo, MAS) y depresivos (EAMD, MMPI-D-2), empleando como recursos defensivos el aislamiento (MMPI-Si-0) por una hipersensibilidad respecto al entorno (MMPI-Pa-6).

## **INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA**

La clave clínica del perfil promedio (Tabla 24 y Gráfica 16), fué:

**87'149623(34);6;6;15**, dispersigrama que es sugerente de una población que percibe que su integración al entorno es adecuada y no reconoce alguna problemática, respondiendo dentro de todo con honestidad al instrumento.

Son pacientes que emplean la fantasía y los aspectos psicasténicos, al igual que la preocupación por el cuerpo como una manera de contener los impulsos manifestados por una alta escala 4. Es muy probable que tengan un comportamiento aislado y asuman un papel genérico tradicional, gastando parte de su energía en ensoñaciones y elaboraciones fantaseosas, hecho que les resta productividad. Estos resultados son coincidentes con lo reportado por otros autores (Marsh, 1951; Benedeck, 1952; Ayala, 1985; Freeman, 1985; Mazure & Greenfeld, 1989), que enfatizan los aspectos de perfeccionamiento y aislamiento.

Las características narcisistas del perfil sugieren la posibilidad de que se haya llegado a una limitación importante de sus capacidades adaptativas, en tanto que la energía esta siendo empleada en recursos defensivos fundamentalmente. Es pertinente señalar que el 73.68% de las pacientes puntuaron por arriba de T-70 en la escala MMPI-Es-8, por lo que más que corresponder a un perfil promedio se trata de una característica presente en cada una de las pacientes de la población en estudio; desde luego existe la evidencia de que es una escala que con frecuencia en la población mexicana esta alterada, no obstante, consideramos que sí responde a la impresión clínica de las pacientes en el sentido de manifiestar un pensamiento mágico y de una fantasía desbordada, particularmente respecto de su padecimiento que de manera fantaseada resuelven.

Es de llamar la atención que más de una cuarta parte de las escalas se encuentran en un perfil pico que sumadas a las sumergidas alcanza una tercera parte, hecho significativo desde un punto de vista clínico, ya que es un indicador claro de que se trata de una población con alteraciones emocionales de intensidad variable (Gráfica 17).

Adelante se indica una discusión respecto a cada una de las escalas, con lo que pretendemos desglosar de forma más fina los aspectos señalados por el instrumento.

\*La escala L (Tabla 25), correlacionó de forma positiva y moderada con cuatro de las escalas del EAT, Total, R1, R3 y CC, que en éste caso está significando que las 5 escalas se encuentran en una tendencia hacia lo bajo. De acuerdo con lo medido por la escala L vemos que una autoapreciación de baja integración al grupo se vincula con un bajo nivel total de autoconcepto, identidad, autosatisfacción y Yo personal, lo que concuerda con que se trata de una población que se autodescribe como incapaz de responder a las expectativas del entorno, de ahí su falta de integración a su medio ambiente. Desde luego es imprescindible expresar que se trata de una autoevaluación y por consiguiente, hace más probable que sea una manera de autocrítica severa.

Por otra parte, la relación inversa se manifestó con las escalas CGS, IDARE rasgo, EAMD y EAT-SC, hecho que nos permite inferir de igual manera respecto a que esa autocrítica severa mencionada más arriba, podría estar soportada por el malestar psicológico que se manifiesta en pacientes con rasgos de tipo ansioso y depresivo, a la vez que se corrobora con la escala de autocrítica del Tennessee.

En el análisis de regresión L fué explicada en un 52.33% por autocrítica, yo personal, ocupación y la escala de identidad (Tablas 60-63), con lo cual reafirmaríamos el hecho de que fundamentalmente la escala de autocrítica y la escala L miden aspectos semejantes por tratarse en ambos casos de una respuesta frente a su propia apreciación, desde luego por la conformación del

instrumento, en tanto que una sube la otra baja. Como se puede constatar el resultado es consecuencia de una correlación inversa con autocrítica e identidad y positiva respecto a Yo personal y ocupación. En otras palabras el ajuste al grupo se vincula con el cumplimiento de expectativas respecto a su ideal del Yo, siendo parte importante de ello la posibilidad de desempeñarse en una actividad laboral.

•En relación a la escala F (Tabla 26), ésta se relacionó de forma directa con las escalas CGS, IDARE rasgo, EAMD y EAT-R2, lo que nos sugiere que la autopercepción de conflictiva está operando en virtud de que existe malestar psicológico, ansiedad, depresión y un comportamiento que aparentemente provee de satisfacción, pero que más parece una forma impulsiva de expresar sintomáticamente éstos componentes.

A su vez, correlacionó de manera inversa con las siguientes escalas del EAT: Total, R1, R3, CA, CB, CC, CD y CE, resultados que son congruentes pues se encuentran afectados todos los componentes clínicos del autoconcepto a expensas de una autoapreciación de conflictiva, dada por una F elevada.

La sub-escala F de acuerdo con el análisis de regresión se establece que su mejor predictor es la medida total de autoconcepto, explicando 37.26% de la varianza por sí sola (Tablas 64-67). Debido a la forma en que se obtiene el perfil de cada instrumento, hay una correlación inversa, con lo que podemos afirmar que la autopercepción de problemática está fuertemente asociada con un puntaje bajo de autoconcepto, en otras palabras, la vivencia de una autoapreciación repercute en la manera en que se percibe la propia problemática, con lo cual se vuelve a constatar que la medida de autoconcepto, es un buen recurso para establecer afirmaciones respecto a la paciente que cursa con dificultades reproductivas, amén de que concuerda con los señalamientos teóricos desarrollados en el sentido de que los conflictos que presenta una paciente estéril están involucrados con la autopercepción de no responder a los ideales de la propia paciente.

•La escala K (Tabla 27), se relacionó con 9 de las escalas del EAT de manera positiva (Total, R1, R2, R3, CA, CB, CC, CD y CE), escalas que corresponden a los puntajes clínicos del autoconcepto. Tal hallazgo nos sugiere que hay una correspondencia entre la capacidad de defensividad del paciente y su autoconcepto. Además hay que agregar que es una tendencia hacia los puntajes bajos, lo que por consiguiente sustenta que la defensividad es baja muy posiblemente como resultado de una disminución importante del autoconcepto.

En un sentido inverso, las escalas que correlacionaron moderadamente con ésta escala fueron el CGS, IDARE rasgo y EAMD que nuevamente confirman el hecho de que la baja defensividad de un paciente esta íntimamente invertido con el malestar psicológico,

la ansiedad como rasgo y los síntomas depresivos. Dicho de otra forma, los trastornos emocionales son interdependientes respecto de la capacidad del paciente de enfrentar su circunstancia vital y obviamente ésta capacidad es el resultado de los recursos emocionales con los que cuenta.

Esta escala es pronosticada por la escala EAT-R3 (autosatisfacción) en un 40.50% de la varianza (Tablas 68-71), hecho que pareciera apuntar a que una mayor capacidad defensiva se vincula con un mayor grado de autosatisfacción. Empero, en el presente estudio todo nos lleva a establecer que son un grupo de pacientes con bajos niveles de autosatisfacción y por ende de poca capacidad de defensa emocional ante el entorno, lo que les hace más proclives a desajustes psicológicos. De nueva cuenta se enfatiza el hecho de que las escalas de autoconcepto resultan ser muy útiles en la determinación del comportamiento emocional de la paciente, siendo muy importante en tanto que sigue siendo un buen recurso para establecer la asociación respecto a que el autoconcepto en éstas pacientes se encuentra estrechamente relacionado con la manifestación psicopatológica de las mismas.

•La escala 1 de hipocondriasis del MMPI (Tabla 28), estableció una correlación inversa con tres escalas del EAT (R2, CA y CD), hecho que resulta coherente ya que, poseen un significado semejante cuando los puntajes de la 1 aumentan los del EAT disminuyen. Clínicamente tendría que ver con los aspectos de preocupación por los aspectos físicos, el que la conducta de autogratificación (en éste caso la maternidad) no se emprende y que dentro del gratificante familiar no hay una atinada congruencia entre lo que se supone es la expectativa esperada y lo que en realidad ocurre con la paciente. De ahí que la correlación encontrada fácilmente embona con lo que se observa y con las explicaciones teóricas al respecto.

•En relación a la escala de depresión (D-2) (Tabla 29), se observa una concordancia positiva respecto a el malestar psicológico (CGS), los síntomas ansiosos (IDARE en sus dos mediciones), con los síntomas depresivos detectados por el EAMD y con una mayor insatisfacción en la relación de pareja (ESM). En sentido inverso se expresó la correlación con las escalas clínicas del EAT (Total, R1, R2, R3, CA, CB, CC y CD) con lo que solo se ratifica que la depresión se encuentra íntimamente relacionada con el autoconcepto y que en el caso particular de las pacientes estudiadas, hay suficientes datos que nos señalan que poseen un pobre autoconcepto y por consiguiente los elementos depresivos no se hacen esperar.

En el análisis de regresión, la escala D-2 (depresión) (Tablas 72-75), fué explicada en un 38.32% por la escala de Yo físico (EAT-CA), lo que nos confirma la estrecha relación que en éstas pacientes hay entre los estados depresivos y la pobre imagen corporal que poseen. En otras palabras, la asociación entre la

expectativa que con relación a los aspectos físicos tiene una paciente -reconociendo que la vivencia de esterilidad se caracteriza como una enfermedad física- y la manifestación de estados depresivos, está estrechamente relacionada y concuerda con el planteamiento de que la incapacidad reproductiva es adjudicable a la paciente en tanto que es la poseedora de la capacidad biológica para la reproducción y por consiguiente marca una falla que va directamente hacia la identidad.

\*En la escala 3 (Tabla 30), hallamos que mientras que la relación es positiva con la escala EAT-R1 es negativa con la escala EAT-CA. En otras palabras, la posibilidad que tiene la paciente de percibir sus necesidades son coherentes con los aspectos que plantean una condición poseer una mejor identidad y son contrarias a aquellas percepciones de no manifestar condiciones en el campo del Yo físico que le permitan sustentar tales necesidades.

En lo que respecta a Hi-3 en el análisis de regresión (Tablas 76-79), cinco variables se encuentran relacionadas para dar un total de 45.72% de varianza explicada (Yo físico, conflicto neto, Cesárea, autosatisfacción y Diagnóstico), siendo las más importantes el Yo físico y el conflicto neto con un 17.31% y 12.02% respectivamente, lo cual nos plantea que la demanda afectiva está ampliamente relacionada con una baja apreciación de la imagen corporal (necesidad de confirmar que se es amada) y con un menor nivel de conflicto respecto a la autopercepción. Confirmando así que los aspectos del autoconcepto son muy importantes en la determinación del estado emocional de la paciente.

\*La escala 4 solo correlacionó de manera directa con la EAT-R1 y como ésta última se encuentra como puntaje sumergido, nos sugiere que la expresión de los impulsos no se vive como posible en la medida en que hay una condición de duda respecto a que su identidad responda a los requerimientos que le permitan gozar de aspectos de autoafirmación, con lo cual se confirma la necesidad de poseer un autoconcepto bien estructurado para dar paso a la expresión de los propios impulsos (Tabla 31).

\*En la escala 5 (Tabla 32), encontramos una correlación positiva con relación a la escala EAT-R1, que hay que tomar con cuidado ya que en éste caso los elementos de femineidad presuntamente valorados por el MMPI corresponden a puntajes sumergidos (efectivamente así es en la población estudiada) y la identidad del EAT se valora de manera contraria. Empero, la aparente contradicción es muy probable que tenga que ver con que la identidad medida por el EAT, plantea aspectos que el paciente reconoce como características que le permiten alcanzar un mayor nivel de autoapreciación; en consecuencia está significando que los elementos de identidad valorados por el MMPI no responden a la posibilidad de adquirir un sentido de gratificación para la paciente, que tal como lo habíamos expresado en otro párrafo más arriba, los aspectos culturales de feminidad no necesariamente

están relacionados con un adecuado desarrollo de la salud mental.

• Los puntajes de la escala 6 (Tabla 33), obtuvieron una correlación negativa con las siguientes sub-escalas del EAT: Total, R2, R3, CA, CB, CC y CD, hallazgo que nos permite plantear que en la medida en que una parte importante del autoconcepto se encuentra en niveles de insatisfacción es que la paciente se vierte sobre una condición hipervigilante del entorno o al menos de manifestar una actitud de extrema sensibilidad frente a su medio ambiente. Tal situación no nos resulta sorprendente, ya que precisamente por carecer de una sensación de un autoconcepto gratificante es que se vierte sobre el ambiente la posibilidad de ser vigilada, sin ser capaz de percatarse de que se trata de una defensa proyectiva.

• En la escala 7 (Tabla 34), encontramos una correlación negativa con el Yo familiar, que puede ser explicado como una manera de compensar la situación que surge ante la falta de dar respuesta a las expectativas aprendidas de la familia, como es la maternidad, otras respuestas que sean consecuentes con su condición de ser mujer. Algunos de los elementos obsesivos que se observan de forma clínica es que la paciente está muy preocupada por la limpieza y el cuidado de su casa así como de su arreglo personal.

• La escala 8 (Tabla 35), obtuvo una correlación negativa con las sub-escalas del EAT de conducta (R2) y Yo personal (CC), lo cual pudiera estar significando que ante la percepción de que no se ejecuta una conducta que satisfaga los aspectos importantes del autoconcepto, entonces se da una condición de refugiarse en la fantasía y el aislamiento con lo que la gratificación del Yo personal no adquiere en los hechos una satisfacción, circunstancia que también lo mantiene sumergido.

• Respecto a la escala 9 (Tabla 36), tenemos que correlacionó de manera directa con la escala de identidad del EAT (R1), es decir a una disminución de la sensación de poseer una identidad que le gratifique, la energía que proporciona ésta escala está limitada, muy probablemente debido a que es gastada en la búsqueda de los gratificantes que no ha logrado obtener en las áreas que se mantienen en conflicto, particularmente la identidad.

• En la escala Si-0 (Tabla 37), las correlaciones fueron en más instrumentos, así tenemos que se relacionó de manera directa con IDARE rasgo, EAMD y ESM, es decir, las características dadas por mecanismos de aislamiento son coherentes con los síntomas de ansiedad rasgo, depresión e insatisfacción marital. En correlación inversa se encontraron las escalas del Eat que se señalan a continuación: Total, R2, R3, CA, CB, CC, CD y CE con lo cual se confirma que los mecanismos de aislamiento están estrechamente relacionados con un autoconcepto disminuido en prácticamente todos sus componentes.

La escala Si-0 fué explicada por cuatro variables (autosatisfacción, Abortos, Yo familiar y autocrítica) en un 53.40% (Tablas 80-83), de las cuales autosatisfacción por sí sola explica el 40.13%, dato que nos permite establecer que las defensas de aislamiento están íntimamente asociadas con la vivencia de baja autosatisfacción, que en éstas pacientes es pobre, de ahí que un recurso adaptativo frecuentemente observado en la población de estudio fuese el aislamiento. En consecuencia, una autopercepción de poca satisfacción respecto a la propia expectativa establece como recurso adaptativo el aislamiento, lo que es congruente con las observaciones que nos indican que la paciente que padece esterilidad va conformando una reducción a su entorno de relación, hecho que es justificado como una manera para evitar la confrontación frecuente respecto a su imposibilidad por parte de su medio, en tanto que lo esperado es procrear.

\*La medición de Fuerza del ego (Tabla 38), se relacionó positivamente con la escala EAT-R1 (identidad), que como hemos señalado se encuentra sumergida, lo que nos estaría indicando que las características de fuerza del ego, que entre otras cosas sería la de tener un buen nivel de autoafirmación y a su vez la relación existente con los elementos de identidad, no se encuentran presentes en el grupo de estudio.

\*La escala MAS (Tabla 39), obtuvo una correlación positiva con las escalas CGS, IDARE rasgo y EAMD, hecho esperado en tanto que se trata de cuestionarios que pretenden medir síntomas semejantes, es decir malestar psicológico, ansiedad y aunque la depresión es distinta algunos de sus síntomas con frecuencia son compartidos y mediante los instrumentos es muy difícil de diferenciar, requiriendo del juicio clínico para poder hacer un diagnóstico diferencial, sobre todo en el nivel en que la depresión se presenta en la muestra del estudio.

Por otra parte, hubo una correlación inversa con 7 de las subescalas del EAT (R2, R3, CA, CB, CC, CD y CE), que pudiera estar significando que hay una concordancia entre los fenómenos ansiosos y la disminución de la autopercepción de poseer elementos sólidos del autoconcepto.

La escala MAS obtuvo explicación del Yo personal y del número de hijos vivos en el análisis de regresión (Tablas 84-87), aunque la mayor explicación proviene de la primera con un 42.39% de un total de 46.15%. Tal situación nos coloca en posición de señalar que la ansiedad tiene una asociación muy importante con la vivencia de un autoconcepto con aspectos personales de gratificación, y que en la presente investigación los puntajes referidos se encuentran bajos y por consiguiente los elementos de ansiedad se ven afectados en relación a su incremento.

Para terminar los posibles análisis se corrió un procedimiento de prueba t con las variables que en la literatura surgen como importantes para evaluar el proceso emocional de una paciente que ha sido diagnosticada con esterilidad y se encuentra en un programa de fertilización asistida medicamente.

Por otro lado, los resultados de la prueba t en relación a años de esterilidad, cuando el punto de corte fué de 5 años (Tabla 40), nos muestran que dos escalas del MMPI resultan significativas, la 7 (Pt) y la de Fuerza del ego y cuando el punto de corte fué de 7 años (Tabla 41) se agrega la escala 3 (Hi). En relación a la escala 7 podemos decir que la cronicidad pareciera incrementar los síntomas obsesivos de las pacientes, lo que apoyaría el hecho de que en efecto son producto del padecimiento por el cual atraviesan.

Respecto a la escala 3, nos implica que la evolución del cuadro clínico hace más proclive a la paciente de percatarse de necesidades afectivas, lo que le puede llevar a una demanda cada vez mayor de éstas.

Al observar el comportamiento de la Fuerza del ego, tenemos que la diferencia se invierte dependiendo de la cronicidad, pues a los 5 años o menos la fuerza pareciera ser mayor en las pacientes más crónicas, pero al hacer el corte a los 7 años la fuerza se encuentra en las menos crónicas. Tal resultado puede obedecer a que hay un comportamiento oscilante mientras la cronicidad no se continúe por mucho tiempo. Este resultado no concuerda con lo reportado por Freeman en 1985, ya que él solo encuentra 3 pacientes de su muestra de 200, con una disminución en la escala de fuerza del ego. Sin embargo, esto pudiera estar relacionado con los aspectos de carácter social que imperan en nuestro país, donde la maternidad cumple con una función más importante y de mayor trascendencia respecto a la identidad femenina.

En relación a la prueba t tomando en consideración el diagnóstico (esterilidad primaria o secundaria), tenemos que existe mayor ansiedad detectada por la escala MAS en las pacientes con esterilidad primaria, lo que es explicado por no tener hijos. En cambio pareciera que las pacientes con esterilidad secundaria se ven mayormente afectadas en relación a su comportamiento de aislamiento (Si), que la otra categoría diagnóstica, probablemente porque en ellas ya hubo prueba de ser capaces y ahora lo que les ocurre les resulta incomprensible (Tabla 42).

También se consideró la edad como una variable que pudiera distinguir a la población y se empleó un punto de corte de 35 años, encontrándose que las mujeres mayores de 35 años resultaron ser mayormente defensivas (K) ante el instrumento (Tabla 43). Y por otro lado, las menores de 35 años mostraron una mayor fortaleza del ego (Fe) posiblemente porque por su edad consideran poseer una mayor probabilidad de concretar su deseo de maternidad, que

aquellas que con base en el mismo hecho comienzan a perder la esperanza de lograrlo.

## INTEGRACION

Procurando hacer un resumen que contemple los aspectos esenciales, podríamos señalar que la población en estudio se asemeja a las de publicaciones ya referidas, con excepción de la ocupación, que en nuestro trabajo es prácticamente igual el porcentaje de trabajadoras y amas de casa.

Siendo importante rescatar que son mujeres jóvenes que tienen una historia larga de evolución con su padecimiento, hecho que seguramente ha impactado de manera definitiva su actual estado emocional, que como pudimos constatar no es fácil de determinar con los instrumentos de tamiz (CGS), sobretodo en aquellas pacientes con una mayor evolución del cuadro en tanto que las más jóvenes logran percibir más fácilmente su malestar psicológico. Es necesario establecer que aunque el porcentaje de casos está por debajo de otras publicaciones y ello se relaciona con la cronicidad (en tanto que entre mayor sea, los síntomas son menos reconocibles por el paciente), también debemos de anotar que los más frecuentes son de tipo depresivo y contestados en la columna 3, lo que implicaría una menor severidad. Además son de tipo psicológico en su mayoría y concuerda con lo obtenido por otras escalas (IDARE, ESM, EAMD, MMPI-F, MMPI-K, MMPI-2, MMPI-MAS, EAT-R3, EAT-CA, EAT-CB y EAT-CC). Es también importante que sean dos escalas del Tennessee las que pronostican su comportamiento, pues ante una identidad disminuída y la dificultad de autodescribirse es que se incrementa la autopercepción de malestar psicológico.

De forma semejante, las reacciones depresivas tienen un papel muy importante en éstas pacientes, lo cual es corroborado en todos los instrumentos que miden depresión, siendo particularmente importante debido a que las publicaciones refieren una disminución en su tasa de éxito, en programas de fertilización asistida. Por otra parte, los resultados consignan el hecho de que 9 de 20 síntomas son positivos para la depresión en al menos el 20% de las pacientes y de éstos nueve, siete son de tipo psicológico. Además un buen número del resto de escalas correlacionaron significativamente con la escala de automeción de la depresión y con la escala 2 del MMPI, en lo particular con el total de autoconcepto y las escalas clínicas del Tennessee, siendo de éstas el Yo físico la que es capaz de pronosticar el comportamiento de la escala 2. Se hace indispensable seguir reafirmando que las escalas de la medición de autoconcepto se encuentran estrechamente relacionadas con los instrumentos y nos permiten reconocer que el constructo nos sugiere un amplio anclaje con los aspectos de tipo ideológico y social respecto a el papel que juega la mujer y la importancia que tiene la reproducción por estar invertibrada con la identidad de género.

En semejante circunstancia se encuentran las reacciones de ansiedad, mismas que a mayor cronicidad se incrementan y van acompañadas de malestar psicológico y de alteraciones en el contexto global de su situación, repercutiendo en la vivencia de la relación de pareja, que se ve impactada entre mayor sea la alteración emocional. Surgen también relaciones con las demás escalas y en particular con las de autoconcepto que en el caso del IDARE las dos dimensiones pueden explicarse en relación a su varianza en un alto porcentaje por la identidad (31.82% y 36.98% respectivamente para estado y rasgo) y en el caso de la escala de ansiedad manifiesta de Taylor en un 46.15% por la escala de Yo personal. Por otro lado, la cronicidad (más de 5 años) y la esterilidad primaria hacen mayor la posibilidad de ansiedad.

La satisfacción marital se ve relacionada con las escalas de síntomas ansiosos y depresivos y del autoconcepto, siendo un mejor autoconcepto el que permite la expresión del malestar en la relación de pareja. Es un resultado importante pues las consecuencias de la circunstancia de imposibilidad reproductiva requiere de una pareja que sea capaz de enfrentar la vivencia de crisis por la que se atravieza, que de no hacerlo desencadena la ruptura de la pareja, aparentemente por el deseo de un hijo, aunque en un aspecto más profundo tiene que ver con la imposibilidad de afrontar efectivamente una crisis de maduración, sobretodo por relacionarse con elementos importantes de la identidad psicosexual.

Otros elementos que entran en juego también son susceptibles de ser definidos desde esta conceptualización, pues la fantasía y las quejas somáticas son recursos narcisísticos que centran la atención sobre el sujeto, rechazando la realidad externa. Es decir, la fantasía es un recurso al que se recurre cuando hay una situación frustrante y en particular en el caso de la mujer que ha sido inductrinada en una actitud receptiva que no le permite ejercer un cambio a su circunstancia vital, sino más bien se abandona a su "destino" biológico antes que transformarlo.

Así mismo las características psicasténicas aducen a ideas fijas que tienen que ver con otras funciones de lo que es concebido como femenino, como un recurso que desplaza y compensa aunque de manera precaria su condición. Estos síntomas se relacionan de manera directa con los fenómenos ansiosos, en los que han actuado las defensas del yo para estabilizar el problema económico.

De la misma manera, la situación actúa sobre la preocupación respecto al propio cuerpo, hecho que por sí mismo plantea un recurso de tipo narcisístico que redunde en una autogratificación y aislamiento que es consecuente con todas las defensas desplegadas a través de los fenómenos explicados más arriba y que por otra parte se ven confirmados mediante la imposibilidad de concepción. A ello le podemos agregar que también es un mecanismo defensivo frente a la ansiedad que no puede ser manejada.

Desde luego tales síntomas deben de entenderse como un producto de la represión que ha actuado ante los impulsos por no haberle dado su curso y como una forma de disminuir la angustia que se ha producido a consecuencia de la confrontación con la realidad del Yo y de su ideal.

Es por todo esto que la escala de autoconcepto plantea un comportamiento integrador al ser la escala que en general da la posibilidad de poder pronosticar el resto de los elementos, no así en sentido inverso. Es decir, el autoconcepto en su calidad de multidimensionalidad se torna difícil de ser pronosticado aisladamente, pues necesita de la presencia de factores no solo de tipo clínico sino de carácter social y por ende resulta de mayor utilidad emplearlo como un constructo que establezca la dirección de la investigación y no a la inversa.

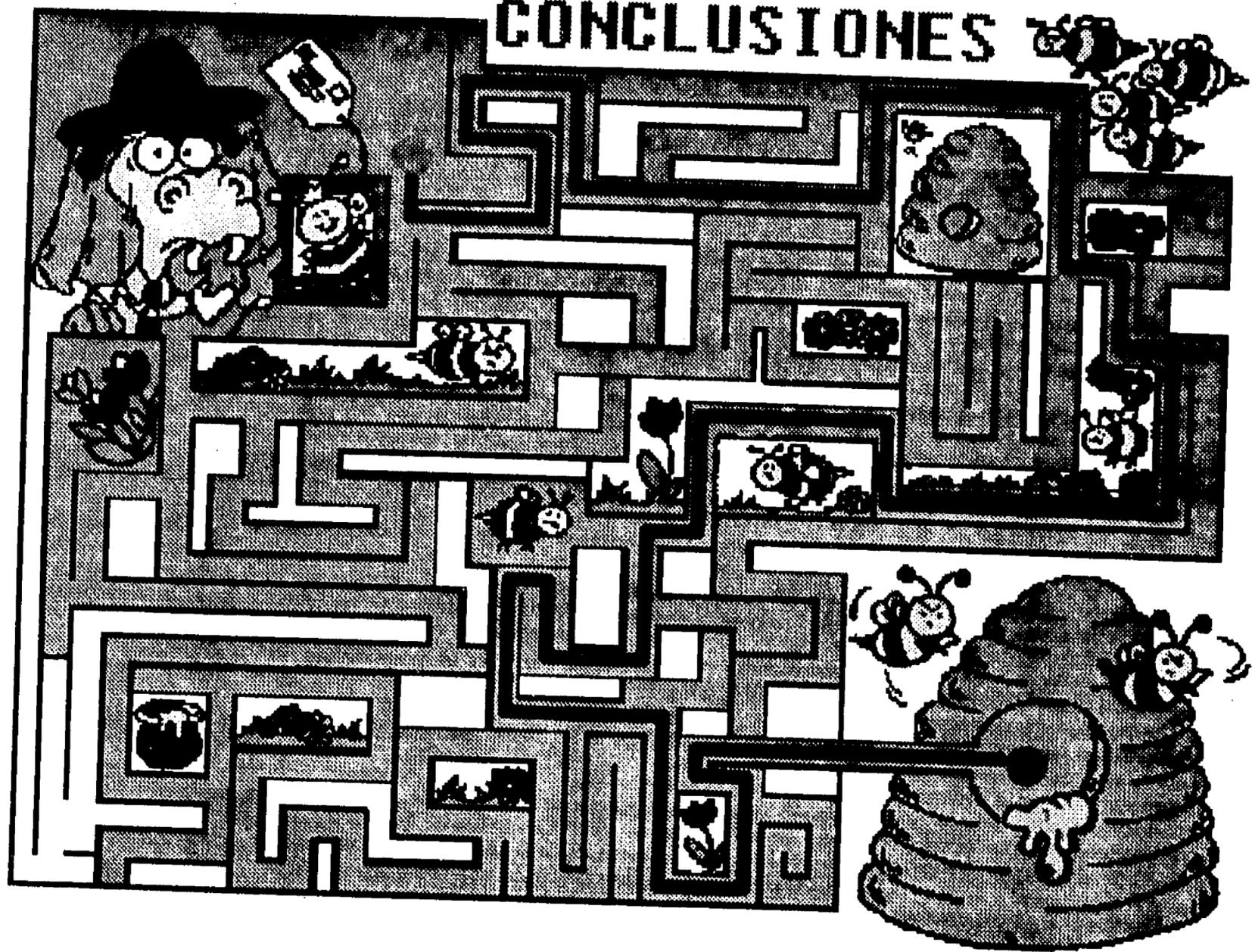
El presente trabajo como consecuencia del empleo de diferentes instrumentos, que en lo operativo mostraron una alta consistencia, permitió dar cuenta de algunas de las incognitas que están presentes en la literatura, como por ejemplo que la observación clínica no era corroborada por los instrumentos de tamiz, sin considerar que por la evolución del cuadro éstos síntomas primarios ya habían desencadenado otros de naturaleza estructural.

El presente estudio nos permitió a su vez confrontar algunas hipótesis que con respecto a la esterilidad venían siendo vigentes como el que la afección es producto de los elementos de la historia de la mujer y que con nuestros hallazgos podemos expresar que en realidad se trata de un efecto y no de una causa, pues lo que se está poniendo en conflicto es la identidad y por consiguiente los recursos que se emplean en forma regresiva son muy arcaicos y además dan la oportunidad de investir a la esterilidad con afectos tempranos que dieran la impresión de ser causa cuando en realidad son efecto.

Por otra parte, se trata de un estudio pionero en la investigación de los aspectos psicosociales de la fertilización asistida medicamente a nivel latinoamericano y a nivel de otros países no existe un reporte que considere el número de variables contempladas aquí. A ello se suma que tal como se pudo observar, las correlaciones expresan una amplia concordancia entre las observaciones clínicas y los instrumentos, además entre los instrumentos entre sí, lo que nos sugiere fuertemente que los constructos teóricos se corroboran y responden a los datos clínicos que se recaban con las pacientes estudiadas.

Es menester entonces aclarar que el trabajo sobre los componentes emocionales de la esterilidad, en lo particular de aquellas que se someten a programas de fertilización asistida, está en su punto de partida.

# CONCLUSIONES



# **CAPITULO 7**

## **SUMARIO Y CONCLUSIONES**

### **RESUMEN**

#### **INTRODUCCION**

El impacto que sobre la pareja humana, se observa en el área reproductiva, ha llevado a los profesionales de la salud mental a incursionar en este terreno. De particular interés ha sido el trabajo con parejas estériles e infértiles, debido a que se ha logrado acumular evidencia, en el sentido de que los estados emocionales alterados se observan con relativa frecuencia, ya sea como consecuencia de la esterilidad, como factor contribuyente o como factor asociado. No es de nuestro interés por el momento caer en una discusión que aunque productiva, requeriría de muchos más elementos para estructurarla.

Agredado a lo anterior, la ciencia médica ha tenido avances tecnológicos muy importantes, que en la actualidad han posibilitado que algunas parejas estériles logren un embarazo. Es de esta forma que se abre un nuevo campo de investigación respecto a los efectos y evolución de los mismos, por el impacto que posiblemente se llegue a producir sobre el psiquismo humano, al ser implementadas.

Así mismo, la experiencia acumulada afirma que hay modificaciones en la estructura y dinámica de la personalidad, así como estados emocionales alterados, tanto individuales como de pareja que se han encontrado en las parejas diagnosticadas como estériles. A ello se agrega el que al tratarse ésta de una técnica revolucionaria, que implica la manipulación de los gametos extracorporeamente y con una baja efectividad (Asch, 1986), pudiera presentarse un efecto sumatorio que involucre el estado de salud mental de la mujer y su pareja.

En Latinoamérica no existen reportes en relación a ese tipo de pacientes, lo que plantea la necesidad de buscar datos que pongan de manifiesto el tipo de pacientes que se somete, sobretodo en función de que las características socioculturales pudieran plantear diferentes reacciones. Además el proyecto que se está sugiriendo está anclado a una institución de salud de carácter público, lo que obliga a revisar otras variables sociodemográficas respecto a la literatura internacional.

## **MATERIAL Y METODO**

Se desarrolló un estudio exploratorio, ex-post-facto, descriptivo, de una sola muestra con un procedimiento de selección intencional y de observaciones independientes, con una muestra de pacientes del Programa de Fertilización Asistida Medicamente (FAM), del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que ingresaron en los seis meses siguientes al inicio del estudio (julio-diciembre de 1989). Las pacientes padecen dificultades en su capacidad reproductiva y son diagnosticadas como estériles primarias o secundarias, y en su totalidad de factor femenino de esterilidad.

Los criterios de inclusión, son en principio de carácter médico, relacionados con el diagnóstico y sus características orgánicas. Posteriormente, se tomaron los siguientes criterios: escolaridad mínima de primaria, con pareja estable (en el caso de las pacientes en unión libre, que tuviesen un concubinato mínimo de un año), ser mexicanas y que no tuviesen trastorno mental severo (por apreciación clínica).

Los instrumentos empleados fueron: Cuestionario General de Salud de Goldberg (versión de 30 reactivos), Escala de Automedicación de la Depresión de Zung, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberg, Escala de Satisfacción Marital de Pick y Andrade, Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Inventario de Personalidad de Minesotta.

## **RESULTADOS**

Se encontró que las pacientes de la muestra observaron malestar psicológico, con reacciones de ansiedad y depresión, una disminución en la satisfacción marital en el factor de satisfacción con los aspectos estructurales del cónyuge, una disminución del autoconcepto, particularmente en lo que se refiere a la identidad y el Yo físico y un perfil de MMPI que enfatiza las defensas de fantasía, psicastenia y aislamiento.

La cronicidad de las pacientes encubre los resultados sintomáticos de malestar psicológico, pero puede observarse que están presentes mecanismos adaptativos de mayor complejidad que nos ilustran en el sentido de que contradice lo expresado respecto a que hay factores psicológicos causales de esterilidad.

Por último, el autoconcepto efectivamente es un constructo que permite abordar mejor el fenómeno al integrar aspectos clínicos y sociales, además de que es capaz de explicar una buena parte de la varianza de los diferentes instrumentos aplicados.

# RESUME

## INTRODUCTION

The impact of reproduction upon human couples has drawn mental health professionals into the field. A particular interest of professionals has been sterile and infertile couples. Due to accumulating evidence of high frequency of emotional difficulties in these couples, it is felt that not only are these alterations a consequence of sterility but that they may also be a contributing or associated factor. It is not our interest for the moment to discuss this topic which, however productive, would require considerable background to give it structure.

Admitting the above, medical science, through important technological advances, has enlarged the possibilities of sterile couples achieving a pregnancy. This opens a new field of research into the emotional impact the technology may have upon infertile couples.

Additional evidence suggests that the diagnosis of sterility produces changes in the structure and dynamics of personality, as well as in emotional states of both the individual and the couple. A woman who allows herself to be treated with a revolutionary medical technique involving extracorporeal manipulation of gametes with low probability of success (Asch, 1986), exposes herself and her spouse to strong pressures affecting mental health.

As there are no reports from Latin America regarding such patients the first problem to be addressed is the description of patients who submit to these procedures, particularly those socio-cultural characteristics that might differentiate reactions among the patients. Furthermore, as the study we propose is located in a public medical institution, a review of other socioeconomic variables mentioned in the international literature is indicated.

## MATERIALS AND METHODS

We developed a retrospective exploratory study of a descriptive nature using a single sample of patients enrolled in the Program of Medically Assisted Fertilization of the National Institute of Perinatology for the period July to December, 1989. All the patients were diagnosed as female primary or secondary infertility.

Initial inclusion criteria were of medical character related to the diagnosis and its organic origins. Further inclusion

criteria included a minimum of primary school education, stable couple relationship (in cases of unmarried couples, living together at least one year), Mexican citizenship and without severe mental disability (by clinical assessment).

Several instruments were employed: Goldberg's General Health Questionnaire (30 item version), Zung's Self-administered Scale of Depression, Spielberg's Inventory of Trait-State Anxiety, Pick and Andrade's Scale of Marital Satisfaction, Tennessee Self-Concept Scale, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

## **RESULTS**

The patients exhibited psychological malaise, with reactions of anxiety and depression, low marital satisfaction with respect to the structure of the relationship, low self-concept particularly in identity and the physical ego and a MMPI profile that emphasized defense fantasies, psychasthenia and isolation.

Chronicity of the patients concealed the symptomatic results of psychological malaise, but highly complex adaptive mechanisms were observed. Such adaptive mechanisms suggest that the concept of psychological cause of sterility mentioned above is not supported.

Finally, self-concept is a construct that effectively permits integration of clinical and social sides of the findings and further is capable of explaining a large part of the variance among the different applied test instruments.

# CONCLUSIONES

• La paciente que cursa con esterilidad y se somete a un programa de fertilización asistida, muestra alteraciones emocionales de diferente intensidad, particularmente de tipo ansioso y depresivo.

• La población estudiada manifiesta encontrarse satisfecha con la relación de pareja. Sin embargo, pareciera encontrarse encubierta la conflictiva debido a que su capacidad adaptativa gira esencialmente en torno a la búsqueda del embarazo, amén de que un incremento en la percepción de malestar psicológico o de trastornos emocionales plantea una disminución de la vivencia de satisfacción.

• El autoconcepto se ve impactado fundamentalmente en las áreas de identidad y yo físico, mismos que están compensados a través de mecanismos de fantasía, aislamiento y de comportamientos de tipo obsesivo.

• La autocrítica aumentada probablemente a expensas de su imposibilidad de respuesta a componentes importantes de la identidad y la demanda social, se reflejan en las manifestaciones emocionales antes descritas, siendo el autoconcepto el eje sobre el que giran, por conjugar elementos de autopercepción y de percepción del entorno.

• El estudio sistemático de la paciente estéril, permite determinar que las reacciones emocionales frente a su dificultad, se llegan a encubrir con otro tipo de manifestaciones que se observan y que pueden llevar a errores interpretativos, como los que se han realizado, en que se establece que la personalidad y carácter de la paciente son causas del padecimiento. El presente trabajo, nos lleva a sugerir que se trata de una confusión y que por el contrario se trata de una consecuencia, que por las características de los aspectos de identidad que están en juego, hacen aparecer a las manifestaciones regresivas semejantes (en la población de pacientes estériles), pues se trata del núcleo de identidad genérica el que es puesto en escena, y que aún cuando hay discrepancia de cultura a cultura, éste se establece en la mujer de forma muy semejante. Hecho por el cual se ha conceptualizado al fenómeno reproductivo como un eslabón más de la cadena de ataduras a la biología por parte del sexo femenino.

• Tal como es propuesto en los capítulos teóricos, la ausencia del objeto lleva a reintegrar la libido hacia el yo en forma de identificaciones, en consecuencia lo que se puede dar como identificación es la esterilidad y por ello es posible que la mujer se comporte en una forma que podríamos interpretar como una esterilidad de vida.

• Por otra parte, nos lleva al reconocimiento de que la paciente por ésta razón invierte su energía en defensas de tipo narcisístico que le impide por otra parte, establecer una relación interpersonal saludable.

• Finalmente, consideramos que la posibilidad de abordar a éste tipo de paciente puede estar dentro de los aspectos conscientes en un intento de modificar otros componentes que están fuera de éste nivel, como sería la compensación en la diada autoetima-narcisismo y de las identificaciones que tienen que ver con la construcción de la identidad. De tal forma, que se intervenga en un nivel de fortalecimiento del yo, particularmente de la función integradora.

## **RECOMENDACIONES**

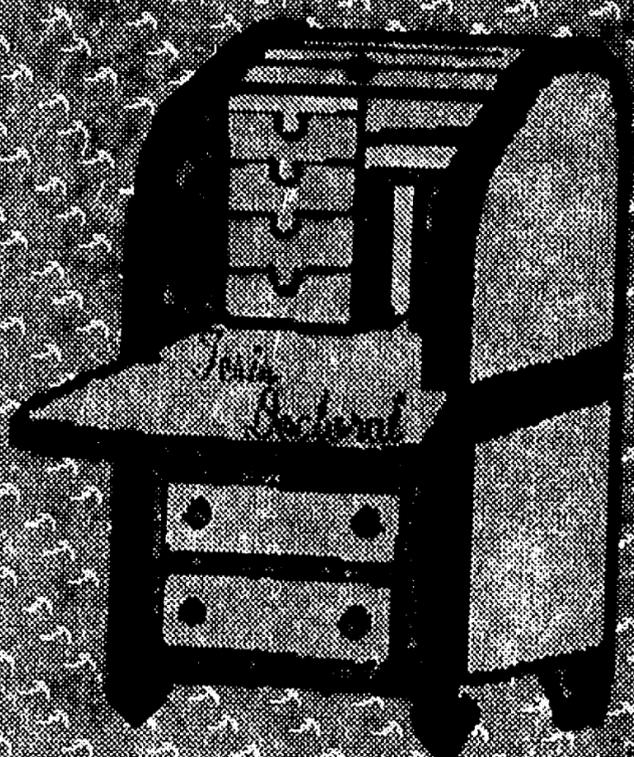
El presente trabajo en realidad deja muchas más incógnitas de las que pudo resolver, por lo que se hace necesario implementar otros trabajos de investigación que puedan resolver más satisfactoriamente los planteamientos expuestos.

Quizá un primer aspecto es el de ampliar la muestra de la población estudiada, limitando el número de instrumentos para dar respuesta a cada planteamiento por separado.

Surge la inquietud de saber si se modifican aspectos emocionales en aquellas pacientes que logran mediante la técnica de fertilización asistida un embarazo o hacer un seguimiento de éstas pacientes.

Es necesario realizar un trabajo con la pareja, que permita determinar la otra parte del fenómeno, es decir, la parte masculina.

# BIBLIOGRAFIA



# BIBLIOGRAFIA

- ABSE, D.W. (1966). Psychiatric aspects of human male infertility. Fertility and Sterility, 17 (1), 133-139
- ABSE, D.W. (1966). Psychiatric aspects of human male infertility. Fertility and Sterility, 17 (1), 133-139
- ALLISON, J.R. (1979). Roles and conflict of women in infertile couples. Psychology of Women Quarterly, 4 (1), 97-113
- AMELAR, R.D. (1980). Infertilidad en el varón. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- ARAMONI, A. (1984). El mexicano ¿un ser aparte? México: Offset.
- ASCH, R., BALMACEDA, J., ELLSWORTH, L. y WONG, T. (1986). Preliminary Experiences with Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT). Fertility and Sterility, 46 (3), 366-371
- AYALA, J., CAMACHO, J., CLERIGA, R., LOPEZ, D.N. y KOLTENIUK, M. (1985). Estudio psicoanalítico de la femineidad. En A.P.M. (ed.). XXV Congreso Nacional de Psicoanálisis. México, D.F.: Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- BAKAN, D. (1979). Enfermedad, dolor, sacrificio. México: Fondo de Cultura Económica.
- BAKKER, C.B. y DIGHTMAN, C.R. (1964). Psychological factors in fertility control. Fertility and Sterility, 15 (5), 559-567
- BARANGER, W. Comp. (1980). Aportaciones al concepto de objeto en psicoanálisis. Argentina: Amorrortu
- BASAGLIA, F. (1987). Mujer, locura y sociedad. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- BEAUVOIR, S DE (1990). El segundo sexo. México: Ediciones Siglo Veinte. Alianza Editorial Mexicana. 2a Ed. 2 Tomos.
- BEBEL, A. (1989). La mujer. En el pasado, en el presente, en el porvenir. México: Fontamara.
- BECK, TA (1976). Diagnóstico y tratamiento de la depresión. Estados Unidos de Norteamérica: Merck Sharp & Dohme International.
- BECK, A. y HAAGA, DA. (1992). The future of cognitive therapy. Special issue: the future of psychotherapy. Psychotherapy. 29(1). 34-38.

- BECKER, E. (1977). La lucha contra el mal. México: Fondo de Cultura Económica.
- BECKER, E. (1979). El eclipse de la muerte. México: Fondo de Cultura Económica.
- BECKER, E. (1980). La estructura del mal. México: Fondo de Cultura Económica.
- BELMONTE, L.O., DEL VALLE, E., KARGIEMAN, A. y SALUDJIAN, D. (1976). La identificación en Freud. Argentina: Kargieman
- BENDES, S. (1953). End Results in Treatment in Primary Sterility. Fertility and Sterility, 4, 34-48
- BENEDEK, T. (1952). Psychosexual Function in Women. New York: The Ronald Press Co.
- BENEDEK, T. (1952). Infertility as a psychosomatic defense. Fertility and Sterility, 3 (6), 527-541
- BENEDEK, T., HAM, G.C., POBBENS y S.P. RUBENSTEIN, B.B. (1953). Some Emotional Factors in Infertility. Psychosomatic Medicine, 15, 485-498
- BENEDEK, T. (1958). Parenthood as a developmental phase. Memoria del Congreso de Otoño de la Asociación Psicoanalítica Americana. Estados Unidos de Norteamérica.
- BENEDEK, T. (1960). The organization of reproductive drive. The International Journal of Psycho-Analysis, 41, 1-15
- BENSADON, N. (1988). Los derechos de la mujer. México: Fondo de Cultura Económica.
- BENSON, R. (1986). Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos. México: El Manual Moderno. 4a Edición.
- BEQUAERT, H.H. y TYMSTRA, T. (1987). In vitro fertilization in the netherlands: experiences and opinions of dutch women. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4 (2), 116-123
- BERG, B.J. y WILSON, J.F. (1991). Psychological Functioning across stages of treatment for infertility. Journal of Behavioral Medicine, 14 (1), 11-26
- BERGER, D.M. (1980). Impotence following the discovery of azoospermia. Fertility and Sterility, 34 (2), 154-156
- BERGER, D.M. (1980). Infertility: a psychiatrist's perspective. Canadian Journal of Psychiatry, 25 (7), 553-559

- BERK, A. y SHAPIRO, J.L. (1984). Some implications of infertility on marital therapy. Family Therapy, 11 (1), 37-47
- BLEICHMAR, E. DIO (1989). El feminismo espontáneo de la histeria. México: Fontamara.
- BLEICHMAR, H.B. (1980). La depresión: un estudio psicoanalítico. Argentina: Nueva visión. 3a Edición.
- BLEICHMAR, N.M. y LEIBERMAN, B.C. (1989). El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica. México: Eleia Editores.
- BRAND, H.J. (1982). Psychological stress and infertility: II psychometric test data. British Journal of Medical Psychology, 55 (4), 385-388
- BRESNICK, E.R. (1981). A holistic approach to the treatment of the crisis of infertility. Journal of Marital and Family Therapy, 7 (2), 181-188
- BRIDGES, K.W. y GOLDBERG, D.P. (1985). Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. Journal of Psychosomatic Research, 29 (6), 563-569
- BOS, C. y CLEGHORN, R.A. (1958). Psychogenic sterility. Fertility and Sterility, 9 (2), 84-98
- BOTELLA, CABALLERO, CLAVERO y VILAR (1971). Esterilidad e infertilidad humanas. (2a ed.) Madrid: Científico-Médica.
- BOTTON, B.F. (1984) China su historia y cultura hasta 1800. México: Colegio de México.
- BULLOCK, J.L. (1974). Iatrogenic impotence in an infertility clinic: illustrative case. Am. J. Obstet. Gynecol, 15, 476-478
- CALDERON, N.G. (1984). Depresión. México: Trillas.
- CALLAN, V.J., KLOSKE, B., KASHIMA, Y. y HENNESSEY, J.F. (1988). Toward understanding women's decisions to continue or stop in vitro fertilization: the role of social, psychological, and background factors. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 5 (6), 363-369
- CARBALLAR, L.G.M. y SALAZAR, L.O.C. (1994). Factor tuboperitoneal como causa de esterilidad conyugal. Gineco, 2 (9), 17-24
- CASTILLA P.C. DEL (1974). Un estudio sobre la depresión. España: Península.
- CASTILLA P.C. DEL (1979). La culpa. España: Alianza.

- CASTILLA P.C. DEL (1989). Cuatro ensayos sobre la mujer. España: Alianza Editorial.
- COOK, R., PARSONS, J., MASON, B. y GOLOMBOK, S. (1989). Emotional, marital and sexual functioning in patients embarking upon IVF and AID treatment for infertility. Special issue: Psychology and infertility. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 7 (2), 87-93
- CRUZ, T.M. (1992). Estudio comparativo del autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubaria bilateral. (Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México).
- CHANDRA, P.S., CHATURVEDI, S.K., ET AL (1991). Marital life among infertile spouses: the wife's perspective and its implications in therapy. Family Therapy, 18 (2), 145-154
- DANILUK, J.C. (1988). Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. Fertility and Sterility, 49 (6), 982-990
- DAWKINS, S. (1961). Non-consummation of marriage. The Lancet, 4, 1029-1033
- DEMYTTENAERE, K. NIJS, P., EVERS-KIEBOOMS, G y KONINCKX, PR. (1991). Coping ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in-vitro fertilization. Journal of psychosomatic research 35(2-3). 231-243.
- DEMYTTENAERE, K., NIJS, P., EVERS-KIEBOOMS, G. y KONINCKX, PR. (1992). Coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of vitro fertilization through stress responses. Psychoneuroendocrinology. 17(6). 655-665.
- DESTOUNIS, N. (1988). Psychological aspects of in vitro fertilization participants. Dynamische Psychiatrie, 21 (5-6), 404-412
- DEUSTCH, H. (1944). La Psicología de la Mujer. Vol. I y II. New York: Grunne Ed.
- DI CASTRO, S.P. (1993). El laboratorio de gametos en reproducción asistida. Medicina de la reproducción, 1 (1), 1-2
- DIAZ, G.R. y SPIELBERGER, C.D. (1975).: IDARE. Inventario de ansiedad rasgo-estado. (Manual e instructivo) México: El Manual Moderno.

- DRAKE, T.S. y GRUNERT, G.M. (1979). A cyclic pattern of sexual dysfunction in the infertility investigation. Fertility and Sterility, 32 (5), 542-545
- DUEÑAS, G., LEAL, L.G., MARTINEZ, M.E., PUYANA, Y., RAMIREZ, y M.H., THOMAS, F. (1991) Mujer, amor y violencia. Colombia: Tercer Mundo.
- EDELMAN, R.J. (1990). Emotional aspects of in vitro fertilization procedures: Review. Journal of reproductive and infant psychology. 8(3). 161-173.
- EDELMANN, R.J. y CONNOLLY, K.J. (1986). Psychological aspects of infertility. British Journal of Medical Psychology, 59, 209-219
- ECK, M.B. (1980). The emotional needs of infertile couples. Fertility and Sterility, 34 (4), 313-319
- ENGELS, F. (1980). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moscú: Progreso.
- ERIKSON, E. (1968). Juventud, identidad y crisis. Argentina: Paidós.
- EZBAN, M., MEDINA M.M.E., PELAEZ, O. y PADILLA, P. (1984). Sensibilidad del cuestionario general de salud de Goldberg para detectar la evolución de los pacientes en tratamiento psiquiátrico. Salud Mental, 7 (3), 68-71
- FAGAN, P.J., SCHMIDT, CH.W. y ROCK, J.A. (1986). Sexual functioning and psychological evaluation of in Vitro fertilization couples. Fertility and Sterility, 46 (4), 668-672
- FAGES, J.B. (1979). Historia del psicoanálisis después de Freud. España: Ediciones Martínez Roca.
- FISCHER, I.C. (1953). Psychogenic aspects of sterility. Fertility and Sterility, 4 (6), 466-471
- FLEMING, J. y BURRY, K. (1987). Coping with infertility. Journal of Social Work and Human Sexuality, 6 (1), 37-41
- FORD, E.S.C., FORMAN, I. y WILLSON, R. (1953). A psychodynamic approach to the study of infertility. Fertility and Sterility, 4 (6), 456-465
- FREDEN, L. (1986). Aspectos psicosociales de la depresión. México: Fondo de Cultura Económica.

- FREEMAN, E.W., BOXER, A.S. y RICKELS, K. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertility and Sterility, 43 (1), 48-53
- FREUD, S. (1914). Introducción al narcisismo. Obras completas Tomo II, p 2017-2033. España: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1915). Los instintos y sus destinos. Obras completas Tomo II, p 2039-2052. España: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas Tomo II, p 2091-2100. España: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. Obras completas Tomo III, p 2563-2610. España: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1923). El yo y el ello. Obras completas Tomo III, p 2701-2728. España: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1924). El esquema del psicoanálisis. Obras completas Tomo III, p 2729-2741. España: Biblioteca Nueva.
- FROMME, A. (1984). Liberación. Psicología de la angustia. México: Pax.
- GARCIA, L.F. (1992). Yerma. México: REI.
- GIBLIN, P.T., POLAND, M.L. y MOGHISSI, K.S. (1988). Effects of stress and characteristic adaptability on semen quality in healthy men. Fertility and Sterility, 49 (1), 127-131
- GILLIGAN, C. (1985). La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica.
- GIVEN, J.E., JONES, G.S. y MCMILLEN, D.L. (1985). A comparison of personality characteristics between in Vitro fertilization patients and other infertile patients. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 2 (1), 49-54
- GOJMAN, M.S. (1978) Anhelos maternos: estudio sociopsicoanalítico en un grupo de campesinas mexicanas. Tesis de especialidad inédita, Instituto Mexicano de Psicoanálisis-Facultad de Medicina de la UNAM, México.
- GOLDBERG, D.P. (1972). The detection of psychiatric illness questionnaire. Maudsley Monograph. Inglaterra: Oxford University Press. 21-155
- GOLDSCHMIDT, O. (1973). On the functional sterility of woman: a review of literature. Psyche. Stuttgart, 27 (1), 69-86

- GOMEZ EM, MORALES CF, ARETIA PA y GUTIERREZ E (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. Ginec Obstet Mex 58, 112-116.
- GONZALEZ CG y MORALES CF (1993). Normalización de un instrumento para medir la depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. Perinatol Reprod Hum 7 (3), 110-113.
- GRASSI, E. (1986). Antropología y mujer. Argentina: Humanitas.
- GRINBERG, L. (1978). Teoría de la identificación. Argentina: Paidós
- GUASTELLA, G., COMPARETTO, G. y PALERMO, R. (1986). Gamete intrafallopian transfer in the treatment of infertility: the first series at the University of Palermo. Fertility and Sterility, 46 (3), 417-423
- GUZINSKI, G. y CONRAD, S.H. (1980). Pseudocyesis and Sonography. American Journal of Obstetric and Gynecology, 13 (2), 230
- HANEY, A.F. (1987). What is efficacious infertility therapy? Fertility and Sterility, 48 (4), 543-545
- HARRISON, K.L., CALLAN, V.J. y HENNESSEY, J.F. (1987). Stress and semen quality in an in vitro fertilization program. Fertility and Sterility, 48 (4), 633-636
- HAY, D.A.; GLEESON, C.; DAVIES, C. y LORDEN, B. (1990). What information should the multiple birth family receive before, during and after the birth? Acta geneticae medicae et gemellologiae twin research. 39(2). 259-269.
- HERRERA, S.T. (1992). Inducción de la ovulación con menotropinas con monitorización folicular por ultrasonido transvaginal. Gineco, 1 (1), 19-22
- HIRSCH, M.B. y MOSHER, W.D. (1987). Characteristics of infertile women in the United States and their use of infertility services Fertility and Sterility, 47 (4), 618-625
- HIRSCH, I., GIBBONS, W.E. y LIPSHULTZ, L.I. (1986). In vitro fertilization in couples with male factor infertility. Fertility and Sterility, 45 (5), 659-664
- HOWARD, W.S., CHICHAL, H.J., STRAIN, C.A. y SMITH, M. (1988). Programmed follicular stimulation reduces cycle cost and stress with no compromise in cycle quality: use of modified programmed protocol. Journal of in Vitro Fertilization and embryo Transfer, 5 (6), 343-346

- HURWITZ, N. (1989). The psychological aspects of in vitro fertilization. Pre and Peri Natal Psychology Journal, 4 (1), 43-50
- HYNES, GJ; CALLAN, VJ; TERRY, DJ y GALLOIS, C. (1992). The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping. British journal of medical psychology. 65(3). 269-278.
- INPer (1992). Manual de normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia. México: INPer. NG 13-1 a Ng 13-11
- JAUREGUI, S.A. (1983). Las reglas del juego: los sexos. México: Planeta.
- KATCHADOURIAN, H.A. (1983). La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución. México: Fondo de cultura económica.
- KAUFMAN, R.M. y BERNSTEIN, S.A. (1957). A Psychiatric Evaluation of the Problem Patient. JAMA, 163 (108)
- KAUFMAN, S.H. (1969). Impact of infertility on the marital and sexual relationship. Fertility and Sterility, 20 (3), 380-382
- KERNBERG, O. (1976). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Argentina: Editorial Paidós.
- KEILEY, K. (1942). Sterility in the Female with Special Reference to Psychsic Factors. Psychosomatic Medicine, 4 (211)
- KIELHOLZ, P. (1970). Angustia. España: Morata.
- KIERKEGAARD, J. (1984). El concepto de la angustia. México: Espasa-Calpe
- KLEMER, R.H., RUTHERFORD, R.N., BANKS, A.L. y COBURN, W.A. (1966). Marriage counseling with the infertile couple. Fertility and Sterility, 17 (1), 104-109
- KOSTIC, P. y MLADENOVIC, D. (1960). The influence of frigidity on sterility. Internat. J. of Fertil, 5 (4), 417-420
- KRICKEBERG, W. (1982) Las antiguas culturas mexicanas. México: Fondo de Cultura Económica.
- KROGER, W.S. (1952). Evaluation of personality factors in the treatment of infertility. Fertility and Sterility, 3 (6), 542-553
- LABANDIBAR, B. y BENZECRY, L.Y. (1959). Frigidity and sterility. International Journal of Fertility, 4 (1), 66-69

- LANGER, M. (1992). Maternidad y Sexo, Argentina: Ed. Paidós.
- LARRAITZ, I.M. (1980). Parejas infértiles. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México).
- LOPEZ, V.H. (1991). Técnicas de fertilización asistida en Guatemala. Comunicación de Grupo Roussel, Referencia 146-91
- MACLEOD, A.W. (1964). Some psychogenic aspects of infertility. Fertility and Sterility, 15 (2), 124-133
- MACKINNON, A.R. y YUDAFSKY, S.C. (ED) (1986) The psychiatric evaluation in clinical practice. Estados Unidos de Norteamérica: Lippincott Co.
- MAHLSTEDT, P.P. (1985). The psychological component of infertility. Fertility and Sterility, 43 (3), 335-346
- MAHLSTEDT, P.P., MACDUFF, S. y BERNSTEIN, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4 (4), 232-236
- MANNONI, P. (1984). El miedo. México: Fondo de Cultura Económica.
- MARCIAL, J. (1992, Enero 23). Privada de su autonomía vital, la mujer es cautiva de la sociedad. Gaceta UNAM. pp. 40-42
- MARSH, E.M. y VOLLMER A.M. (1951). Possible psychogenic aspects of infertility. Fertility and Sterility, 2 (1), 70-79
- MAYNARD, S.J. (1971). Teoría de la evolución. España: Itsmo.
- MAZURE, C.M. y GREENFELD, D.A. (1989). Psychological studies of in Vitro Fertilization/Embryo Transfer participants. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer. 6 (4), 242-256
- MAZURE, C.M. y GREENFELD, D.A. (1989). Psychological studies of in vitro fertilization/embryo transfer participants. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 6 (4), 242-256
- MCEWAN, K.L., COSTELLO, C.G. y TAYLOR, P.J. (1987). Adjustment to infertility. Journal of Abnormal Psychology, 96 (2), 108-116
- MEDINA, M.M.E., PADILLA, P., CAMPILLO, C., MAS, C., EZBAN, M., CARAVEO, J. y CORONA, J. (1983). Factor structure of the general health questionnaire: a scaled version for a Hospital's general practice service in Mexico. Psychological Medicine, 13, 355-361
- MEILLASSOUX, C. (1982). Mujeres, graneros y capitales. 5a Ed. México: Siglo XXI.

- MENDELBERG, H.E. (1986). Infertility and sexual dysfunctions: a family affair. Family Therapy, 13 (3), 257-264
- MICHEL, A. (1983). El feminismo. México: Fondo de Cultura Económica.
- MOGHISSI, K.S. y WALLACH, E.E. (1983). Unexplained infertility. Fertility and Sterility, 39 (1), 5-21
- MOOS, R. (1968). The Developmet of a Menstrual Distress Questionary. Psychosomatic Medicine, 30 (6), 853
- MORALES, C.F. en Karchmer (ed) (1989): Temas selectos en reproducción humana. México: Instituto Nacional de Perinatología. 753-762.
- MORALES CF y GONZALEZ CG (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. Revista Mexicana de Psicología 7 (1-2), 75-80.
- MORALES, C.F., KABLY, A.A. y DIAZ, F.E. (1992). Fertilización asistida: aspectos emocionales. Perinatol. Reprod. Hum. 6(7). 104-108.
- MOSLEY, P.D. (1976). Revisión Global de la Infecundidad Psicofisiológica. Clin. Obstet. Gynecol., 19 (407), 403-412
- MURPHY, D.P. y TORRANO, E.F. (1965). Male fertility in 3620 childless couples. Fertility and Sterility, 16 (3), 337-341
- NESBITT, R.E., HOLLENDER, M., FISHER, S. y OSOFSKY, H.J. (1968). Psychologic correlates of the polycystic ovary syndrome and organic infertility. Fertility and Sterility, 19 (5), 778-786
- NEWMAN, N.E. y ZOUVES, CH.G. (1991). Emotional experiences of in Vitro fertilization participants. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 8 (6), 322-328
- NOYES, R.W. y CHAPNICK, E.M. (1964). Literature on psychology and infertility. Fertility and Sterility, 15 (5), 543-557
- ODIER, CH. (1980). La angustia y el pensamiento mágico. México: Fondo de Cultura Económico. 2a reimpresión.
- OÑATE, P. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. España: Narcea, S.A.
- OPARIN, V. (1977). El origen de la vida. México: Ediciones de Cultura Popular.
- ORRAW, F. (1941). Pregnancy Following Decision to Adopt. Psychosomatic Medicine, 3, 411

- OSTOW, M. (1980). La depresión: psicología de la melancolía. España: Alianza. 2a Edición.
- PEREZ, A. en Naranjo C.: La mujer y la cultura: antología. México: SEP-Diana.
- PINES, D. (1990). Emotional aspects of infertility and its personality traits and self-ideal concept discrepancies. Fertility and Sterility, 24 (12), 972-976
- PIOTROWSKI, Z.A. (1962). Psychogenic factors in anovulatory women. II. Psychological evaluation. Fertility and Sterility, 13 (1), 11-28
- PISANOF, M. (1990, Septiembre 11). El desprendimiento: experiencia biológica negada. La Jornada. pp. 6-7
- PLATT, J.J., FICHER, I. y SILVER, M.J. (1973). Infertile couples: remedies. Int. J. Psycho-Anal, 71, 561-568
- POLAND, M.L., MOGHISSI, K.S. y GIBLIN, P.T. (1985). Variation of semen measures within normal men. Fertility and Sterility, 44 (3), 396-400
- RAMIREZ, S. (1962). Esterilidad y fruto. México: Pax.
- RAMIREZ, S. (1977). El mexicano. Psicología de sus motivaciones. México: Grijalbo. 6a Edición.
- RAMIREZ, S. (1977). Infancia es destino. 2a Ed. México: Siglo XXI.
- RANDALL, M. (1979). Las mujeres. México: Siglo XXI.
- RAPHAEL-LEFF, J. (1992). The baby makers: an in-depth single-case study of conscious and unconscious psychological reactions to infertility and "baby-making" technology. British journal of psychotherapy. 8(3). 278-294.
- READING, A.E., CHANG, L.C. y KERIN, J.F. (1989). Psychological state and coping styles across an IVF treatment cycle. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 7 (2), 95-103
- RESENFELD, D. y MITCHEL, E. (1979). Treating the Emotional Aspects of Infertility: Counseling Services in an Infertility Clinic. American Journal of Obstetric and Gynecology, 15, 177-180
- RIO, A.E. DEL (1973). Bases psicodinámicas de la cultura azteca. México: Costa-Amic.
- ROCHA, M.E. (1991) El album de la mujer Vol. IV. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

- ROSS, V.J. (1965). Some observations on fertility and infertility. Fertility and Sterility, 16 (4), 423-429
- ROSENFELD, D.L. y MITCHELL, E. (1979). Treating the emotional aspects of infertility: counseling services in an infertility clinic. Am. J. Obstet. Gynecol. 135 (2), 177-180
- RUBENSTEIN, B.B. (1949). Emotional Factors in Female Fertile. American Society of Study of Sterility, June 7
- RUBENSTEIN, B.B. (1951). An emotional factor in infertility. A psychosomatic approach. Fertility and Sterility, 2 (1), 80-86
- SARREL, P.M. y DECHERNEY, A.H. (1985). Psychoterapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. Fertility and Sterility, 43 (6), 897-900
- SCHILDER, P. (1958). Imágen y apariencia del cuerpo humano. Argentina: Paidós
- SCHLOSSER, R. (1992). Reflexiones sobre la pareja estéril, Revista Latinoamericana de Esterilidad y Fertilidad, 6 (2), 76-84
- SCHROEDER, P. (1988). Infertility and the world outside. Fertility and Sterility, 49 (5), 765-767
- SEED, P. (1991). Amar, honrar y obedecer en el México colonial. México: Alianza.
- SEIBEL, M. y TAYLOR, M. (1982). Emotional Aspects of Infertility. Fertility and Sterility, 37 (2), 137
- SEIBEL, M.M. y LEVIN, S. (1987). A new era in reproductive technologies: the emotional stages of in vitro fertilization. Journal of in Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 4 (3), 135-140
- SIEBERS, T. (1985). El espejo de medusa. México: Fondo de Cultura Económica.
- SILVA, J.J. (1991, Junio 3). Visitó la UNAM pionero de la fertilización in vitro. Gaceta UNAM. pp. 7-9
- SMALL, F.E. (1989). The psychology of women: a psychoanalytic review. Can. J. Psychiatry, 34 (9), 872-878
- SOIFER, R. (1971). Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Argentina: Ed. Kargieman
- SOULES, M.R. (1988). Prevention of infertility. Fertility and Sterility, 49 (4), 582-584

- STURGIS, S.H., TAYMOR, M.L. y MORRIS, T. (1957). Routine psychiatric interviews in a sterility investigation. Fertility and Sterility, 8 (6), 521-526
- THIERING, P; BEAUREPAIRE, J; JONES, M y SAUNDERS, D (1993). Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). Journal of psychosomatic research. 37(5). 481-491.
- THOM, M. (1988, mayo). Dilemmas of the new birth technologies. Ms, pp. 70-76
- TORICES, A.L. (1992, Enero 5). Conferencia magistral de Lore Aresti de la Torre. El suicidio, un escape de las mujeres a la opresión social. Gaceta UNAM. pp. 13-14
- TOSTADO, G.M. El album de la mujer Vol II. México: Instituto Nacional de Antropología e historia.
- TUÑON, J. (1991). El album de la mujer. Vol III. México: Instituto Nacional de Antropolgía e Historia.
- TUÑON, P.E. (1991). El album de la mujer. Vol I. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- TURNER, U.H., CLARENCE, A.D. y CARBEN, B. (1955). Correlation of Estimated Prognosis with some Findings and Results in 750 Sterile Couples. American Journal of Gynecology and Obstetric, 70
- VALENTINE, D.P. (1986). Psychological impact of infertility: identifying issues and needs. Social Work in Health Care, 11 (4), 61-69
- VALLOIS, H. (1969). Los procesos de hominización. México: Juan Grijalbo.
- VAN-HALL, E.V. (1985). The gynaecologist and artificial reproduction, 1st combined meeting of the American and Australian societies for psychosomatic obstetrics and gynecology. Journal of Psychosomatic Obtetrics and Gynaecology, 4 (4), 317-320
- VEGA, HMAE; PEDRON, NN y MARQUEZ, OMAC. (1992). Etiología cromosómica de la esterilidad e infertilidad masculina. Ginec. Obstet. Mex, 60.
- VILLEE, C.A. (1968). Biología. (5a ed.). México: Interamericana.
- WEIR, W.C. y WEIR, D.R. (1961). The natural history of infertility. Fertility and Sterility, 12 (5), 443-451

WELSMAN, A.I. (1962). What to do and what not to do for the infertile male. Internat. J. of Fertil., 7 (2), 159-162

WHITELOW, M. (1955). What es Normal Female Fertility. Fertility and Sterility, 39 (1), 5-21

WIEHE, V.R. (1976). Psychological reaction to infertility. Psychological Reports, 38 (3, pt 1), 863-866

WILLIAMS, F. (1982). Razonamiento estadístico. México: Editorial Interamericana.