

11
20



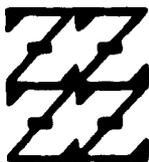
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

ANSIEDAD Y DEPRESION DE LA MUJER ESTERIL
QUE ACUDE AL INSTITUTO NACIONAL
DE PERINATOLOGIA

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ADRIANA FLORES MENDOZA
MARCO ANTONIO HERNANDEZ CAMACHO

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



ASESOR DE TESIS: MFG. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

LO ORDENÓ EN
SU CIUDAD DE ORIGIN

MEXICO, D. F.

1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, excelente institución de formación profesional por haber permitido mi crecimiento intelectual y personal en la escuela de Psicología perteneciente al campus "Zaragoza".

Orgullosamente, gracias.

Al Instituto Nacional de Perinatología y dentro de éste, a la Clínica de Reproducción Asistida, al Departamento de Fisiología de la Reproducción y muy especialmente al Departamento de Psicología, Al Dr. Francisco Morales Carmona Director del mismo, y a todo el personal que en él labora.

Al Psic. Jorge Carreño Melendez:

Jorge: Gracias por tu apoyo incondicional en momentos difíciles de mi vida, por confiar y alentarme para el desarrollo y culminación de este estudio.

Afectuosamente, gracias.

A la Psic. Claudia Sánchez Bravo:

Excelente mujer y profesional; gracias por tu apoyo Clau, siempre estarás en mi corazón.

Al Ph. D. Frank van Balen de la Universidad de Amsterdam por su interés en el trabajo y apoyo bibliográfico.

Al Mtro: Mario Enrique Rojas Russell director de este estudio por su invaluable apoyo y facilidades para la conclusión del mismo.

A los Profesores: Raúl Rocha Romero, Alma Patricia Fernández Ortega, Ricardo Meza Trejo y Marcelo Alvarez Córdova por su valiosa colaboración.

A todas las personas que directa o indirectamente me han apoyado en la realización de este trabajo, mi familia, amigos y muy especialmente a mi madre, por creer en mí, y estar conmigo siempre. Ya ves...ya terminé.

Finalmente agradezco el apoyo a la "sal que le da sabor a mi vida" (aunque a veces se pasa) : mi pareja por siempre: Marco (te amo).

Adriana

Agradezco,

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional.

A los excelentes profesionales que apoyaron la realización de este trabajo y que me compartieron generosamente su experiencia y conocimientos a lo largo de la carrera.

A mi compañera Adri con profundo amor por ayudarme a vivir.

Y finalmente a tres excepcionales médicos que me enseñaron el extraordinario poder terapéutico y pedagógico que tiene el compartir la propia experiencia.

Mi respeto y admiración.

Marco.

INDICE

Páginas

Introducción.....	1
Capítulo I. REPRODUCCIÓN HUMANA.....	5
1.1 Fisiología de la Reproducción.....	7
1.1.1 Bases Endocrinológicas de la Reproducción.....	7
1.1.2 Anatomía y Fisiología Sexual del Hombre.....	10
1.1.3 Anatomía y Fisiología Sexual de la Mujer.....	15
1.1.4 Fertilización.....	18
1.2 Sociedad, Cultura y Reproducción.....	19
1.3 Psicología y Reproducción	24
Capítulo II. ESTERILIDAD FEMENINA.....	30
2.1 Definición de esterilidad.....	32
2.2 Clasificación de la Esterilidad.....	33
2.3 Causas más Comunes de la Esterilidad.....	33
2.4 Aproximaciones Socio-culturales de la Esterilidad.....	41
2.5 Concomitantes psicológicos de la esterilidad en la mujer.....	45
2.5.1 Teorías psicológicas en la esterilidad.....	46
2.5.2 Respuestas psicológicas a la esterilidad.....	49
2.5.3 La esterilidad como suceso vital.....	55
Capítulo III. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	57
3.1 Conceptualización de la ansiedad.....	57
3.3 Clasificación de la ansiedad.....	63
3.3 Conceptualización de la depresión.....	69
3.4 Clasificación de la depresión.....	76

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	81
RESULTADOS.....	88
DISCUSIÓN.....	101
CONCLUSIONES.....	111
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.....	112
BIBLIOGRAFÍA.....	113
ANEXO 1.....	122
ANEXO 2.....	123
ANEXO 3.....	124

INTRODUCCION

Una de las características más sobresalientes de la especie humana en comparación con otros animales es la capacidad de decisión respecto a tener o no tener hijos, el momento en el cual tenerlos y el espaciamiento del tiempo entre los nacimientos; esto implica que en cierta manera se tiene control sobre un evento muy importante en el ciclo vital del ser humano: la procreación. Sin embargo, en muchas ocasiones esto escapa al control de las personas cuando se enfrentan por ejemplo a una condición de esterilidad en donde, de principio, la reproducción está negada.

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

Es por ello que la esterilidad femenina no debe considerarse como un trastorno meramente fisiológico, sino que afecta también de forma relevante los ámbitos psicológico y social de las mujeres que la presentan.

Cuando una mujer se encuentra en una situación de esterilidad, tiene probabilidades reales mínimas para el logro, desarrollo y término de un embarazo, las cuales puede percibir de manera distorsionada por la construcción de probabilidades subjetivas de mayor porcentaje de éxito que desarrolla con base en su enorme deseo de que tal hecho se realice, pero que no concuerdan con la realidad que su condición de mujer estéril determina. En el momento en que una mujer se da cuenta que sus probabilidades subjetivas no concuerdan con la realidad que está viviendo, pueden surgir alteraciones en su estado de ánimo que de acentuarse podrían incidir en el inicio de una condición clínica de ansiedad, depresión o algún otro trastorno psicológico.

Malhstedt (1991), comenta que tanto el diagnóstico como el tratamiento de la esterilidad tiene un profundo impacto en la vida de las personas, ya que es un proceso que invade su cuerpo, su personalidad, su trabajo y su mente. Los diagnósticos son con frecuencia vagos y poco concluyentes y el tratamiento es doloroso, intrusivo y con mucha inversión de tiempo y dinero.

Las respuestas emocionales más comunes a esta condición son la depresión, múltiples sentimientos de pérdida y un prolongado estrés. La pena asociada con la esterilidad ha sido comparada con la pena causada por la muerte de un hijo, pero es la pena por un hijo que nunca nació, no hay funeral.

Cuando se extienden estas respuestas emocionales, incapacitan a las personas en varias áreas de su vida, por ejemplo, en su habilidad para comunicarse con su pareja y con su entorno, se acentúa de manera rígida la importancia del hijo como parte de la identidad, y se ponen en riesgo el bienestar físico y psicológico.

Siendo la esterilidad una condición que puede permanecer por mucho tiempo y puede tener efectos adversos duraderos en la mayoría de las personas que la experimentan, el objetivo principal de este estudio fue verificar si la presencia de depresión tiene un incremento en relación al tiempo que las mujeres permanecen estériles, así también verificar si la ansiedad tiene un decremento en relación al tiempo que las mujeres permanecen estériles. En adición a lo anterior se valoró la presencia de otras condiciones de alteración psicológica, que pudieron ser observadas con el instrumento utilizado (Inventario Multifásico de la personalidad -MMPI-) que además de proporcionar información sobre ansiedad (7-Pt) y depresión (2-D) también mide otros 7 rasgos clínicos: Hipocondriasis (1-Hs), Histeria (3-H), Desviación Psicopática (4-Dp), Masculinidad-Feminidad (5-Mf), Paranoia (6-Pa), Esquizofrenia (8-Es), Mania (9-Ma) e Introversión Social (0-Is).

En el capítulo I se aborda la reproducción humana como un fenómeno de amplias dimensiones que involucra a la fisiología, a la psicología y a la cultura. En él, se conjuga el buen funcionamiento de los sistemas orgánicos para la viabilidad de la procreación, las motivaciones y necesidades psicológicas, además de los matices que la cultura y la sociedad le han otorgado a través del tiempo a un hecho que en un principio era básicamente natural.

El capítulo II contiene el desarrollo del tópico esterilidad, cómo se define, cuál es su clasificación y sus causas, cuál es la ideología que ha girado en torno a este fenómeno y cómo en la actualidad ésta ha tenido como consecuencia que la población estéril observe alteraciones en su esfera emocional que inciden en un deterioro de su calidad de vida.

Dentro del capítulo III se desarrollan conceptualmente las dos alteraciones emocionales que dieron origen a este estudio: ansiedad y depresión; mostrando una revisión de las teorías más aceptadas sobre su etiología y desarrollo, así como una conceptualización que incluye las definiciones más comunes y las clasificaciones que de éstas se derivan.

El capítulo IV que se refiere a la implementación del método de investigación, contiene la definición del problema, la definición de las variables en sus niveles teórico y operacional, la hipótesis general, las hipótesis específicas, el tipo de diseño utilizado, las características de los sujetos y la muestra, la descripción de los instrumentos empleados, el procedimiento para la aplicación de los mismos y el análisis estadísticos que se llevó a cabo.

Los resultados son descritos en el capítulo V. Aquí se registra la descripción de las características sociodemográficas de la muestra, así como las

diferencias estadísticamente significativas derivadas del análisis inferencial a partir del procesamiento estadístico implementado.

En el capítulo VI se desarrolla la discusión a partir de los resultados encontrados y los soportes teóricos que avalan dichos hallazgos, mencionándose hallazgos similares obtenidos por otros investigadores.

Posteriormente se establecen las conclusiones obtenidas con base en los resultados y discusión de los mismos.

La parte final está compuesta por las limitaciones y sugerencias relacionadas con el estudio, así como la bibliografía y anexos correspondientes.

CAPITULO I

REPRODUCCIÓN HUMANA

REPRODUCCION HUMANA

"...La mayoría de las madres son capaces de dar <<leche>>, pero sólo unas pocas pueden dar <<miel>> también. Para estar en condiciones de dar miel, una madre debe ser no solo una <<buen madre>>, sino una persona feliz..."

Erich Fromm

Toda especie animal, como parte de su dotación genética, presenta características biológicas que permiten su conservación y perpetuación como tal. En el hombre, este proceso natural se ha convertido a través del tiempo en algo más que un hecho meramente biológico e instintivo, ha cobrado un valor simbólico fundamental en el desarrollo cultural del ser humano.

La unión sexual y la fecundación tienen un significado muy diferente en un hombre y una mujer. Inicialmente cada uno de ellos contribuye con una célula, y puede decirse que en este momento, la función procreativa del hombre -en un sentido estricto- termina; sin embargo, dentro de la mujer apenas es el inicio de un proceso de formación, crecimiento y desarrollo de un nuevo ser humano que en aproximadamente nueve meses estará en condiciones óptimas para dejar el útero.

Ahora bien, el proceso reproductivo no termina aquí; para que un recién nacido de la especie humana sobreviva, en comparación con otros animales, necesita una mayor protección y cuidados. Haley (1991) comenta que el hombre es el animal más desprotegido y más indefenso en el reino animal y aquél que necesita de un cuidado, soporte y apoyo constante para su sobrevivencia por lo menos durante sus primeros 5 años de vida. Generalmente quien tiene la capacidad y a quien se adjudica la responsabilidad de proporcionar todo lo anterior es a la mujer.

Es por ello que para la mujer en particular, la reproducción es un evento determinante que tiene repercusiones especialmente significativas, ya que en él se conjugan la capacidad biológica que tiene para albergar dentro de su cuerpo una vida nueva, los sentimientos y cogniciones que este hecho trae consigo, además del papel de madre que la sociedad se ha encargado de introyectarle desde la infancia.

Para entender más claramente todas las implicaciones que la maternidad y el maternaje traen consigo en la vida de una mujer, es importante analizar estos fenómenos desde las esferas básicas del desarrollo humano: la fisiología, la psicología y la influencia social.

Por tal motivo, los siguientes apartados dan un panorama general de la reproducción vinculada a estos tres ámbitos.

1.1 FISIOLÓGIA DE LA REPRODUCCIÓN

La capacidad reproductiva de una mujer, se inicia con la menarquia y termina con la menopausia, no obstante la vida reproductiva en la mayor parte de las sociedades industrializadas se inicia cuando la mujer entra en unión conyugal. Comenzando esa unión, el ciclo reproductivo continúa hasta la separación, viudez o la menopausia (López y Yunes, 1992). En el hombre la capacidad reproductiva se inicia cuando se presenta su primera eyaculación; y no ocurre un equivalente masculino de la menopausia, esto quiere decir que en condiciones óptimas de salud los testículos siguen produciendo espermatozoides de manera indefinida, aunque puede haber disminuciones graduales de su producción (op cit.).

Aunque se cumplan las condiciones óptimas de temporalidad, el fenómeno reproductivo implica el cumplimiento de especificaciones en cuanto a funcionalidad y anatomía de todos aquellos aparatos y órganos que intervienen en el mismo.

1.1.1. BASES ENDOCRINOLÓGICAS DE LA REPRODUCCIÓN.

Es en la adolescencia cuando se inicia tanto en el hombre como en la mujer el proceso de maduración y crecimiento de las funciones y órganos ligados a la reproducción. Como punto de partida, se pone en marcha un complejo funcionamiento glandular que induce el desarrollo anatómico y de procesos fisiológicos esenciales para la reproducción.

La función de la hipófisis resulta indispensable, ya que es la encargada de liberar las hormonas llamadas gonadotropinas que estimulan las glándulas sexuales: ovarios y testículos. Los ovarios al recibir el mensaje, producen y secretan las hormonas sexuales feminizantes: los estrógenos y la progesterona. Los testículos en el caso de los varones elaboran y secretan una de las hormonas de acción masculinizante: la testosterona, del

grupo de los andrógenos (Omram, 1992). Estos cambios hormonales transforman al niño o niña sexualmente inmaduro en un adolescente que sufre cambios que se dirigen a completar su desarrollo.

Función Hormonal de los testículos.

Los testículos producen y secretan hormonas conocidas como esteroides, que conservan la suficiencia fisiológica de los órganos y conductos accesorios de la reproducción y que estimulan y conservan los cambios corporales que ocurren durante la pubertad. Las funciones endócrina y productora de espermatozoides de los testículos en gran parte son complementarias. La testosterona se produce en las células intersticiales de Leydig y, en general, fomentan la producción de proteínas, pero en sentido más específico, las funciones de esta hormona se aprecian mejor por los cambios que produce durante la pubertad: crecimiento de los testículos y el pene, aparición de pelo púbico, axilar y barba, la voz se hace más grave y se produce nueva proteína muscular que aumenta la estatura y el peso corporal además de también que inicia y mantiene la gametogénesis. Sin embargo, aparte de los cambios físicos durante la pubertad, ocurren también cambios psíquicos, y en especial aparece el impulso sexual.

La función testicular puede continuar hasta la ancianidad, aunque se puede encontrar insuficiencia de la misma en algunos hombres debido al envejecimiento o por factores psicológicos (Gotwald y Holtz, 1983).

Función Hormonal de los Ovarios.

La pubertad en la mujer inicia cuando el hipotálamo estimula al lóbulo anterior de la hipófisis para que libere cantidades mayores de gonadotropinas, que activan los ovarios y hacen que maduren, los cuales a su vez comienzan a elaborar y secretar las hormonas femeninas, estrógeno y progesterona. Al igual que los testículos, los ovarios y sus secreciones están controlados sobre todo por las gonadotropinas (Hormona Foliculo

Estimulante FSH y Hormona Luteinizante LH). Al inicio de la pubertad, en la mujer la FSH estimula el folículo en crecimiento para que produzca y libere estrógenos, estos en gran medida son la causa de los cambios que ocurren en esta etapa. Los órganos sexuales accesorios (sistemas de conductos y genitales externos) comienzan a madurar, y aparecen las características sexuales secundarias. Los cambios más notables en los órganos sexuales accesorios son: aumento de la masa muscular en las trompas de falopio y el útero, crecimiento del endometrio y desarrollo de los genitales externos que alcanzan las proporciones del adulto.

Las características sexuales secundarias son: el crecimiento de las mamas, resultado de la proliferación del sistema de conductos mamarios y de la formación de masa y tejido conjuntivo, cambios en la forma corporal, aumento del depósito de grasa subcutánea y crecimiento del pelo axilar y púbico.

La progesterona, llamada la hormona del embarazo es la que prepara al sistema de conductos de la mujer para la posibilidad de la fertilización e implantación y conserva la preparación si ocurre el embarazo. A diferencia de los estrógenos, no participa en la formación de las características sexuales secundarias.

Las funciones endócrinas y de producción de óvulos no son continuas, fluctúan en forma rítmica durante toda la vida reproductiva de la mujer, estos intervalos cíclicos se llaman ciclos menstruales. Durante cada ciclo el revestimiento uterino se engrosa y prepara para el embarazo, si este no ocurre, la capa funcional del endometrio se esfacela y se elimina en forma de hemorragia.

El control hormonal del ciclo menstrual es un efecto complejo. Después de la menstruación, el útero está desprovisto de la capa funcional, ha ocurrido la regresión del cuerpo amarillo, un nuevo folículo no se ha formado aún y las hormonas del ciclo menstrual se encuentran a su nivel más bajo.

La cantidad reducida de estrógenos en sangre, después de la menstruación, estimula la hipófisis para que produzca FSH que a su vez provoca el crecimiento de los folículos ováricos. Pronto, un folículo empieza a crecer más que los otros, los cuales dejan de crecer por completo. El folículo maduro comienza a secretar cantidades cada vez mayores de estrógenos (estradiol). La concentración aumentada de estrógenos, estimula el crecimiento rápido del endometrio, este periodo de crecimiento corresponde a la fase proliferativa de la menstruación y termina cerca del día 14 del ciclo.

La hipófisis al detectar las altas concentraciones de estrógenos, reduce la producción de FSH y estimula la LH, 24 horas después del aumento de LH se libera el óvulo del folículo para que inicie su viaje por la tuba uterina; en este momento la hormona luteinizante hace que el folículo recién roto, se transforme en una masa de células llamada cuerpo amarillo, que comienza a secretar grandes cantidades de progesterona, la cual prepara al endometrio para el embarazo. Esta preparación corresponde a la fase secretora que dura aproximadamente del día 14 al día 27 del ciclo, y se diferencia por la aparición de las capas basal y funcional; de no existir estos cambios, la implantación no se podría llevar a cabo.

La existencia de progesterona y altos niveles de estrógeno durante la fase secretora inhibe la liberación de FSH, que disminuye para el día 14, entonces la progesterona y cierto nivel de estrógenos son importantes para regular la duración del ciclo menstrual. Al no ocurrir la fertilización, se inhibe la presencia de progesterona y estrógenos, por tal motivo el endometrio ya no se sostiene. La capa funcional comienza a desintegrarse y pronto ocurre la menstruación.

1.1.2. ANATOMÍA Y FISILOGÍA SEXUAL DEL HOMBRE

Las características sexuales del hombre y de la mujer se clasifican como primarias y secundarias. Las gónadas (estructuras que producen los gametos o células sexuales) y los

hacia el conducto del epidídimo. El extremo inferior del epidídimo se transforma en el conducto deferente, a la vez que se une con la uretra. Por lo tanto los espermatozoides deben viajar desde los túbulos seminíferos a través de la red testicular, conductillos eferentes, conducto del epidídimo, conducto deferente y uretra, antes de salir al exterior durante el proceso de la eyaculación.

Los túbulos seminíferos están revestidos de dos clases de células, las células de Sertoli y las células espermatógenas, estas últimas son más numerosas y constantemente elaboran nuevos espermatozoides.

Espermatozoide.

El espermatozoide es una célula muy especializada que consta de cabeza, cuerpo y cola. Durante su proceso de maduración pierde muchas de sus estructuras internas en favor de su especialización, su forma se afina para nadar y lo que queda son los cromosomas en la cabeza, mitocondrias (estructuras que aseguran la energía) en el cuerpo y estructuras filamentosas en la cola (que impulsan al espermatozoide al nadar).

Semen

El líquido que se eyacula durante el orgasmo, el semen, contiene espermatozoides y las secreciones de las vesículas seminales, próstata, glándulas de Cowper y probablemente de las glándulas uretrales. el volumen promedio de material eyaculado es de 2.5 a 3.5 ml. después de varios días de abstinencia. El volumen de semen y el recuento de espermatozoides disminuyen notoriamente con eyaculaciones repetidas. Aunque sólo se requiere un espermatozoide para fecundar al óvulo, normalmente hay cerca de 100 millones de espermatozoides por mililitro de semen. El 50% de los varones cuentan con 20 a 40 millones /ml., y por definición todos aquellos con recuentos menores a 20 millones/ml. son estériles.

Conducto Deferente.

Este es el principal conducto genital del hombre, es la continuación del conducto del epidídimo, pasa a la cavidad abdominal y termina en la uretra. Existen dos de estos conductos, uno por cada testículo. Antes de unirse a la uretra, el conducto deferente se expande para formar la ampolla y luego se estrecha nuevamente para transformarse en el conducto eyaculador.

Glándulas sexuales accesorias.

Las vesículas seminales, próstata y glándulas bulbouretrales (de Cowper) en su conjunto se llaman glándulas sexuales accesorias. Las dos vesículas seminales son sacos alargados y contorneados que se encuentran cerca de las ampollas de los conductos deferentes. Estas glándulas que contienen numerosas cámaras, aportan una secreción ligeramente alcalina al líquido seminal. Esta secreción también incluye algunas sustancias químicas semejantes a las hormonas, su función se conoce parcialmente y se llaman prostaglandinas, se considera que proporcionan una fuente externa de energía a los espermatozoides, aunque esto no ha sido comprobado (Ganong, 1996).

La próstata es en realidad un conjunto de 30 a 50 glándulas, cuyos conductos convergen para abrirse en la uretra. Su secreción contiene abundantes cantidades de ácido cítrico y lípidos (grasas).

Las glándulas bulbouretrales, son dos pequeñas estructuras glandulares localizadas cerca del bulbo de la uretra. Los conductos principales de estas glándulas corren paralelos a la uretra antes de abrirse a ella. La secreción bulbouretral es semejante al moco y actúa como lubricante para los espermatozoides cuando pasan a través de la uretra. Esta secreción se libera antes de la eyaculación y hace desaparecer los residuos de orina de la uretra antes de salir del pene.

Pene

El pene consiste básicamente de 3 masas cilíndricas de tejido eréctil, que se caracteriza mejor por su red esponjosa de espacios o senos. Dos de estas masas de tejido, los cuerpos cavernosos, forman un par y se encuentran por arriba del tercero, el cuerpo esponjoso que contiene la uretra. El cuerpo esponjoso termina en un engrosamiento cónico, el glande, éste se encuentra cubierto de un pliegue de piel llamada prepucio.

El estado funcional del pene varía según un complicado suministro de sangre, en un estado flácido o no eréctil, la mayor parte de la sangre penetra en el pene a través de la arteria dorsal del mismo y sus ramas. Estas ramas llevan la sangre a los espacios de los cuerpos cavernosos, al mismo tiempo que una red de venas drenan la sangre de estas cavidades. Sin embargo, el coito sólo puede ocurrir si el pene está erecto y rígido. Esto se caracteriza por el aumento del riego sanguíneo del pene, sobre todo a través de las arterias profundas, una de las cuales corre a lo largo del centro de cada cuerpo cavernoso. La erección puede producirse por estimulación directa del pene, estimulación táctil de otras estructuras corporales, o puede ser dirigida por centros superiores del cerebro en respuesta a una variedad de estímulos, incluyendo fantasías eróticas, y aquellos mediados por los sentidos de la vista, el oído y el olfato. La erección termina cuando las arterias helicias se contraen de nuevo y la sangre puede drenarse con lentitud de los senos.

Eyaculación

El proceso por el cual se expulsa el semen desde el pene se llama eyaculación, la cual consta de dos fases. En la primera, las contracciones de la vía genital impulsan los líquidos desde la próstata, vesículas seminales y sistema de conductos hacia el extremo superior de la uretra. A esto se le llama emisión. Al mismo tiempo, el orificio de la vejiga hacia la uretra se cierra (impidiendo la eyaculación hacia la vejiga) y se expande el bulbo uretral en la base del pene. Posteriormente, en la segunda fase, que se considera la eyaculación propiamente dicha, el semen fluye hacia el bulbo uretral y los músculos en el

piso de la región pélvica y el pene se contraen rítmicamente para impulsar el semen fuera del orificio externo de la uretra. La tercera parte del semen que se expulsa de esta manera contiene el 75% de los espermatozoides eyaculados.

1.1.3 ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA SEXUAL DE LA MUJER

Las características sexuales primarias de la mujer, incluyen los ovarios, un sistema de conductos genitales que consta de 2 tubas uterinas u oviductos, útero y vagina; y genitales externos que consisten en: labios menores, labios mayores y clítoris.

Ovario

Este órgano es el encargado de producir gametos y hormonas sexuales, cada uno del par que existe, mide aproximadamente 4 cm de largo, 2 cm de ancho y 1 cm de grueso. Cada uno se encuentra a un lado del útero y está unido a éste por un cordón redondo que se llama ligamento del ovario.

En cada ovario pueden diferenciarse dos zonas, una llamada central o médula y la otra zona externa o corteza, la cual contiene miles de folículos ováricos, cada uno de los cuales contiene un óvulo inmaduro u oocito y una capa o capas de células foliculares.

Óvulo

Desde el nacimiento, la mujer ya trae consigo un complemento de gametos, que ya están formados pero aún no maduros, el proceso de maduración de éstos se observa cíclicamente durante toda la vida reproductiva, bajo un complejo sistema hormonal, solo un folículo madura en cada ciclo menstrual y esta listo para ser fecundado. Al igual que el espermatozoide, es una célula altamente especializada que contiene cromosomas en número idéntico al gameto masculino.

Tubas uterinas u oviductos

Las tubas uterinas u oviductos, son estructuras pares cuya función es llevar los óvulos de los ovarios al útero. Un extremo de cada tubo se abre en la cavidad abdominal (infundíbulo), y aunque se encuentre cerca del ovario no se une a él. En la unión del tercio medio con el tercio distal suele llevarse a cabo la fertilización del óvulo que permite condiciones óptimas para la posterior implantación de la mórula.

Útero

El útero o matriz, es un órgano en forma de pera, en el cual se abren las trompas de falopio. Esta estructura de paredes gruesas, consta de una porción superior ancha que se llama cuerpo y una inferior más estrecha que forma el conducto cervical que desemboca en la vagina. La pared del útero está formada por tres capas: perimetrio, miometrio y endometrio. Esta última capa es la más interna, y reviste la cavidad uterina, se conforma básicamente de células epiteliales cilíndricas y numerosas glándulas tubulares que desembocan en la cavidad.

Durante la vida reproductiva de la mujer, el endometrio pasa por cambios cíclicos, que en lo fundamental son una preparación para el embarazo. Cada ciclo por el que pasa el endometrio tiene estrecha relación con la maduración del folículo ovárico, ovulación y formación del cuerpo amarillo. Estos cambios se producen por hipertrofia, ósea, crecimiento de los elementos que componen el endometrio. Si el óvulo liberado es fertilizado, prosigue este crecimiento, pero si no ocurre la fertilización, una parte del endometrio se desintegra. Los restos tisulares y sangre que se producen, constituyen el líquido menstrual o menstuo que libera del útero hacia el exterior en el proceso conocido como menstruación.

Menstruación

La menstruación ocurre a intervalos promedio de 28 días, y toda la secuencia de este suceso se llama ciclo menstrual, el cual se divide en cuatro fases: Fase menstrual, proliferativa, secretora y premenstrual.

Vagina

La vagina es un tubo elástico, distensible que se extiende desde el cuello uterino hasta una zona denominada vestíbulo. En su abertura externa se encuentra un pliegue de tejido o membrana que se llama himen.

Genitales externos

Las estructuras que se llaman genitales externos: labios menores, labios mayores y clítoris en conjunto se les conoce como vulva. Estas estructuras contienen numerosas glándulas mucosas, de las cuales las más grandes son las de Bartholin, cuyos conductos se abren cerca de la base del himen. El clítoris, que se localiza por encima del orificio de la uretra, consiste en parte en tejido eréctil similar al que se encuentra en los cuerpos cavernosos del pene. De hecho, el clítoris y el pene son estructuras homólogas, es decir, que se forman de los mismos tejidos embrionarios (esto es, en la mujer producen el clítoris y en el hombre originan el pene).

Los labios menores se encuentran a ambos lados del vestíbulo, cada uno contiene numerosos vasos sanguíneos y glándulas sebáceas (estas glándulas se asocian con el vello corporal y son el origen de las secreciones grasosas del cabello).

Los labios mayores son pliegues de piel que flanquean a los labios menores. La superficie externa de estos labios contiene pelos, glándulas sudoríparas y glándulas sebáceas.

1.1.4. FERTILIZACION

Una vez que el óvulo ha sido liberado por el ovario, es un gameto preparado y listo para la fertilización. Por su parte, el espermatozoide, cuando llega al tracto genital femenino se acondiciona para incrementar su capacidad fertilizante; a esto en forma general, se le denomina capacitación. La vida fértil de los espermatozoides dentro del tracto genital es en promedio de 24 a 48 horas, pero puede alcanzar hasta 120 horas; y la vida fertilizable del óvulo es menor en promedio a las 24 horas.

Durante el coito, el orgasmo del hombre suele culminar con la eyaculación del semen en el extremo superior de la vagina, cerca de la boca del cuello uterino. Para que ocurra la fertilización de un óvulo por un espermatozoide, éste debe penetrar en el conducto cervical y nadar a través de la cavidad uterina hacia las tubas uterinas.

Cuando algunos de los espermatozoides logran llegar al extremo superior de las tubas uterinas, pueden encontrar un óvulo, si esto ocurre puede llevarse a cabo la fertilización. Si bien muchos espermatozoides entran en contacto con el óvulo y se adhieren a su superficie, solo uno es capaz de fertilizarlo. La fertilización o concepción, ocurre en la unión del tercio distal con el tercio medio de una tuba uterina.

Cuando el óvulo es penetrado por un espermatozoide, ocurren cambios químicos en su membrana, que previene la poliespermia, esto es, la fertilización del óvulo por más de un espermatozoide. La fusión de las membranas del espermatozoide y el óvulo activa a las células y se inicia el desarrollo embrionario.

El huevo fertilizado pasa los tres primeros días en el oviducto, donde pierde sus cubiertas externas y efectúa la primera segmentación. Entra al útero en el cuarto día en estado de mórula. Su estancia en esta época también se regula probablemente por hormonas, prostaglandinas, e incluso hormonas y sustancias secretadas en etapa temprana por el mismo trofoblasto.

1.2 SOCIEDAD, CULTURA Y REPRODUCCIÓN.

En el transcurso de su desarrollo, el individuo va aprendiendo lo que se espera de él o ella, según su edad, posición dentro de determinada clase social y según el género al que pertenece. La familia primero y la sociedad en general, estimulan un sistema de valores específicos para cada sexo (Lorenzer, en: Barrantes, 1988). El condicionamiento social de los papeles sexuales comienza a una edad muy temprana, el individuo al crecer llega a comportarse, a sentir y a pensar de manera apropiada a su sexo. Esto se explica sólo en parte por el hecho de que haya nacido mujer o varón. Komarovsky (1972) comenta que la herencia determina la constitución física y también la estructura psíquica, pero el individuo tiene que aprender a desempeñar el papel que se le asigna al igual que a sus congéneres en la sociedad donde vive.

La cultura le transmite al individuo valoraciones positivas y negativas ligadas a los comportamientos de carácter masculino o femenino. De esta manera, el cumplir con los requerimientos sociales permite alcanzar el nivel de satisfacción que cubre la necesidad de pertenencia e identidad. Esto es tan necesario para la mayoría de las personas que su contraparte puede traer consigo sentimientos de ostracismo, de falta de filiación, etc.

En la cultura nacional, uno de los roles que ha sido considerado como inherente al desarrollo pleno de las mujeres, es el papel de madre (Szassz, 1994). Esta concepción prevalente en México, así como en una gran parte de países latinoamericanos, se debe quizá a que se toma como "natural" que la mujer sea madre. Así, se concibe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no mediado por la cultura. Uno de los elementos que conduce a pensar que es natural que la mujer sea madre, es porque posee un aparato reproductor que le permite la nidación interna. Esta característica biológica, es condición necesaria pero no suficiente de la maternidad (González, 1990).

Otro elemento a considerar es el constructo de instinto materno, que "guiará a la mujer en la crianza de los hijos". Sin embargo ésta característica debe ser retomada con

ciertas reservas, ya que como comenta Gehlen (citado en: González, 1990), el instinto materno ha presentado transformaciones, esto es, ha pasado de ser una señal biológica que induce a la procreación a un acto intencional, programado o promovido de acuerdo con los requerimientos del proceso de aculturación del hombre

Esto quiere decir que efectivamente un hecho que en cualquier otra especie animal es netamente natural e instintivo, en el hombre se ha convertido también -debido al desarrollo social e intelectual- en un hecho cultural.

Por otra parte, otro factor que contribuye a reforzar la idea de la "naturaleza maternal" de las mujeres ha sido su permanencia dentro del hogar, determinada en gran medida por la estructura socioeconómica, que apoya la condición femenina asociada a las funciones de reproducción y crianza. De tal forma que la relación madre-hijo se ve consolidada, y es la madre quien fundamentalmente introduce al nuevo ser en el mundo social, configurando la estructura psicológica infantil al quedar establecidas formas determinadas de interacción (Barrantes, 1988).

De esta manera, las pautas de conducta que en un momento determinado fueron externas, se internalizan, se transforman en inconscientes y siguen siendo operantes (Ramírez, 1990). Esto explica en cierta medida cómo las normas y pautas de conducta que infantilmente se aceptaron para complacer a las figuras parentales (particularmente a la madre), en la edad adulta siguen llevándose a cabo, pero ahora de forma automatizada e inconsciente. De aquí se deriva que las pautas de comportamiento se aprenden tempranamente.

Por ejemplo, el tipo de vida en que se desarrolla la niña mexicana, le brinda precozmente la aceptación del rol maternal, ya que al ir creciendo observa la fecundidad de sus congéneres adultas y se entrena en juegos relacionados a tareas domésticas y de crianza (Ramírez, 1990).

Aunque es innegable que la maternidad tiene importancia suprema, entre otras cosas porque es el vehículo de supervivencia misma de la especie; pensar que la única y más importante función de las mujeres es la procreativa es algo difícil de aceptar.

Sin embargo, en México, la figura fuertemente idealizada de la mujer madre, trae consigo una serie de calificativos que son también el reflejo fiel de la valoración que la sociedad tiene al desempeño de este papel: "La madre santa", "El sagrado deber de ser madre", "La madre sufrida y sacrificada", son algunas expresiones hacia la maternidad donde se observa una alta valoración de la mujer fecunda, una clara aceptación social de la maternidad y, además, esto se incorpora a la autoimagen de la mujer, de manera tal que no es sorprendente que una gran mayoría de mujeres lo que esperan y desean es ser madres (De Oliveira, 1989).

Investigaciones en torno al rol de la maternidad (De Oliveira, 1989), han arrojado datos importantes, uno de ellos se refiere al hecho de que muchas mujeres adolescentes embarazadas, construyen su identidad como personas a partir de ser "madres", así adquieren un lugar en su medio y en la sociedad. De esta forma, ellas se "convierten" en madres como un vehículo que las transporta a la situación de mujer, categoría más deseable que la que tienen como jóvenes.

Ahora bien, conceptualizar la maternidad como "destino sublime" (Lamas, 1987), sin contemplar todo lo que ésta implica, conduce a justificaciones simplistas del hecho reproductivo ("...es lo mas natural cuando una se casa", "hay que aceptar lo que Dios manda", etc.). En una investigación realizada en la ciudad de México, (La Jornada, 1987) con una muestra de 100 mujeres madres de todos los estratos sociales y con un rango de edad bastante amplio (18-90 años), se observa como la mujer respecto de su papel como madre presenta ambivalencia y confusión¹. La mayoría de las mujeres de esta muestra

¹ 85% de las mujeres, toman la maternidad como su máxima realización.

82% reveló que los hijos no habían impedido su desarrollo.

50% respondió que había deseado hacer más cosas de su vida pero por los hijos no lo hizo. (Hay que tener un hijo.... La Jornada, 1987)

confesó no haber planeado su embarazo ("sucedió y ya"), aunque, al saber su estado se sintieron felices y lo aceptaron. Sin embargo, por lo menos en algunas mujeres, las sentencias sociales de: "hay que tener un hijo para darle sentido a la vida" y "la máxima realización para una mujer es tener un hijo" se ven puestas en tela de juicio una vez que el acontecimiento tan esperado de la maternidad se hace realidad.

Por ejemplo, Carreño (1995) comenta que muchas mujeres que tienen atención psicológica debido a trastornos provocados por una situación de esterilidad, y que después de un tiempo de tratamientos médicos para inducir el embarazo, lo logran y tienen a su hijo, deben posteriormente ser tratadas psicológicamente, pero ahora debido a la problemática que para ellas implica la realidad de convertirse en madres.

Coincidiendo con la apreciación de Carreño, Szasz (1994) establece que la valoración de lo femenino basado en la maternidad y en la vida conyugal tiene importantes costos psicológicos sociales y de salud.

Dentro del ámbito de lo social, Hierro (1985) ha encontrado que el papel de la maternidad se valora positiva o negativamente de acuerdo con los intereses netamente sociales, sin que éstos coincidan necesariamente con los intereses femeninos. De allí que en este aspecto pueda hablarse de costo, ya que para Hierro la decisión sobre la maternidad no es materia de decisión propia de las mujeres, sino más bien el sentido de vida acordado para ellas, determinado por las necesidades de aumento o disminución de la tasa de natalidad de una comunidad en particular, en un momento determinado.

Continuando con éste mismo análisis sobre el papel reproductivo, el materialismo histórico, propone que detrás de la ideología que pretende idealizar el papel de la madre están los intereses del capitalismo para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo (Hierro, 1985). Esta situación ideológica no se identifica fácilmente, debido a la forma tan profunda y a la vez sutil que se encuentra dentro de la concepción de la mujer como tal.

De acuerdo a lo anterior, se establecen los siguientes planteamientos básicos acerca de la reproducción que se derivan de la influencia de las pautas socioculturales:

- Dado que el cuerpo femenino está organizado para la procreación, lo natural y por lo tanto lo bueno es que la mujer procrea.
- El cumplimiento de su función procreativa es positivo en el nivel personal y en el nivel social.
- Es la madre quien principalmente transmite las pautas socioculturales a sus hijos en edades tempranas.
- Una alta valoración de la mujer fecunda, propicia el deseo de la maternidad en la mayoría de las mujeres.
- La aceptación del rol materno se establece desde edades tempranas.
- Parte importante de la identidad social de la mujer está basada en su función procreativa.

Una vez establecidas algunas ideas que permiten observar un panorama acerca del efecto de las pautas sociales sobre el esquema de comportamientos y valores de los individuos, en particular de la mujer; la exposición de los aspectos de orden psicológico - también fundamentales en la formación de la identidad femenina-, se visualiza como elemento que concatena y va a dar pie al entendimiento de la cosmovisión que tienen las mujeres, y por ende, a una comprensión más clara del porqué los papeles reproductivo y de crianza son tan importantes para una buena parte de la población femenina.

1.3 PSICOLOGIA Y REPRODUCCION

¿Porqué las mujeres siguen deseando ser madres? En un artículo sobre maternaje, Lamas (1987) hace esta pregunta después de realizar un análisis de las condiciones económicas y políticas en México, las cuales considera desfavorables para la población femenina que ha iniciado su vida reproductiva. Su respuesta a esta cuestión se orienta a un a explicación de condicionamiento social, pero principalmente hacia otra que argumenta lo psíquico como base. De aquí desprende que es especialmente importante analizar qué significa subjetivamente para la mujer ser madre. De esta manera, el psicoanálisis y la psicología, desde sus diversas perspectivas teóricas han establecido hipótesis acerca de las necesidades psicológicas como elemento fundamental del deseo de la reproducción y la maternidad.

Fromm (1990) establece la existencia de factores psicológicos específicamente humanos que determinan el deseo de la maternidad. Uno de ellos estaría inmerso en el elemento narcisista del amor materno. En la medida en que la madre sigue sintiendo al hijo como parte suya el amor y la infatuación pueden satisfacer el narcisismo materno. Otra motivación radica en el deseo de poder de posesión de la madre. El niño sometido por entero a su voluntad, constituye un objeto natural de satisfacción para una mujer dominante y posesiva.

Langer (1985) , en base a los estudios de Margaret Mead, acepta que casi todos los rasgos de personalidad se hallan débilmente unidos al sexo, como lo es la vestimenta, las maneras y la foma de peinarse, etc. Sin embargo, comenta que la maleabilidad de la naturaleza humana tiene sus límites, siendo el deseo de la maternidad un punto que no tiene que ver con la socialización, sino más bien con la vigencia de los impulsos instintivos. Para Langer, cuando una mujer se desarrolla en una sociedad antiinstintiva y antimaternal, sufrirá de alguna manera conflictos debido al desacuerdo que le marca la sociedad contra su propio sexo. Finalmente comenta que la mujer sin hijos logrará ser feliz

siempre que encuentre un forma de vida que le permita sublimar satisfactoriamente su instinto maternal.

Por otra parte, Bardwick (1983) propone que existe en la mujer un motivo maternal ligado a la fisiología, pero que también la maternidad implica una conducta sobredeterminada. Eso significa que en una sola persona, la maternidad supone la gratificación de muchas y muy diversas motivaciones, y también significa que los motivos de las diversas personas para tener un hijo pueden ser completamente diferentes. Todas las conductas importantes, como los logros académicos, los esfuerzos vocacionales, el embarazo y la maternidad, están sobredeterminadas. La importancia de las funciones reproductivas para la identidad de la mujer convierte con frecuencia a este fenómeno, en terreno de satisfacciones, pero también la expresión de diversas ansiedades. Para Badwick, la maternidad brinda a la mujer la oportunidad de desarrollar todos sus afectos, desde los sentimentales, tiernos y amorosos, hasta los autoritarios, agresivos y punitivos.

Corroborando esta última hipótesis, para Ferro (1991), la maternidad como elemento libidinal y narcisista en la mujer es un vehículo para ejercitar a través de ella actitudes perversas, siendo ejemplo de éstas la dificultad de romper la simbiosis establecida con su hijo, buscar la maternidad como un reaseguramiento (matrimonio, por ejemplo) o como forma de mantener una pareja que está en crisis y evitar una separación. La misma autora establece que si la madre concibe de esta manera la maternidad, no podrá dar a su hijo un sentido de individuación, ya que éste no será más que una extensión de su propio cuerpo, y concluye que no sólo por amor se desea un hijo, ni por instinto que aparece a determinada edad, más bien porque al tenerlo, eleva su valoración narcisista.

Lamas (1987) comenta que el sentirse femenina constituye un factor psicológico en la motivación hacia la maternidad, ya que es parte de la feminidad, entendida como el resultado de un proceso psíquico que conduce a las mujeres a asumirse, sentirse y vivirse

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

Retornando a las ideas de Fromm (1990) y desde una postura psicodinámica y socio-cultural comenta, que si bien aparecen con frecuencia las motivaciones anteriormente descritas, no son tan importantes y universales como la que denomina necesidad de trascendencia, y que describe como una de las necesidades básicas del hombre, arraigada en el hecho de su autoconciencia, en el hecho de no estar complacido con su papel de ser creado. Necesita sentirse creador, ser alguien que trasciende. Para este autor la mujer cubre con su hijo su impulso de trascender.

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

Por otra parte, en esta misma investigación, (Lalos y Lalos, 1985) se reportó como motivos intrapsíquicos hacia la maternidad, la confirmación de la propia identidad sexual, la posibilidad de reexperimentar a través de los hijos la propia infancia, la posibilidad de entender e identificarse con los propios padres, la maternidad vista como símbolo de independencia y, el ver al hijo como un intento de reemplazar a otra persona importante.

Puesto que el hijo ha estado en gestación durante nueve meses en el vientre de la madre, no es raro que las mujeres perciban al niño como una prolongación de sí mismas.

Identificar esta dinámica permite comprender por qué las necesidades insatisfechas desempeñan a menudo un papel decisivo en el deseo de tener hijos. Por lo general la mujer no tiene consciencia de que satisface vicariamente sus necesidades a través del niño. Y el hecho de considerar a los hijos como una prolongación del propio ser, implica que, en cierta medida, lo que le suceda al hijo también le sucederá a la madre (Hunt, 1993).

Las mujeres que no tuvieron madres afectuosas y protectoras durante la infancia esperan con la llegada de un hijo, convertirse en madres afectuosas y protectoras, es decir, ser mejores que sus madres. Como si este hecho les permitiera la experiencia de la "buena madre" que les faltó en la niñez. En tanto madres, podrían controlar la calidad de la relación madre-hijo de una manera que les estuvo vedada en la infancia. Si de niñas nadie las consoló o las tranquilizó cuando sentían miedo o angustia, saben que un modo de reparar el daño que les inflingieron, es consolar y tranquilizar a un hijo.

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

Así, el propio cuerpo puede ser sentido como débil o potente, como atractivo o carente de gracia, como sexualmente más o menos diferenciado, puede exaltarnos o disminuirnos, y de tal modo, inspirar vanidad o vergüenza, seguridad o indefensión, respeto o repugnancia, e influye por lo tanto en las actitudes generales de cada uno. A su

vez, éstas lo afectan y contribuyen por todo ello, a determinar importantes decisiones individuales aunque pocas veces se concientiza esta influencia (Aisenson, 1989).

De acuerdo a lo anterior, en el caso específico de la reproducción, si bien es cierto que la influencia sociocultural que se ejerce sobre las mujeres para que en algún momento de su vida se conviertan en madres es muy fuerte, la necesidad individual de sentir que sus cuerpos están completos, que tienen intactas sus capacidades, son funcionales y son vehículos óptimos y adecuados para engendrar una nueva vida, esto es, sentirse corporalmente tal como es preciso, en correspondencia con un proyecto de vida particular, se conjuga con las expectativas sociales para aspirar al cumplimiento del rol reproductivo.

De tal forma que la frase tan comúnmente empleada y poco reflexionada de que: "la realización máxima de una mujer es tener un hijo, puede ser aceptada, según los lineamientos de esta filosofía (Heidegger en: Aisenson, 1989), que establece que el cuerpo (y todas sus funciones, entre ellas la procreativa) es el instrumento que permite la realización humana. Siguiendo estos lineamientos, podría establecerse que dentro del psiquismo femenino, la función procreativa forma parte de esta realización.

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

La mujer que necesita a un hijo para sentirse como tal, tiene un fallo en la adquisición de su identidad de género, y ha tomado uno de los roles de la feminidad como su totalidad. Suponer la necesidad del hecho reproductivo (embarazo-parto-crianza) para ser mujeres, muestra una confusión del propio concepto de mujer, de identidad y rol de género. Ferro (1991) al respecto comenta que la identidad de género puede desarrollarse en un sentido mucho más amplio, en el que el ideal del yo tenga que ver

con muchas más cosas diferentes de la maternidad y con respecto a una gran diversidad de roles. Si una mujer determina su identidad en base a ser madre, manifestará conflictos importantes no sólo a nivel intrapsíquico, sino también en sus relaciones interpersonales, sobre todo cuando la base de su identidad no se vea consumada, o bien cuando los hijos engendrados se alejen, ya que su plenitud femenina se verá nulificada al darse cuenta que ya no tiene cerca aquello que la definía como mujer.

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

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

CAPITULO II

ESTERILIDAD FEMENINA

ESTERILIDAD FEMENINA

"Después de tres años de matrimonio decidí dejar de cuidarme para tener un hijo. Pero a veces las cosas no salen como las tienes planeadas. Al poco tiempo todo el mundo nos preguntaba: ¿y ustedes, cuándo? Empezaron las preguntas indiscretas, las bromas pesadas, los consejos: que el tecito, que si te pones de cabeza, que la luna llena...Fuí al ginecólogo y exámen tras exámen, operación tras operación; el deseo de tener un hijo parecía un sueño imposible, sin embargo la esperanza de quedar algún día embarazada, seguía latente.." (Guadalupe, 31 años).

El esclarecimiento en el capítulo anterior de la relevancia del hecho reproductivo dentro de la vida de muchas mujeres, es la base que permite la comprensión del porque el problema de la esterilidad afecta distintos niveles de la vida de aquellas que por alguna causa la presentan.

La esterilidad es uno de los problemas más comunes que se observan en la consulta médica-ginecológica y más que una enfermedad, es síntoma de una condición general subyacente, que afecta el funcionamiento adecuado del sistema reproductivo. Existen limitaciones en la información sobre su prevalencia, pero se estima que entre un 10% y 15% de las parejas en edad reproductiva sufren de esterilidad, donde la causa puede contemplarse en la mujer, en el hombre o en ambos; se ha comprobado que actualmente la tasa de este trastorno en el mundo está en ascenso. Ahora bien, existe una diferencia mínima entre los porcentajes de esterilidad por género, un 50% pertenece al factor femenino, 40% al factor masculino y 10 al 20% a un factor inexplicado (Omram, 1992). Estas cifras permiten por una parte, aclarar en que medida cada género observa limitaciones en su capacidad reproductiva, y por otra, esta realidad amplía las posibilidades de búsqueda y hallazgo de soluciones para dicho trastorno.

En nuestro país, el porcentaje global de esterilidad va en aumento por las tensiones del mundo moderno y la tendencia a posponer la reproducción para edades más avanzadas (después de los 30 años) cuando la fertilidad en ambos sexos empieza a declinar y la endometriosis causante de esterilidad en las mujeres, es más prevalente. Existen otros factores considerados también como causales de esterilidad: uso y abuso de ciertos métodos de control natal, el aumento en las enfermedades venéreas, la automedicación, dietas severas u obesidad, ejercicios extenuantes, exposición tanto de hombres como de mujeres a toxinas, drogas y condiciones medioambientales agresivas (pesticidas, plomo, solventes, gases, pinturas, radiaciones, tabaco, alcohol, etc.) (Tozzini, 1989).

2.1 DEFINICIÓN DE ESTERILIDAD

Existen dos términos importantes dentro del campo de la medicina de la reproducción, que son similares y a veces se utilizan como sinónimos. Tales términos son: esterilidad e infertilidad; la definición de ambos es la siguiente:

- *Esterilidad*: Es la incapacidad de una pareja para lograr una concepción después de un año de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva (Pérez Peña, 1995).
- *Infertilidad*: Esta implica la capacidad de lograr concepciones pero no hijos viables (Pérez, Peña, 1995).

Es común observar que en la literatura sobre estos tópicos, se utilizan indiferenciadamente cualquiera de los dos términos para referirse a ambas condiciones de incapacidad de procrear, por ejemplo, algunos autores como Belsey y Ware (1988) y Sciarra (1994), utilizan el término infertilidad para referirse a la incapacidad de una pareja para lograr una concepción; mientras que esta misma definición, autores como Rosenbaum (1977), Zarate (1990), Pérez Peña (1995), entre otros, la denominan esterilidad.

Por tal motivo, y para evitar alguna posible confusión, se utilizará el término *esterilidad*, basado en una definición otorgada por Gentry y Buster (citados en Stovall et al, 1995), la cual se adecua al tipo de población clasificada como estéril en este estudio:

"... imposibilidad de concebir o concluir los propósitos reproductivos de una pareja después de un año de coito sin protección anticonceptiva".

2.2 CLASIFICACIÓN DE LA ESTERILIDAD.

La esterilidad puede clasificarse de manera más común como primaria o secundaria. Se considera esterilidad *primaria* cuando no se ha alcanzado la concepción después de un año de coito sin protección anticonceptiva en una pareja que trata de lograr un embarazo por primera vez. Cuando las mujeres han estado embarazadas al menos una vez, pero no han logrado repetirlo, se les denomina como mujeres estériles *secundarias* (Pérez Peña, 1995).

2.3 CAUSAS MÁS COMUNES DE LA ESTERILIDAD

Encontrar la etiología de la esterilidad en una pareja requiere el análisis minucioso de todos aquellos factores que intervienen en la reproducción. Es por ello que la investigación de las causas de la esterilidad debe ser integral y organizada para acceder al historial clínico de ambos miembros desde su nacimiento y encontrar en él, algún indicio de posibles alteraciones anatómicas y/o funcionales que como consecuencia traigan consigo la incapacidad reproductiva.

Si se alcanza una evaluación diagnóstica acertada de la etiología de la esterilidad, el tratamiento a seguir será el más apropiado y quizá el más efectivo en la corrección del trastorno. Ahora bien, es importante que ambos miembros de la pareja estén dispuestos a colaborar y aceptar todas las etapas de entrevista y análisis necesarias para alcanzar los objetivos diagnósticos.

Una forma de identificar las causas posibles de esterilidad es mencionar los requisitos de la fertilidad, esto es, los factores que deben ser normales para conseguir la viabilidad de un producto. El que esto suceda depende de lo siguiente: (1) El hombre debe elaborar gran cantidad de espermatozoides sanos; (2) los espermatozoides deben pasar por el sistema de conductos del hombre durante el proceso de la eyaculación; (3) los espermatozoides deben liberarse en un aparato femenino normal en sentido anatómico;

(4) los espermatozoides deben atravesar el moco cervical y llegar al tercio superior de la trompa de Falopio a través de la cavidad uterina; (5) las hormonas sexuales femeninas deben sincronizarse de forma correcta para que el óvulo madure y sea liberado en el momento apropiado; (6) el óvulo liberado debe llegar a la trompa de Falopio, penetrar en esta estructura y descender por ella hasta encontrarse con el espermatozoide antes de comenzar a deteriorarse; (7) después de la fertilización, el embrión debe llegar al útero e implantarse en el endometrio; (8) el endometrio debe estar preparado en forma apropiada para que ocurra la implantación, y por último, (9) el sistema femenino de sostén del embarazo debe funcionar con precisión suficiente para que el embrión en formación pueda llegar a término (Gotwald y Holtz, 1983).

Las alteraciones más comunes responsables de esterilidad tienen que ver con algún fallo o alteración en las partes que intervienen en el ciclo antes mencionado. Las más importantes que afectan al hombre son las siguientes:

ESTERILIDAD POR FACTOR MASCULINO :

1. Trastornos neuroendocrinos: tiroideos y suprarrenales, hipotalámicos e hipofisarios.
2. Anomalías congénitas varias asociadas a hipogonadismo: síndromes congénitos -de Prader- Labhart- Willi, de Laurence- Moon biedl, etc.).
3. Enfermedades agudas y crónicas asociadas a hipogonadismo: desnutrición severa, quemaduras extensas, trauma craneo-encefálico, shock séptico, estrés severo, anorexia nerviosa, SIDA, obesidad morbida, drogadicción, alcoholismo, hepatopatías, enfermedades renales, lesiones en medula espinal, enfermedades autoinmunes, etc.
4. Trastornos genéticos: anomalías cromosómicas (Síndromes: de Klinefelter, de XYY, de Turner, de Del Castillo, de disfunción espermatogénica, de resistencia parcial a la

acción de los andrógenos, de Reifenstein, etc.), criptorquidia, anorquidia, anomalías del pene y uretra.

5. **Trastornos vasculares:** varicocele, torsión del cordón, lesiones arteriales.
6. **Procesos infecciosos:** orquitis post parotiditis, infecciones por *Mycoplasma T*, procesos infecciosos en epidídimo y conductos deferentes.
7. **Factor inmunológico:** la autoinmunidad contra espermatozoides causa esterilidad de maneras distintas: por efectos directos de los anticuerpos sobre los espermatozoides (alterando el transporte espermático, la penetración ovular o causando alteraciones en el cigoto) o por interferir con la espermatogénesis normal, lo cual causa oligozoospermia y azoospermia.
8. **Trastornos neurológicos:** traumatismos, enfermedades degenerativas o procesos infecciosos.
9. **Trastornos tumorales:** tumores testiculares, de células de Sertoli y de las células de Leydig.
10. **Factores ambientales y tóxicos:** estrés emocional o físico acentuado, exceso de alcohol, tabaquismo, drogadicción, dietas severas, radiación diagnóstica o terapéutica, aumento de temperatura escrotal, ingestión de medicamentos (barbitúricos, narcóticos tranquilizantes del tipo de las fenotiazinas, antidepresivos, principalmente los inhibidores de la MAO, antihipertensivos, amebicidas, nitrofuranos, anabólicos esteroideos, etc), metales como cadmio, litio y plomo, antiepilépticos, etc.
11. **Trastornos idiopáticos:** oligozoospermia idiopática.
12. **Impotencia.**

Los trastornos mencionados van a incidir en alguna fase del proceso espermatogénico, y van a alterar desde la producción, cantidad, forma, movilidad, calidad y vitalidad de los espermatozoides, hasta la funcionalidad o morfología masculina óptima y necesaria para la reproducción.

Hablando específicamente de las alteraciones espermáticas que son las más frecuentes:

- en relación a la cantidad anormal se encuentran: la *azoospermia* (no hay espermatozoides presentes) y la *oligozoospermia* (poca cantidad de espermatozoides)
- en relación al volumen anormal se encuentran: La *aspermia*, la *hipospermia* e *hiperspermia*
- en relación a la movilidad se encuentran cuatro diferentes variantes: a) *lineal, progresiva y rápida* (conocida también como excelente y buena), b) *lineal lenta o no lineal* (conocida también como regular), c) *no progresiva* (conocida como débil o baja) e d) *inmovilidad*
- en relación a la morfología se habla de 8 anomalías: a) espermatozoide macrocéfalo, b) espermatozoide microcéfalo, c) espermatozoide con cabeza aplanada, d) espermatozoide con formas anormales diversas, e) espermatozoide bicéfalo, f) espermatozoide con anomalía a nivel del cuello con cabeza con flexión acentuada, g) espermatozoide con doble cola, h) formas inmaduras de espermatozoides.

Además de esto, otras anomalías en el semen se refieren a: viscosidad anormal, presencia de células extrañas y aglutinación del esperma.

En cuanto a las alteraciones que afectan a la mujer se encuentran las siguientes:

ESTERILIDAD POR FACTOR FEMENINO:

1. Alteraciones del factor neuroendocrino.

2. Alteraciones del factor cervical:

Trastornos anatómicos: dentro de estos son causas cervicales de esterilidad: agenesia, hipoplasia, estenosis, flexión acentuada, procesos obstructivos (cicatriciales o neoplásicos) e insuficiente epitelio endocervical (congénito o postraumático).

Trastornos inflamatorios: las endocervicitis aunque no constituyen un factor principal de esterilidad, si disminuyen la fertilidad por diferentes causas, por ejemplo, el cambio de las características del moco cervical que dificulta la penetración espermática, aumento en el número de macrófagos que fagociten espermatozoides, etc.

Alteraciones hormonales: estas producen modificaciones macroscópicas, microscópicas y físico-químicas del moco cervical que dificultan la penetración y supervivencia espermática.

Patología simultánea: se refiere a la combinación de otros factores afectados además del factor cervical. Los más frecuentes asociados a patología cervical son masculinos, tuboperitoneal y ovárico.

3. Alteraciones del factor uterino.

Alteraciones anatómicas congénitas: Se originan por fusión anormal de los conductos Müllerianos durante el periodo embrionario. Estas a su vez se subdividen en: simétricas, cuando existe una división ya sea externa o interna del útero y que con

frecuencia provoca aborto habitual, y asimétricas que, como su nombre lo indica, la duplicación uterina se realiza de manera asimétrica, produciéndose a veces embarazo ectópico.

Trastornos endometriales: Por infecciones que pueden deberse a procedimientos que alteran el papel protector de las secreciones cervicales, moco cervical contaminado introducido en la cavidad endometrial por instrumentación, alteraciones de la capacidad bacteriostática del endometrio, presencia de organismos que tienen la capacidad de penetrar a pesar de los mecanismos bacteriostáticos del cervix, diseminación hematogena de una infección y contaminación directa de oviductos infectados.

Alteraciones tróficas: a) atrofia: puede deberse a producción hormonal ausente o deficiente, lo que causa estímulo inadecuado al endometrio; b) hipertrofias u hiperplasias: El estrogenismo sostenido, sin el efecto cíclico de la progesterona o de derivados progestacionales, es capaz de causar diferentes grados de hiperplasia endometrial. Causas frecuentes de esta entidad son la enfermedad de ovarios poliquísticos, tumores ováricos feminizantes, obesidad, etc.

Sinequias y adherencias intrauterinas: la localización y extensión de estas adherencias de la cavidad uterina es muy variable y su incidencia es difícil de determinar. Alrededor de dos terceras partes de las adherencias, ocurren después de abortos y son más frecuentes después de legrados en abortos sépticos provocados o en casos de huevo muerto retenido. Las adherencias se dividen en leves, moderadas y severas, tomando en cuenta la extensión de la cavidad endometrial involucrada, no siendo ésta la única clasificación, se considera la más utilizada.

Tumores benignos: entre los más frecuentes en la edad reproductiva se encuentran los fibromas y miomas.

4. **Alteraciones del factor tuboperitoneal:** Estas alteraciones son procesos que causan obstrucción o alteración de la motilidad tubaria y pueden dividirse en congénitas y adquiridas, dentro de las últimas se encuentran: las infecciosas (enfermedad pélvica inflamatoria de varias etiologías), adherenciales, tumorales y a la endometriosis.

5. **Alteraciones del factor ovárico:** Los factores involucrados en falla ovárica con anovulación y/o amenorrea se dividen en dos grandes grupos: congénitos y adquiridos. De los primeros se consideran de relevancia las disgenesias gonadales que son condiciones congénitas de las gónadas mal desarrolladas y ausencia de células germinales en las mismas. Entre las múltiples variables están los siguientes síndromes: de Turner, de Noonan, disgenesia gonadal pura, de Swayer, disgenesia gonadal mixta, disgenesia gonadal unilateral, deficiencia de 17-Hidroxilasa y síndrome. Los factores adquiridos causales de anovulación y esterilidad, corresponden a procesos infecciosos, traumáticos, postradiación, quirúrgicos o tumorales que extirpan o causan destrucción o alteración del tejido ovárico.

Anovulación asociada a hiperandrogenismo: La mayor parte de los casos de esta asociación son de origen ovárico y específicamente causados por la enfermedad de ovarios poliquísticos.

Falla ovárica prematura: esta entidad se caracteriza por signos y síntomas similares a los de la menopausia normal sólo que se presenta a una edad mucho menor que la habitual.

Fase lútea inadecuada: en esta entidad la progesterona es insuficiente para permitir la implantación y crecimiento del huevo fecundado. Puede deberse a defectos del cuerpo lúteo para producir progesterona en cantidad y/o duración apropiada o, a condiciones que hagan el endometrio refractario, aunque la progesterona esté dentro de límites normales.

Anovulación: la anovulación participa como factor único, o asociado a otros en el 30% o 40% de los casos de esterilidad, su incidencia a aumentado, debido a estilos de vida estresantes, además de la patología metabólica, endócrina y psicológica diversa, como obesidad, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo, diabetes, anorexia nerviosa depresión, etc.

6. **Endometriosis:** esta entidad afecta a todos los órganos de la reproducción femeninos, en grado variable. La endometriosis es la presencia de tejido endometrial, glándulas y/o estroma fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia es importante, ya que la prevalencia de la misma en mujeres en edad reproductiva es alrededor del 10%, es probable que se encuentre en el 15% de las mujeres estériles como factor único y en el 30% de las mujeres estériles con patología múltiple simultánea. Alrededor del 30-40% de las mujeres con endometriosis presentan esterilidad y ésta a su vez, en otras mujeres favorece el desarrollo de endometriosis. Las estructuras frecuentemente involucradas son los ovarios, fondo de saco de Douglas, ligamentos úterosacros, cara posterior del ligamento ancho, cuerpo uterino y fondo de saco vesicouterino.
7. **Factor inmunológico:** la patología inmunológica es un factor relativo de esterilidad, y en la mujer puede ser causa de los siguientes mecanismos: alteración en la motilidad espermática, inhibición de la penetración espermática a través del canal cervical, inactivación de las enzimas espermáticas acrosomales, inhibición de la adherencia espermática a la membrana y alteraciones en la implantación del cigoto (Pérez Peña, 1995).

2.4 APROXIMACIONES SOCIOCULTURALES DE LA ESTERILIDAD

En la actualidad la condición de esterilidad en muchas mujeres constituye un estigma social, esto ha sido así en todos los tiempos, y para todas las mujeres que por algún motivo no han sido capaces de concebir.

Existen testimonios sobre este fenómeno en la edad media, por ejemplo, un matrimonio era considerado bueno si concebía muchos hijos, y una buena esposa sólo era tal si tenía hijos. Sin embargo, teólogos y canonistas abogaban porque se considerara al matrimonio no consumando o al matrimonio infértil como un sacramento bendecido por Dios, siempre y cuando los esposos se mostraran unidos por un amor mutuo y temerosos de Dios. Durante la baja edad media, se llegó incluso a elevar a los altares a los matrimonios exentos de descendencia y a santificar a las esposas estériles. Así también cuando se desconocía la causa de la esterilidad, la responsabilidad de ésta era remitida al hombre, ya que se consideraba que el hombre llevaba la mujer al estado ideal en que debía concebir (Taurus, 1992).

Esto no niega los constantes esfuerzos para tratar de remediar esta condición. Se realizaban peregrinaciones, promesas, oraciones y ofrendas dedicadas a las vírgenes y a todos los santos relacionados con la fertilidad. Se practicaban rituales y ceremonias consistentes en reunir a las mujeres estériles en una fuente y presentar ofrendas a las hadas que habitaban las mismas para que les enviaran un hijo, o bien, tocaban al pasar y en secreto una piedra erecta, símbolo del falo y la esperanza de unión de las semillas del hombre y de la mujer.

Era tan importante en el pasado contar con descendencia que no importaba si los hijos eran propios o de alguna relación de la madre con otro hombre; tampoco importaba si la madre era soltera; antes que condena, era referencia para solicitarla en matrimonio ante la garantía de su fertilidad; la Biblia confirma como se lamentaba la esterilidad

femenina y ante ésta, las mujeres buscaban concubina a su marido y adoptaban a los hijos nacidos de esa unión (Hernández, 1992).

El temor de la esterilidad que comprueba Saint Yves (citado en Hernández, 1992) en el pasado, narra artificios para el embarazo que hoy se condenan: la práctica del incesto o ritos milagrosos, todo se valía y tanto hombres y mujeres apreciaban sin trabas el embarazo y nacimiento. La mujer estéril se condenaba a ella misma por su incapacidad reproductiva, se percibían con horror como el azote y la vergüenza má grandes para su familia (Hernández, 1992). De hecho, la sociedad de la edad media compartía las ideas de Santo Tomás de Aquino que atribuye la aparición de la mujer en la creación al hecho de que Dios la creó exclusivamente para traer hijos al mundo. (Taurus, 1992)

Cuando mucha gente en una sociedad no tiene hijos, la misma existencia de esta comunidad puede estar amenazada. Aún la infertilidad individual puede tener efectos sobre una comunidad y una sociedad. El rey Enrique VII de Inglaterra, es un caso particular de esterilidad secundaria bien conocido, que revolucionó la religión, y los sistemas legales de un país (Hammer, 1993).

De la existencia de hijos, dependía no solamente la herencia y los bienes de la familia, sino también la relación de fuerzas en el ámbito político y la estabilidad de los grupos en el poder: la ausencia de un heredero al trono provocaba un sinnúmero de conflictos internos y externos, guerras, carestía y sufrimiento. No resulta por tanto sorprendente que las mujeres de finales de la Edad Media, especialmente las pertenecientes a las clases superiores, únicamente se preocuparan por el tipo, número y ocasión de los embarazos, cuando su unión no fructificaba con la presencia de descendencia (Hammer, 1993).

La esterilidad femenina se relacionaba con la presencia de menstruaciones irregulares, y era la comadrona la que practicaba ciertas curas, como la colocación de un pesario. Al cirujano le correspondía desembarazar a la mujer de las membranas y las

excrecencias que impedían las relaciones, incluso, practicar la abertura de la vagina. Esta intervención se acompañaba de la colocación de una cánula que impide que la herida se cerrara al cicatrizar. A la intervención quirúrgica en los casos de malformaciones manifiestas, viene a agregarse los ungüentos, medicamentos, polvos, alimentos y todos los regímenes destinados a corregir los excesos de calor o de frío que acarrearba la esterilidad en la matriz (Taurus, 1992).

En la Roma antigua, preocupada porque no hubiera un proceso de desdoblamiento, se establecen las leyes de Augusto que fomentan el matrimonio, desalientan los divorcios y castigan a los solteros o a las parejas casadas sin hijos.

En nuestro territorio, puede hacerse referencia a la sociedad azteca. Donde existía una alta valoración y múltiples ritos en relación con la fecundidad por una parte podía explicarse por su preocupación en mantener un alto crecimiento demográfico. No había hecho más temido por la mujer azteca que la esterilidad; su costo familiar y social era muy alto. Exponían a la mujer al rechazo público y privado y era causante de divorcio. El número de hijos que una mujer tuviera determinaba que el estado continuara con sus actividades guerreras requeridas para la supervivencia del estado. De ahí que la finalidad última y la función específica de la mujer era la maternidad (Palma, 1994).

Todas las prácticas ligadas a las creencias populares, heredadas de las civilizaciones anteriores y la multiplicación de muchas más conjuntamente con la aparición de santos con poderes fecundantes, dan testimonio de la importancia de la fecundidad.

En determinadas sociedades, cuando la mujer pierde la capacidad reproductiva o es estéril, la ideología sociocultural, le permite que posea un estatus socioeconómico igual al del hombre. Este es el caso de las mujeres Nure (África) que pueden llegar a poseer el status social del padre, ya que son consideradas como hombres y realizan todas las actividades correspondientes, pueden casarse con una o más mujeres, las cuales son

fecundadas por parientes o amigos. De esta manera, estas mujeres, a efectos legales, son esposos, padres y conductores de la familia (Buxo, 1991).

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

Para algunos individuos la esterilidad es una crisis o fallo que los aliena a sus creencias, a su comunidad religiosa y aún a Dios; sienten traicionada su confianza en un sistema de creencias que no los protege o los resguarda adecuadamente del dolor. Pueden buscar en su pasado, pecados que puedan explicar su sufrimiento o reñir por su destino injusto. La esterilidad puede ser interpretada como un mensaje de Dios para reflexionar en la propia vida o como una forma de sufrimiento que es un acto divino más allá del entendimiento humano (Hammer, 1993).

Rosenblatt (citado en Hammer, 1993) encontró en un estudio transcultural acerca de la respuesta hacia la falta de hijos por esterilidad, que es una crisis en todas las culturas. Por lo anterior, no es sorprendente que en países con vanguardia en el desarrollo científico, como son los países bajos, a nivel sociocultural, la mujeres que no tienen hijos de forma involuntaria ven deteriorada su condición ya que el tenerlos es considerado como un elemento importante para su estatus e identidad (van Balen y Trimbos Kemper, 1993).

2.5 CONCOMITANTES PSICOLÓGICOS DE LA ESTERILIDAD EN LA MUJER

El deseo de la reproducción, de tener un hijo propio, es algo fundamentalmente humano. El no tener hijos de forma involuntaria ha sido descrito como una incapacidad no visible pero que puede causar problemas a nivel psicológico y social. Cuando los hombres o mujeres no logran reproducirse, puede desarrollarse una crisis emocional (Lalos y Lalos, 1985), ya que el descubrir que no se puede lograr un embarazo, es una situación traumática para la cual la mayor parte de las personas no están preparadas (Pérez Peña, 1995).

Prabha (1991) comenta que el efecto de no tener hijos, trae consigo alteraciones en el bienestar de la pareja, ya que la fertilidad paternidad/maternidad, son con frecuencia eventos que se considera, ayudan a satisfacer ciertas necesidades psicológicas.

Fleck (1976) ha descrito que una familia tiene ciertas tareas evolutivas, al principio se efectúa una coalición marital posteriormente con la llegada de los hijos, se transforma en una triada de padres e infante, con el propósito de ayudar a éste en su crianza y tránsito hacia la sociedad. La infertilidad puede detener el fortalecimiento familiar al constituir un obstáculo en el reforzamiento de la relación diádica (pareja) a partir de la evolución dentro de la triada (padres-hijo) que proporciona relativamente más estabilidad.

La infertilidad puede ser vista como dañina o benéfica para el matrimonio, puede crear conflicto, desacuerdo e insatisfacción, o puede conducir a una pareja a trabajar hacia un objetivo común, mejorando su comunicación y confirmando su compromiso en el matrimonio (Hammer, 1993).

Enfrentarse con la expectativa de no tener hijos, puede traer mayores dudas acerca de un compromiso matrimonial en una pareja que lo ha realizado tempranamente, ya que

de forma implícita se incluye en el mismo la crianza de los hijos como uno de los elementos de su vida juntos (Prabha et al., 1991).

La esterilidad es una crisis familiar intergeneracional, ya que puede afectar el crecimiento y desarrollo no sólo de la pareja estéril, sino también de los padres y aún de los hermanos de la pareja. Esto puede crear celos y envidia entre hermanos debilitando los lazos e interrumpiendo las tradiciones familiares. La familia puede apartarse por resentimientos generados por el estancamiento de sus expectativas de soporte no provisto y las ofensas pueden permanecer por mucho tiempo o ser exacerbadas debido a la esterilidad. Por otra parte, los padres de las personas estériles que por mucho tiempo esperaron para ser abuelos, pueden ver la esterilidad de sus hijos como un propio fallo o como un fallo de sus hijos para cubrir sus expectativas. Otros padres pueden tener dificultades para otorgar un estatus de adulto a sus hijos estériles o considerar la esterilidad como una falta de madurez (Hammer, 1993).

Se ha observado que numerosos estudios se enfocan a la investigación de la esterilidad como un fenómeno que repercute en la dinámica de la pareja, sin embargo, es importante destacar que la forma como enfrentan esta situación de esterilidad un hombre y una mujer es muy diferente. A diferencia del hombre, las mujeres en general, crecen y se desarrollan con el ideal de algún día convertirse en madres, de esta manera, la maternidad frustrada constituye un problema complejo, doloroso y muchas veces permanente, que influye invariablemente en la calidad de vida de las mujeres infecundas.

2.5.1 TEORIAS PSICOLOGICAS EN LA ESTERILIDAD

Teorías tempranas acerca de los factores psicológicos en la esterilidad se enfocaron a los conflictos psicológicos como causales de la misma. Durante los setentas, Menning (1975) inició un cambio radical al objetar teorías psicológicas de etiología lineal (causa-

consecuencia) y proponer que el distrés psicológico notado con frecuencia en los pacientes bajo tratamiento de esterilidad, era resultado más que la causa.

Aunque investigadores (Stoleru, Teglas, Fermanian, Spira, 1993) continúan estudiando los factores psicológicos que contribuyen a la esterilidad, se han desarrollado modelos explicativos que proporcionan una gran comprensión de la respuesta psicológica, de pareja e individual hacia la esterilidad.

Por ejemplo, Stanton y Dunkel-Schetter (1991) aplicaron a la esterilidad la teoría del estrés, que establece que un individuo que se enfrenta a una situación novedosa de tensión, atraviesa una serie de fases que van de una reacción de alerta, pasando por una de resistencia hasta llegar a una de agotamiento o resolución de los mecanismos homeostáticos del organismo. Sostienen, que algunos aspectos de la esterilidad que los individuos bajo estrés perciben como los más estresantes son: impredecibilidad, negatividad, incontrolabilidad y ambigüedad. La teoría del estrés ofrece un medio para conceptualizar las respuestas psicológicas a la esterilidad, y también permite definir lo que constituye un ajuste exitoso a la misma.

Higgins (1990) observó la esterilidad en términos de un modelo de relaciones personales/cercanas, el cual considera las condiciones individuales, de relación personal sociales y físicas de la esterilidad y los efectos interactivos que estos factores tienen sobre la pareja. El concepto teórico de relaciones personales/cercanas también considera la interdependencia entre estos factores, en términos de los patrones de interacción diádica de la pareja.

La teoría de Festinger (citado en Boivin et al, 1995) sobre la disonancia cognitiva, establece que el distrés junto con las creencias personales pueden ser discordantes con la información externa. Cuando una mujer estéril espera y creó decididamente que la concepción ocurrirá, la información que obtiene del cúmulo de tratamientos fallidos, crea un estado de disonancia cognitiva, la cual provoca un gran distrés que puede extenderse

dentro de la relación marital. Sin embargo cuando las mujeres han alcanzado el estado de aceptación de la esterilidad y quizá han hecho cambios en su vidas para aceptarla, la información obtenida de los tratamientos fallidos no es tan discordante con su sistema de creencias, lo que implica que no les causa un mayor distrés. La explicación de la disonancia cognitiva sugiere que es el distrés personal lo que conduce al distrés marital (Boavin et al, 1995).

Olshansky (1987) retomó una perspectiva teórica de la identidad individual y teorizó respecto a que tanto un hombre como una mujer con esterilidad toman una identidad de ellos mismos como estériles, mientras que otras identidades como la identidad profesional, son removidas a la periferia o a otros niveles menos relevantes. Para conseguir cambiar la esterilidad como un foco central de la identidad en sus vidas, las personas estériles deben primero quitarse la esterilidad como parte de su autodefinición o aceptarla en su justa dimensión.

Sandelowsky (1990) y colegas ofrecieron un modelo explicativo de la esterilidad, en el cual, el individuo define su esterilidad, funcional, conductual empírica y fenomenológicamente para integrarla y convertir en triunfo su experiencia dolorosa. No obstante establece que no todos los individuos necesitan hacer la infertilidad parte de su personalidad para conducirse apropiadamente con ella.

Blenner (1990) desarrolló una teoría de transición a través del tratamiento de la esterilidad, que esboza las respuestas psicosociales de las parejas hacia su esterilidad, desde su prediagnóstico hasta su postratamiento. Esta teoría consiste en tres conceptos básicos: obligación, inmersión y liberación. La obligación envuelve tres estados; a) comenzar a tomar conciencia, b) enfrentar una nueva realidad y, c) tener esperanza y determinación. La inmersión incluye: a) intensificación del tratamiento y b) una espiral hacia arriba de bienestar emocional. La liberación es quitar y remover su concentración lejos de su tratamiento médico sobre la esterilidad. La teoría de Blenner provee un

sistema teórico de predicción y normalización de las experiencias de esterilidad de las parejas.

2.5.2 RESPUESTAS PSICOLOGICAS A LA ESTERILIDAD

Numerosos autores (Berg y Wilson, 1990; van Balen y Trimbos-Kemper, 1993; 1994; Lindheim et al, 1995; etc.) se han ocupado de investigar, describir y analizar el gasto emocional que trae consigo la esterilidad, ya que tiene varias y diferentes dimensiones, desde la disminución de la autoestima hasta perturbaciones en las relaciones con la familia y amigos. La esterilidad rompe los proyectos de vida de una persona, resquebraja sus esperanzas y sueños además de destruir las hipótesis establecidas que se tienen de la propia vida. También, se inicia una crisis psicológica que puede amenazar la estabilidad marital y las habilidades para manejar la propia vida, además de que puede afectar adversa y permanentemente las relaciones interpersonales, y aún la salud física, ya que, como comenta Mahlstedt (1991), las demandas de la esterilidad y sus tratamientos, pueden exceder los recursos emocionales, físicos y financieros que posee una persona.

Hunt (1993) comenta que no todas las mujeres viven su incapacidad de tener hijos de la misma manera. En muchos aspectos la experiencia de la maternidad frustrada es única y está determinada por el entorno social, los factores psicológicos y las influencias familiares. Pero también, esta experiencia no sólo se diferencia en cada mujer, sino que una misma mujer la vive de manera diferente, según la etapa de su vida, su edad, las condiciones de su matrimonio, el estar satisfecha con su carrera y con su vida en general.

Sin embargo, Hunt establece (1993) que a pesar de las variaciones, los sentimientos y experiencias experimentados por las mujeres estériles son similares, ya que las reacciones abarcan un continuo que va desde la desilusión moderada al dolor intenso. Si una mujer estuvo emocionalmente traumatizada por la imposibilidad de tener hijos, es común la presencia de sentimientos de culpa, rabia, desesperación, vergüenza, autocompasión, envidia, celos y muy especialmente una sensación de pérdida (tabla 1),

que Hunt traduce en la pérdida simbólica del amor maternal, del vínculo madre-hijo, de la continuidad generacional y, de la experiencia, el aprendizaje y la maduración que proporciona la maternidad.

Tabla 1. EFECTOS PSICOLOGICOS OBSERVADOS DE LA ESTERILIDAD

A. Efectos emocionales

1. Pena/depresión
2. Enojo/frustración
3. Culpa
4. Shock/negación
5. Ansiedad

B. Pérdida de control

1. Pérdida de control sobre actividades, el cuerpo y emociones
2. Incapacidad para predecir y planear el futuro de acuerdo a los objetivos vitales

C. Efectos sobre la autoestima, identidad y creencias.

1. Pérdida de autoestima, sentimientos de inadecuación.
2. Problemas de identidad o desplazamiento
3. Cambios en la visión del mundo.

D. Efectos sociales

1. Efectos en la interacción y satisfacción marital (positiva y negativa)
2. Efectos en el funcionamiento sexual.
3. Dificultades en la red de interacciones sociales, cambios en las relaciones interpersonales con la red de amigos, soledad, desconcierto.

Tomado de Stanton Al, Dunkel-Schetter I: Psychological reactions to infertility. In: Perspectives From Stress and Coping Research. New York, Plenum Press, 1991 p. 31

De manera similar, Mahlsteadt (1985) ha observado que en la experiencia de la esterilidad se conjugan una serie de pérdidas que tienen una gran importancia clínica como factores etiológicos en la depresión: pérdida de autoestima, pérdida de salud, pérdida de status, pérdida de autoconfianza, pérdida de seguridad, pérdida de fantasía o

la esperanza de llenar una fantasía importante y pérdida de algo o alguien de gran valor simbólico. Cualquiera de estas pérdidas podría precipitar una reacción depresiva en un adulto, en la infertilidad están presentes todas. El concepto psicoanalítico de pérdida es muy amplio ya que incluye no sólo muertes y separaciones de figuras significativas en la relación interpersonal, sino también pérdidas de miembros y otras partes del cuerpo así como funciones, pérdida de autoestima y autogratisfacción narcisista (Hammer, 1993).

Eck (1980) comenta que la imposibilidad de la procreación se convierte en una crisis en la vida de una persona, evoca toda una serie de sentimientos basados en eventos difíciles pero reales, o también pueden aparecer sentimientos irracionales, basados en parte sobre mitos y supersticiones o en pensamientos infantiles y mágicos en torno a la maternidad. Los sentimientos varían en orden e intensidad, pero en general, Eck (1980) establece que la mayoría de las personas que enfrentan esta situación, experimentan un síndrome similar de sentimientos: sorpresa, negación, furia, aislamiento, culpa y aflicción (Tabla 2).

Tabla 2. EVENTOS CULPÓGENOS ASOCIADOS CON LA ESTERILIDAD

-
1. Sexo premarital
 2. Uso de métodos anticonceptivos.
 3. Aborto
 4. Embarazo anterior en donde el bebé fue dado en adopción
 5. Enfermedades venéreas
 6. Aventuras extramaritales
 7. Masturbación.
 8. Pensamientos o actos homosexuales.
-

Tomado de Menning B E: The psychological impact of infertility. Nurs Clin North Am 17: 55, 1982.

La culpa es considerada por Lazarus y Folkman (1991) como una condición personal mediada por un factor de coacción presumiblemente derivado de los procesos de socialización, ya que los valores y las creencias culturales funcionan como normas que

determinan cuando ciertas conductas y ciertos sentimientos son apropiados o no. De hecho, el grado de la culpa dependerá de lo que se halle en juego y de las consecuencias de violar las normas culturales.

La esterilidad conduce también a un intenso estrés, y al igual que la pérdida, agota la energía psicológica que la gente utiliza para disfrutar de la vida o para resolver problemas. Para Paulson y Haarman (1988) el concepto de estrés no está bien definido en la literatura psicológica sobre la esterilidad, por tal motivo, dichos autores lo toman dentro de este campo de estudio como "los factores emocionales o las respuestas emocionales que pueden acompañar las crisis o dificultades vitales" y comentan que todas las pacientes estériles experimentan estrés, siendo la cuestión más importante el grado que éste alcanza.

Para la mujer estéril, el tratamiento que enfrenta es un suceso vital que provoca gran estrés: adecuarse a un control de citas con el médico (que en sí mismas se consideran como sumamente estresantes), actos sexuales programados, tiempo fuera del trabajo y un alto costo económico conjuntamente con el temor y la ansiedad adicional que algunas personas experimentan ante intervenciones quirúrgicas, anestesia, pruebas de sangre, terapias hormonales, etc., adicionándose a esto, la frustración de la esperanza de alcanzar un bebé, si el tratamiento no tiene éxito.

Baram et al. (1988) encontró que las mujeres estériles, clasificaron el estrés provocado por su condición, en segundo lugar, sólo frente a aquél provocado por la muerte de un familiar o una disolución marital, y sugiere, que la exposición repetida al estrés de esta magnitud, puede tener efectos deletéreos en todas las áreas del bienestar personal. En un estudio realizado por van Balen (1996), las mujeres evaluaron la carga psicológica de sus tratamientos más pesada que la carga física, así también en el caso donde las mujeres en un principio estériles quedaron embarazadas, reportaron la experiencia del embarazo como más estresante en comparación con mujeres fértiles.

Robyn et al. (citado en: Harlow, 1996) encontró cantidades elevadas de prolactina serum en mujeres estériles, esta sustancia es un conocido marcador de estrés. La hiperprolactinemia afecta la secreción de gonadotropina (Moult et al., 1982; Sauder et al., 1984) o puede afectar directamente el ovario (McNatty et al., 1974; McNeilly et al., 1982). La secreción de glucocorticoides, el clásico mecanismo de respuesta adaptativa al estrés, puede también afectar la fertilidad (Peysner et al, 1973; Moberg, 1987) por acciones sobre la secreción de gonadotropina (Suter y Schwartz, 1985) o directamente sobre el ovario (Shoonmaker y Erickson, 1983; Harlow et al., 1987).

Hallazgos recientes reportados por Wright et al. (1989) y Schenker et al. (1992), muestran una interacción entre neurotransmisores y hormonas, dicha interacción provee un mecanismo por el cual el estrés psicológico puede interferir con la ovulación. Lo anterior muestra claramente una cadena de retroalimentación: la esterilidad provoca estrés, éste a su vez que eleva ciertos niveles de sustancias que decrementan la fertilidad, lo cual aumenta el estrés, y así puede continuar sucesiva e interminablemente.

Newton y Houle (1993), comentan que en las parejas que reciben un tratamiento permanente de esterilidad con intentos infructuosos para concebir, las presiones específicas debidas a esta infertilidad afectan en mayor medida a las mujeres que a los hombres. Las esposas reportaron estar más afectadas directamente por el estrés específico de la infertilidad, el cual parece tener especiales características para las mujeres, incluyendo efectos sobre su autoestima sexual, satisfacción sexual y sensación de control (Andrews et al., 1992; Berg et al., 1991; Ulbrich et al., 1990). Andrews et al. (1991), encontró que para las mujeres, el estrés que se deriva de los problemas de la esterilidad tienen efectos importantes sobre su sentido del yo, y efectos indirectos a través de un impacto negativo en su matrimonio en términos de un incremento de conflictos maritales, un decremento en la satisfacción sexual y una reducida frecuencia en las relaciones sexuales.

Además de los hallazgos relacionados con el estrés y la esterilidad, otros relacionados con condiciones vinculadas al fenómeno de la esterilidad son las reportadas por Golombok (1992) quien observó a la ansiedad como el principal problema psicológico enfrentado por la pareja estéril. Reading et al. (citado en: Harlow, 1996) encontró niveles altos (de momento) de ansiedad en mujeres a seis semanas de gestación, después de la concepción asistida en comparación con la concepción natural. En otro estudio (Pesh et al, en Harlow, 1993) se encontró que mujeres estériles con fase lútea insuficiente como causal de su esterilidad registraron más altos estados de ansiedad que las mujeres fértiles y más altos rasgos de ansiedad que mujeres estériles con otras causa como origen de su condición.

Delaisi de Parseval y Janaud (1985) encontraron que las mujeres estériles con frecuencia tienen un deseo muy fuerte por un hijo; en una gran proporción de esas mujeres este deseo tenía una cualidad obsesiva, lo cual puede obstaculizar el proceso de ajuste a la esterilidad en el caso de que ésta no sea reversible. Leiblum et al (1987) reportó que el 93% de la mujeres de su muestra que tuvieron un intento fallido de fertilización *in vitro*, indicaron que estarían dispuestas a participar en cualquier nuevo intento que pudiera incrementar la probabilidad de un embarazo biológico.

En un amplio estudio acerca del bienestar general que van Balen (1993) categorizó con siete parámetros específicos (depresión, ansiedad, hostilidad, culpa/vergüenza, quejas somáticas, autoestima y sexualidad), se encontró que las mujeres sin hijos de forma involuntaria, presentaban un bienestar mucho más bajo en comparación con la población de mujeres en general, además de esto, observó una conducta obsesiva en la lucha por conseguir un embarazo por parte de este tipo de pacientes, para lo cual Reading (1989) utilizó el término "visión de tunel" que describe la disposición de parejas estériles de participar o involucrarse en tratamientos para conseguir un embarazo, aún conociendo que la probabilidad de éxito es muy baja.

En lo que respecta al vínculo marital, Kraft y colaboradores (1980) encontraron que las parejas que poseen un sentido del yo positivo e integrado y una respuesta adaptativa manejaron su esterilidad a través de una tristeza, enojo y resignación adecuadas que con frecuencia resultaron en lazos maritales más fuertes y una mejor comunicación.

Por otra parte, Rosenthal (1993) establece, que muchos individuos afrontan muy bien su infertilidad mientras que otros tienen más dificultad para hacerlo. *Los tipos y estilos de afrontamiento* y los mecanismos de defensa utilizados pueden hacer una considerable diferencia. *Los estilos de personalidad*, son muy relevantes en cuanto a la forma en que uno puede manejar el sentido de pérdida y los sentimientos relacionados con la pérdida de control que la esterilidad puede engendrar. Por ejemplo una persona con una personalidad muy obsesiva, que valora el orden y el control, puede ver la infertilidad como un castigo mientras que una persona con un estilo de personalidad dramático, la puede ver como un ataque a su feminidad.

2.5.3 LA ESTERILIDAD COMO SUCESO VITAL

Los sucesos vitales son experiencias que crean una disfunción en las actividades habituales del individuo, causando un reajuste en el comportamiento del mismo. Los reajustes en el comportamiento consecuencia de estas disrupciones en la vida cotidiana, son percibidos como perturbadores, tanto física como psicológicamente (Ozámiz, 1992). La *esterilidad*, por las características que presenta puede ser considerada en sí misma como un *suceso o evento vital*.

Los eventos vitales pueden dividirse en tres áreas: 1) los que afectan la salud; 2) los domésticos, incluyendo la casa, la economía, conyuge e hijos y 3) otros que incluyen las amistades, las relaciones con el sexo opuesto, los incidentes en el trabajo, etc.

Brown y Harris (citado en Ozámiz, 1992) subrayan la importancia que sucesos vitales como la pérdida, el peligro, el desafío, la frustración de los objetivos, o los

conflictos de expresión, pueden tener, reflejándose en emociones sociales complejas. Las emociones de tristeza y ansiedad han sido distinguidas y relacionadas con las dos experiencias de pérdida y peligro, éstas a su vez, han sido relacionadas con el desarrollo de los trastornos de depresión clínica y trastornos de ansiedad- fobia, respectivamente. Estos mismos autores señalan que *una situación no deseada, incontrolable, impredecible, de gran magnitud y de gran prolongación en tiempo, es la que más influye en los problemas psicológicos*. Es la indeseabilidad y la magnitud del suceso lo que, junto con su cronificación, influye en el trastorno psicológico (op cit).

Lazarus (1986) señala que el impacto de los acontecimientos vitales va a estar determinado por la confluencia de factores tanto personales como situacionales, de los primeros se mencionan a la salud y energía, creencias positivas, habilidades sociales, apoyo social etc., como recursos para afrontar dichos acontecimientos, y de los últimos hace énfasis en: la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre, con referencia al tiempo toma como relevantes: la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal. Asimismo enfatiza la ambigüedad y la cronología de dichos eventos respecto al ciclo vital.

A través de los elementos, descritos hasta este momento, se puede constatar que la esterilidad es un fenómeno de amplias dimensiones, por lo cual, su investigación y análisis requieren ser realizados a la luz de todas las disciplinas inherentes al conocimiento científico de esta compleja condición humana, el vínculo de éstas permite una comprensión sistémica, que conduce a conclusiones congruentes con la realidad de quien la vive.

CAPITULO III

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

"Cuando tomé conciencia de mi esterilidad, la depresión se apoderó de mí. Se apoderó de mí por completo y no se lo dije a nadie, ni siquiera a mi marido. Tuve una crisis nerviosa, tuve un amante, porque pensé que acaso podría tener hijos con otro hombre. También me hice adicta a la marihuana. Mi vida se volvió un infierno".

*Carol.**

Después de haber presentado anteriormente un panorama general de los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de los fenómenos de la reproducción y la esterilidad, es importante, para los fines del presente estudio, analizar los conceptos básicos de los trastornos psicológicos denominados Ansiedad y Depresión.

3.1 CONCEPTUALIZACION DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es un componente que está presente en muchos trastornos de la conducta. Sin embargo, el área de la ansiedad y sus alteraciones nucleares no está bien delimitada todavía. Se trata de un conjunto de trastornos con gran prevalencia y notable repercusión clínica en diversas áreas de la salud, pero sin una definición suficientemente precisa y sin una acotación de límites adecuada (Echeburúa y Paz, 1990).

La función de ansiedad defensiva instantánea ante el peligro, ejerce una función protectora en las diferentes especies y ha salvaguardado a la humanidad durante miles de años. Desde una perspectiva ontogenética, los miedos comunes son una adquisición biológica temprana destinada a preservar

a la infancia de posibles daños (Echeburúa y Paz, 1990). Evaluada desde un contexto etológico y evolutivo, la ansiedad es una reacción, adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo así al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de lucha y de huida (Klein y cols., 1984). En sentido genérico, la ansiedad constituye una emoción o afecto, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza a la identidad del Yo -donde la amenaza puede ser interpretada como tal por el sujeto- (Vallejo, 1985).

“La ansiedad consiste por tanto en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva caracterizada por estados de alerta y activación generalizado”. (Vallejo, 1985).

Ahora bien, las manifestaciones ansiosas se hallan descritas ya por Hipócrates con el término de “histeria”, posterior a estas ideas, se encuentran descripciones del mismo fenómeno, pero no de forma sistematizada.

Es hasta es siglo XIX que Morel, identifica en una clasificación a las “fobias y otras neurosis”. Beard (1868) utiliza por primera vez el término neurastenia, reconociendo hasta cincuenta síntomas distintos, integrantes del síndrome que engloba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos.

Benedikt (1870) describe un cuadro agorafóbico, y posteriormente Westphal (1871), describe también tres casos de agorafobia, la cual define como “miedo a la imposibilidad de no encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista en múltiples situaciones.

En 1896, Kraepelin clasifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales, la XI denomina como “neurosis psicógenas”. Esta

a la infancia de posibles daños (Echeburúa y Paz, 1990). Evaluada desde un contexto etológico y evolutivo, la ansiedad es una reacción, adaptativa de urgencia ante una situación inmediata de peligro, permitiendo así al organismo aumentar sus probabilidades de supervivencia a través de conductas de lucha y de huida (Klein y cols., 1984). En sentido genérico, la ansiedad constituye una emoción o afecto, caracterizada por un estado de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza a la identidad del Yo -donde la amenaza puede ser interpretada como tal por el sujeto- (Vallejo, 1985).

"La ansiedad consiste por tanto en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva caracterizada por estados de alerta y activación generalizado". (Vallejo, 1985).

Ahora bien, las manifestaciones ansiosas se hallan descritas ya por Hipócrates con el término de "histeria", posterior a estas ideas, se encuentran descripciones del mismo fenómeno, pero no de forma sistematizada.

Es hasta el siglo XIX que Morel, identifica en una clasificación a las "fobias y otras neurosis". Beard (1868) utiliza por primera vez el término neurastenia, reconociendo hasta cincuenta síntomas distintos, integrantes del síndrome que engloba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos.

Benedikt (1870) describe un cuadro agorafóbico, y posteriormente Westphal (1871), describe también tres casos de agorafobia, la cual define como "miedo a la imposibilidad de no encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista en múltiples situaciones.

En 1896, Kraepelin clasifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, de las cuales, la XI denomina como "neurosis psicógenas". Esta

clasificación se considera como las primeras aproximaciones a la clasificación de los trastornos ansiosos y otros trastornos menores en psiquiatría (Jablensky, 1985).

De igual forma que muchos trastornos cuya etiología es diversa, ya que entraña componentes biológicos, existenciales e incluso etológicos, la ansiedad, a través de la historia y como producto del interés científico por tratar de explicarla de forma acertada y objetiva, ha sido abordada desde diferentes perspectivas que, han permitido en la actualidad su comprensión en base a los modelos que estas escuelas desarrollaron y aún permanecen vigentes.

Desde una perspectiva psicodinámica, Freud define nosológicamente la "neurosis de ansiedad", desprendiéndola del concepto más amplio de "neurastenia", con una categoría de síndrome. Su interpretación inicial fue de índole fisiogena, ya que consideró la angustia como un producto de directo de la libido o impulso sexual no suficientemente satisfecho a través de una actividad sexual normal.

En 1926, en el libro "Inhibición, síntoma y angustia" establece su propuesta definitiva en la que, a diferencia de la anterior, no es la represión del impulso lo que conduce a la represión del instinto. La ansiedad según esta reorientación freudiana representa una señal de alarma que surge ante un estímulo pulsional, generado por impulsos agresivos o sexuales inaceptables. Las situaciones de separación de la figura materna, y sobre todo, el nacimiento, son consideradas por Freud como paradigma de la angustia traumática, pero sin elevar a éste, a la categoría de causa nuclear única de la neurosis. Desde esta nueva posición, la ansiedad es concebida no como un proceso fisiogeno, sino más bien, psicológico, como una señal que aparece ante peligros y amenazas, y que es central en el conflicto psíquico y en el origen de las defensas psicológicas (Nemiah, 1987).

La teoría del aprendizaje postula que la ansiedad está condicionada por el miedo a estímulos ambientales específicos. La formulación de Watson y Rayner (1920), respecto del condicionamiento clásico, identifica la ansiedad con respuestas condicionadas (RC) provocadas por estímulos condicionados (EC) que en el pasado estuvieron temporoespacialmente asociados con hechos o estímulos traumáticos incondicionados (EI).

Para Eysenck (1959), los síntomas neuróticos son patrones aprendidos de conducta, por procesos de condicionamiento clásico pavloviano de la misma naturaleza que los que generan la conducta normal.

Ullman y Krasner (1965) completan el punto de vista conductista planteando que el mantenimiento de la conducta patológica es debido a la conducta neurótica, que produce un refuerzo inmediato, ya que reduce transitoriamente la ansiedad.

Las teorías cognitivas de la ansiedad ponen énfasis en la importancia de los mecanismos cognitivos en la etiopatogenia de la ansiedad.

De esta manera, para Lazarus y Averill (1972), la ansiedad es una emoción basada en la valoración del temor, que vincula elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos, y son precisamente los mecanismos cognitivos que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional, los que permiten distinguir la ansiedad de otras emociones afines. La estimación o valoración del temor estará supeditada a dos clases de variedades: situacionales y disposicionales.

Para Epstein (1972), la ansiedad es un estado desagradable de excitación difusa, que sigue a la percepción de amenaza y, establece tres condiciones

básicas para la aparición de estados de ansiedad: hiperestimulación primaria, incongruencia cognitiva y respuesta desajustada.

Beck (1972), pone de relieve la importancia de la interacción entre los factores cognitivos y la ansiedad en el desarrollo de síntomas psicofisiológicos (psicosomáticos). Concede gran importancia en la génesis y mantenimiento de estos trastornos a la continua interacción, con la creación subsiguiente de círculos viciosos, entre la cognición, la ansiedad y los síntomas físicos, sin olvidar el papel que la predisposición pueda desempeñar en la aparición del trastorno.

Por su parte Spielberg, (1972) se refiere a la ansiedad, o más específicamente al estado de ansiedad (ansiedad-estado), como una reacción emocional compleja que es evocada en aquellos sujetos que interpretan situaciones concretas como personalmente amenazantes. La intensidad y duración de tal estado estará determinado por la cantidad y la persistencia de la interpretación cognitiva de la situación como peligrosa. Hace gran hincapié en la diferencia que existe entre la ansiedad como un estado emocional (ansiedad-estado), fluctuante en el tiempo y vivido con aprensión, tensión y aumento de la actividad vegetativa, y la tendencia o rasgo de ansiedad (ansiedad-rasgo) relativamente estable y definido en términos de diferencias individuales. En función de estas dos facetas de ansiedad, Spielberg (1966) elaboró la teoría de la ansiedad rasgo-estado que resumida, es la siguiente: a) En situaciones que el sujeto interpreta como amenazantes se produce un estado de angustia. A través de los mecanismos de retroacción sensoriales y cognitivos, esta situación se vivencia como desagradable; b) La intensidad de la reacción será proporcional a la intensidad de temor que la situación crea en el sujeto; c) La duración de tal reacción de ansiedad dependerá de la persistencia del sujeto en interpretar tal situación como amenazante; d) Los sujetos con alta tendencia a la ansiedad como rasgo, percibirán las mismas

situaciones como más amenazantes que los que tienen bajo nivel de ansiedad basal; e) Incrementos en el estado ansioso tienen propiedades de estímulos e impulsos que pueden ser expresados directamente en conductas o servir para iniciar defensas psicológicas que reduzcan el gradiente de angustia; f) Situaciones estresantes pueden desarrollar respuestas específicas o mecanismos de defensa cuya misión es reducir la ansiedad.

Por otra parte, dentro de las teorías biológicas que hacen recaer el peso etiopatogénico en la disfunción de las estructuras nerviosas que regulan la afectividad, Vallejo y Díez (1990), manifiestan que la ansiedad como trastorno patológico se relaciona con un aumento del metabolismo central de noradrenalina, que se traduce en una elevación en suero y orina de los niveles del propio neurotransmisor y de su metabolito. Mientras que para Pitts y McClure (1967), la causa de las crisis de ansiedad sería el descenso de calcio ionizado sérico, ya que la administración del carbonato cálcico junto con lactato, reduce la gravedad de la crisis así como su duración.

Otros mecanismos patogénicos postulados son: alteración de los quimiorreceptores respiratorios (Carr y Sheeman, 1984; Bass y Gardner, 1988) alteración del locus coeruleus (Redmond, 1979) y alteración de los receptores adrenérgicos (Charney y Heninger, 1985; Charney y cols., 1987).

3.2 CLASIFICACION DE LA ANSIEDAD

May (1950), señala que las reacciones de ansiedad son normales cuando éstas sirven para una situación determinada y esencialmente sus efectos no causan desorganización ni malas adaptaciones. *La ansiedad normal* cumple funciones útiles, pues incrementa la prontitud de la respuesta de una persona para la acción inmediata y vigorosa o permite el disfrute de algo placentero ya que generalmente es la raíz de la risa y el gozo. La persona moderadamente ansiosa, está más preparada para enfrentarse a situaciones que requieren cautela y sensibilidad y se observa mayor resistencia durante situaciones de emergencia (Cameron, 1982).

Las ventajas de la ansiedad moderada desaparecen cuando la tensión emocional es demasiado intensa, cuando dura mucho tiempo o cuando sirve de base a gran parte de la conducta, siendo considerada en estos niveles como *ansiedad neurótica*. May (1950) señala que la intensidad de la reacción es una distinción importante entre ambos tipos de ansiedad. Se puede alcanzar un grado en el cual la tensión y la ansiedad limitan la capacidad de percepción de una persona, perturba su pensamiento y restringe la libertad de acción, al grado de que las actividades rutinarias provocan ansiedad y estrés y las satisfacciones de la vida se ven disminuidas.

La *ansiedad patológica* en los adultos se considera cuando nada parece justificarla, cuando es muy intensa, se observa una disminución injustificada de la misma, tiene una duración muy extensa o da lugar a maniobras defensivas que interfieren en la calidad de vida de una persona, Spielberg (1979) resume este tipo de ansiedad como una respuesta inadecuada a un estímulo dado, ya sea en dimensión de la intensidad o duración.

Echeburúa (1992) establece que la *ansiedad patológica* puede manifestarse de tres formas diferentes: a) de una forma brusca y episódica, en forma de crisis (trastorno de pánico); b) de una forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada), y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). En otros casos puede ser experimentada cuando el sujeto intenta controlar los síntomas (trastornos fóbicos) o cuando se siente atrapado por ideas recurrentes y/o rituales (Trastorno obsesivo compulsivo) (Galletero y Guimón, 1989).

En el caso de la *ansiedad patológica*, la mayoría de los sistemas clasificatorios fundamentan la división del trastorno, en base a criterios clínicos, etiológicos y de respuesta terapéutica.

Siguiendo esta línea, el DSM-III-R (1987) establece la *clasificación de los trastornos de ansiedad* de la siguiente forma:

- Trastornos de pánico sin agorafobia.
- Trastornos de ansiedad generalizada.
- Trastornos de pánico con agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
- Fobia social.
- Fobia simple.
- Trastorno obsesivo compulsivo.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno de personalidad por evitación.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso.

Otra forma de clasificación de la ansiedad, es la reportada por Gastó (1990), que establece las categorías de *ansiedad primaria* y *ansiedad secundaria*.

Las diferencias psicopatológicas entre ambas, se refieren a que la primera, surge de forma espontánea y constituye una entidad clínica específica, mientras que la segunda, se deriva de estados morbosos de naturaleza diversa, aunque puede adquirir una forma similar a la primaria.

Sheehan (1982) ha propuesto la distinción *angustia endógena* y *angustia exógena*, que en parte se imbrica con la separación normal patológica. En la *angustia endógena*, los síntomas ofrecen un carácter súbito, paroxístico, inexplicable, sin relación aparente para el sujeto que la sufre con las situaciones ambientales. Espontáneamente tiende a evolucionar hacia el incremento de la frecuencia y gravedad de los síntomas y es considerada como trastorno de base metabólica, determinada genéticamente. Generalmente requiere tratamiento farmacológico. La *ansiedad exógena* está relacionada con el estrés. Generalmente responde al tratamiento psicológico, en su evolución no se registran ataques espontáneos de angustia y es menos común el desarrollo de conducta de evitación fóbica y cuando surge suele tratarse de una fobia concreta.

El trastorno de ansiedad posee componentes psicológicos, conductuales y fisiológicos, esto indica que durante su desarrollo pueden diferenciarse manifestaciones o síntomas específicos de estos componentes, independientemente de la posible etiología del trastorno.

Dentro de las *manifestaciones psicológicas*, Fernández y Orduña (1995), reportan que la experiencia subjetiva de la ansiedad es descrita en forma diferente por distintos individuos, pero su característica esencial es la anticipación simbólica de algún peligro. Ayuso (1988) comenta que subjetivamente, la angustia o ansiedad es vivenciada como una emoción de tonalidad displacentera, sin causa y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad

de que ocurra algo grave: morirse, volverse loco o realizar un acto incontrolable. A veces, cuando la angustia es muy intensa, se acompaña de despersonalización y desrealización. En la despersonalización hay un sentimiento de extrañeza referido al yo. En la desrealización el mundo exterior es percibido como si no tuviera vida, como si no fuera real. Frecuentemente todas las funciones psíquicas están perturbadas. La atención se hace dispersa, la memoria es pobre y el pensamiento se lentifica, llegando incluso a bloquearse o desorganizarse. También, Spielberg (1979) reportó la presencia de estados de incertidumbre, temor y preocupación.

Las *manifestaciones conductuales* se refieren a algunos rasgos conductuales que se observan y hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad aunque no exista una comunicación verbal con la persona: inquietud motora. La persona ansiosa está inquieta, no logra mantenerse en la misma posición largo tiempo, se frota las manos, muerde sus uñas o labios y en ocasiones presenta tics o movimientos estereotipados, se vuelve hiperalerta, aunque también es posible que pueda permanecer rígida o inmóvil y con incapacidad para hablar. Es factible que la persona presente verborrea o irritabilidad que se manifiesta por una reducción a la tolerancia de estímulos. En ocasiones los estímulos visuales o acústicos, que en situaciones normales se toleran en esta condición se vuelven intolerables (Fernández y Orduña, 1995). Es común la excesiva dependencia, buscando seguridad y comprensión en otras personas. Muy raramente aparecen conductas agresivas como acceso de cólera (Ayuso, 1988).

Desde el *punto de vista fisiológico*, el estado de alertización del organismo ansioso implica una activación a nivel de sistema nervioso central de los mecanismos de control córtico-subcortical y, a nivel periférico, una incrementada actividad del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino constituido por el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal. Esta activación puede

constatarse por la presencia de reacciones corporales y somáticas que se observan durante este estado, pudiendo presentarse de manera moderada o intensa:

- 1) Respiración excesiva.
- 2) Hiperactividad de las glándulas sudoríparas
- 3) Tensión músculo-esquelética, cefalalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- 4) Respiración suspirante, sensación de ahogo.
- 5) Síndrome de hiperventilación, vértigo, parestesias.
- 6) Trastornos funcionales gastrointestinales, dolor abdominal, anorexia, náuseas, sequedad bucal, distensión, diarrea, constipación, sensación de vacío en el estómago.
- 7) Irritabilidad cardiovascular, hipertensión sistólica pasajera.
- 8) Disfunción genito-urinaria, frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico y trastorno del ciclo menstrual en las mujeres.

Tomando como base el modelo cibernético establecido por Monserrat (1990), Vallejo y Díez (1990) proponen a *nivel cognitivo* la existencia de mecanismos generadores de angustia, de los cuales, el primero es descrito como una instauración de la ansiedad, a partir de las presiones del mundo externo. Esto indica que los estímulos reales amenazantes, pueden generar en el sujeto normal reacciones ansiosas. Una segunda vía de acceso a la angustia

es la que viene propiciada por una deficiente estructuración de los patrones del mundo externo. En este caso, la disarmonía se produce a partir de un análisis distorsionado de la realidad externa cuando ésta se coteja con puntos de referencia o patrones erróneos.

Otro mecanismo generador de ansiedad se refiere al hecho de que en ocasiones son determinadas estructuras las que al enfermar (trastornos tiroideos, feocromocitoma, etc.) generan ansiedad, dentro del contexto general del cuadro clínico, o también la presencia de deficiencias físicas, sobretodo si son crónicas y de inicio infantil (diabetes, cardiopatías, parálisis, etc.) generan en el sujeto una pobre imagen de sí mismo y una visión amenazante del mundo externo, repercutiendo en el *plano afectivo*. Finalmente se establece como generador de ansiedad, la distorsión de la representación que un sujeto tiene de las señales de su cuerpo. Esto se traduce en una ansiedad provocada por una valoración poco adecuada de dichas señales, ya que cualquier pequeña disarmonía la interpreta como un estímulo con una enorme carga de peligro potencial.

Por lo anteriormente descrito, la ansiedad se observa como un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, ya sea física, psicológica o ambas. Es muy probable que en una persona no neurótica cumpla un papel biológicamente útil, ya que permite, frente a una amenaza poner en marcha conductas adaptativas de diverso orden (huida, defensa, inhibición, ataque, etc.). En caso, de que la ansiedad proceda de anomalías internas, indicadas por una regulación patológica de mecanismos biológicos o por alteraciones neuróticas del individuo, puede convertirse en un fenómeno disregulador en sí mismo, dejando de cumplir con su función de alarma psicobiológica adaptativa, dando lugar a conflictos psicológicos, trastornos fisiológicos o desadaptación social.

3.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DEPRESION

Se le reconoce al filósofo griego Hipócrates, como el primero en hacer una descripción de la depresión, al reconocer un síndrome al que denominó melancolía y del cual creyó su origen por un predominio en la persona de la bilis negra. Posteriormente Aristóteles propuso escuchar música como terapia para este trastorno.

A través de la historia se observa que este fenómeno continuó llamando la atención de filósofos y médicos antiguos, tratando de dar explicaciones sobre su origen, y terapéutica adecuada.

En 1621, Burton escribió "La anatomía de la melancolía" y en su descripción de este trastorno lo reporta como una enfermedad de la cabeza o la mente, provocada por la hechicería, vejez, mala nutrición, herencia, miedo, cólera, tristeza, culpa, envidia, malicia, ambición, codicia, etc.

Pinel (1848) separó los estudios psicóticos en melancolías, manías y demencias, y defiende una posición intelectual del trastorno melancólico, conceptualizándolo como una alienación mental.

Kahlbaum (1868) introdujo el término de ciclotimia para describir un síndrome de ciclos alternantes de estados de ánimo, periodos de tristeza y periodos de regocijo y alegría.

A fines del siglo pasado, Kraepelin (1896) definió algunos de los síndromes psiquiátricos, de acuerdo a los signos que presentaban. Estableció la diferencia entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Sus clasificaciones permanecen vigentes hasta

las aportaciones de Leonard (1957), al diferenciar trastornos endógenos de bipolares y unipolares.

En la actualidad la depresión es un trastorno que posee un alto índice de prevalencia en la población a nivel mundial, y en algún momento dado, de esta parte de la población afectada, un 2-3% tiene el riesgo de ser hospitalizada por algún trastorno relacionado, directa o indirectamente con la depresión (Goodwin y Jamison, 1984).

La importancia de la depresión se ha destacado de tal forma que se le considera no sólo como el problema más frecuente en el campo de la salud, sino aún, como uno de los problemas que más trastornos acarrea a la humanidad (Calderón, 1985).

En los ochentas, los grandes avances en la categorización de los signos y los síntomas de la depresión, han provisto las bases de diagnósticos más rigurosos, acerca de los desórdenes depresivos. Este desarrollo ha sido acompañado por un amplio número de estudios que investigan una variedad de aspectos psicológicos y biológicos de la depresión (Ader, 1991).

En líneas generales, *el síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida del interés, pasividad, dependencia, indolencia, apatía, reducción de la capacidad intelectual lógica y analógica, pérdida de los cuidados corporales y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas. Se acompaña de ciertos rasgos psicósomáticos como inapetencia o exceso de apetito (generalmente obesidad), perturbaciones en la digestión, disminución del deseo sexual, manifestación de conductas adictivas, cefaleas y frecuentes perturbaciones del sueño (insomnio o hipersomnia) (Burin, 1990).*

Por su carácter multifacético, la depresión justifica la gran variedad de modelos existentes para su explicación. El hecho de que ningún modelo resulte mejor que los demás, permite la permanencia de una gran cantidad de datos derivados de dichos modelos, que nutren y amplían la comprensión y el conocimiento de las causas y el tratamiento de este trastorno.

Entre los modelos vigentes para la explicación de la depresión se encuentran: los psicodinámicos, los psicológicos y de aprendizaje y los bioquímicos/biológicos (Kendall, 1988).

Los modelos psicodinámicos se apoyan en los conflictos psíquicos internos para explicar la depresión (Abraham, 1911; Freud, 1917; Rado, 1928). Uno de sus postulados dice que la persona deprimida padece una "ira interiorizada"; es decir, un deseo de castigarse emocionalmente a sí mismo en vez de expresar libremente el enojo hacia otros. Otra explicación que este modelo establece se refiere a las necesidades de dependencia no cubiertas durante la niñez. Una persona que no recibe suficiente atención siendo niño, desarrolla la idea de no merecer afecto siendo adulto. Jacobsen (1971) y Mendelson (1974) argumentan que esas disposiciones se combinan con las pérdidas personales, por ejemplo el fallecimiento de un ser querido, o con la crítica repetida, para dar lugar a la depresión.

Freud (1917) distingue como trastornos depresivos dos síndromes específicos: el duelo y la melancolía. Del duelo comenta que es una reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc., siendo ésta una reacción normal, no lo considera un estado patológico que amerite un tratamiento, ya que supone que al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo.

La melancolía la caracteriza psíquicamente, como un estado de ánimo profundamente doloroso, con un cese del interés hacia el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Traduciéndose esta última en reproches y acusaciones que el paciente se hace a sí mismo y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Freud indica que el cuadro sintomático es similar en ambos trastornos, a excepción que en el duelo no se observa la disminución del amor propio.

La melancolía es en opinión de Freud, la verdadera depresión. Siendo sus características principales:

- Extraordinaria disminución del amor propio.
- Implicación del Yo en la reacción ante la pérdida de objeto.
- Autocrítica pública de su yo sin ningún pudor, lo que le diferencia del remordimiento normal.
- Pérdida de la autoestima.
- La libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la relación entre narcisismo y depresión) (Kendall, 1988).

Aunque los estudios de evaluación directa del modelo dinámico son casi inexistentes, los estudios de las personas deprimidas han indicado conceptos de sí mismo más malos que los que se observan en otros grupos psiquiátricos (Flippo y Lewinsohn, 1971). La importancia de la ira en la depresión también ha sido apoyada en estudios como los de Schless, Mendels, Kipperman y Cochrave (1974). Spitz (1949) y Bowlby (1969) encontraron manifestaciones de depresión en los niños, después de una separación prolongada de sus madres. Suomi, Harlow y Domek (1970) reportaron que este mismo fenómeno ocurre con los simios pequeños.

Dentro de los *modelos psicológicos y de aprendizaje*, las teorías predominantes son: la teoría cognoscitiva de la depresión de Beck (1967; 1974), La teoría de la importancia de los bajos índices del reforzamiento dependiente de la respuesta de Levinsohn (1974) y la teoría de impotencia aprendida de Selligman (1974; 1975).

La teoría de Beck (1967; 1974), describe un "conjunto cognoscitivo" depresivo como aspecto central de la depresión. Beck argumenta que ese conjunto cognoscitivo tiene tres partes: la primera es un concepto negativo de sí mismo, la segunda es un concepto negativo del mundo y la tercera es un concepto negativo del futuro (Triada cognitiva de la depresión; Beck, 1976). Lo anterior implica, que para la persona deprimida, el concepto de sí mismo es malo, el mundo es desagradable y el futuro es sombrío. Cuando les ocurren ciertas cosas a la mayoría de las personas, no se sienten deprimidas, pero cuando esas mismas cosas le ocurren a una persona que ve a través de un conjunto cognoscitivo depresivo, todo lo que le ocurre comprueba su falta de valor personal (Distorsiones cognitivas; Beck, Rush, Shaw, Emery; 1979). Así pues, se puede decir que es la evaluación cognoscitiva que la persona hace del acontecimiento, la que da lugar a la depresión resultante.

Algunos hallazgos encontrados por Actemberg y Lowlis (1979) apoyan esta teoría. Ellos condujeron una serie de estudios en donde encontraron que las creencias y actitudes de las personas afectan su estado de ánimo y a su vez deprimen su sistema inmunológico, de la misma forma Smith (1987), encontró una correlación significativa entre la depresión y pensamientos de muerte con la severidad de enfermedades cardíacas y posterior mortalidad.

Las teorías conductuales de Levinsohn (1974; 1975) remarcan el efecto deprimente que el escaso índice de reforzamiento positivo dependiente de la respuesta produce en una persona. Levinsohn (op cit.) comenta que la

depresión sobreviene cuando una persona se comporta de tal manera que dicho comportamiento rara vez da lugar a consecuencias positivas. De la poca recompensa resulta una actividad reducida, la que a su vez disminuye todavía más la cantidad de reforzamiento positivo. Este bajo índice de reforzamiento puede producirse por diversas razones: la persona puede encontrar que pocos acontecimientos son reforzadores, puede no interesarse en acontecimientos que serían reforzadores, o puede no realizar las acciones necesarias para obtener reforzamiento.

Seligman (1974; 1975), también ofrece una explicación conductual acerca de la depresión, y sugiere que ésta es el resultado de experiencias anteriores con condiciones aversivas incontrolables (Overmier y Seligman, 1967; Seligman, 1975). Para esta teoría, la persona "impotente" ha aprendido que las respuestas y sus resultados son independientes, por lo tanto, las acciones dirigidas hacia una meta son inútiles. De esta manera, las experiencias de impotencia de una persona, la enseñan a que no es posible controlar su vida, y esto les produce una manera de vivir apática y deprimida.

El *modelo bioquímico* establece que como todos los neurotransmisores y las hormonas son un sustrato permanente para el funcionamiento del sistema Nervioso Central, se deduce que toda conducta está relacionada con estas sustancias. Existen dos grandes hipótesis en torno a la explicación acerca de los cambios bioquímicos de las catecolaminas y la serotonina y su relación con la depresión:

- a) *Hipótesis Catecolaminérgica*. Sostiene que en ciertas depresiones hay déficit de catecolaminas (en concreto, noradrenalina, -NA-) en determinadas regiones cerebrales. Tal déficit, sin embargo, no es constante en todos los tipos de depresión, ni aparece con la misma intensidad. Gran parte de la investigación se ha dirigido a detectar posibles diferencias en el

metabolismo de las catecolaminas en los diferentes subtipos de depresión (Schildkraut, 1978). Esta y otras investigaciones (Crow, 1972; Beskow, 1976; Stille, 1977; Tenerius, 1977) conducen a formular las hipótesis de que las depresiones -o al menos cierto tipo de depresiones- consisten en una disminución de las sustancias dopaminérgicas, que afectan principalmente a los circuitos de recompensa, de quienes depende el procesamiento de gran parte de la información con significación positiva para el sujeto, lo que podría explicar los déficits que caracterizan el comportamiento depresivo.

b) *Hipótesis Indolaminérgica.* Sostiene que en ciertos depresivos hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina (5-HT) cerebral. Apoyando esta hipótesis, Murphy (1978), encontró en los enfermos depresivos una reducción de hasta el 30% del metabolito principal de la serotonina y Asberg (1976) encontró correlaciones positivas entre la frecuencia de los intentos de suicidio y la disminución de la tasa del metabolito principal de la serotonina.

Algunos investigadores han propuesto que estos déficits de neurotransmisores no son causa única de la depresión, mas bien se combinan con los factores psicológicos para producirla (Akiskal y MacKinney, 1979).

3.4 CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Calderón (1985) comenta que el síndrome depresivo siempre ha sido objeto de múltiples investigaciones y controversias, estableciéndose con frecuencia una diferencia entre las formas *reactivas* y *endógenas*, siendo Moebius quien introdujo por primera vez esta dicotomía en 1893. Cuando los factores determinantes como causa de la depresión, son psicológicos o ambientales, la depresión es llamada exógena o reactiva. cuando no hay factores desencadenantes evidentes, se considera como depresión de tipo endógeno.

Otra distinción propuesta para subclasificar la depresión se refiere a la presencia o ausencia de una historia clínica anterior de trastornos psicológicos. En esta categoría se emplearon los términos *depresión primaria* y *secundaria*, siendo la primaria, aquella que designa a las personas que no tienen antecedentes de trastornos psicológicos, mientras que la secundaria describe a aquellas que han padecido otros trastornos (Robins y Guze, 1972; Winokur, 1972; 1973).

La clasificación entre *depresión psicótica* y *depresión neurótica* ha sido determinada por Rott (1972). Este investigador clasifica a los depresivos endógenos como aquellas personas que tienen una personalidad premórbida adecuada, ausencia general de factores psicogenéticos desencadenantes, tristeza profunda y persistente, pérdida de peso, variaciones diurnas (empeoramiento matutino) y estacionales del humor, fases depresivas anteriores, inhibición psicomotriz e ideas delirantes de ruina, culpa o hipocondriasis, curso fásico, pronóstico favorable y respuesta satisfactoria a las terapéuticas biológicas (antidepresivos). Por el contrario, el síndrome depresivo neurótico se caracteriza por rasgos neuróticos de personalidad, presencia de desencadenantes o psicogenia, ansiedad, agravación por la tarde, variaciones anárquicas que pueden oscilar de un día a otro, curso prolongado

no estacional, pronóstico mas favorable y respuesta más pobre a la terapéutica depresiva , y más sensible a la psicoterapia (Vallejo, 1990).

Existe también una distinción entre *depresión bipolar y unipolar*. Conforme al DSM-III, se hacen diagnósticos diferentes, dependiendo de la presencia o ausencia de episodios maníacos con depresión intermitente. Si la persona padece estados maníacos que están hasta cierto punto entremezclados con episodios depresivos, se considera que la persona es depresiva bipolar. Cuando no se observan indicaciones de estados maníacos anteriores, se considera que es unipolar (Kendall, 1988).

De esta manera la clasificación dada por la Asociación Americana de Psiquiatría divide los *trastornos depresivos* de la siguiente manera:

I. Trastorno Bipolar:

- Mixto
- Maníaco
- Depresivo
- Ciclotimia
- Trastorno bipolar no especificado

II. Trastornos Depresivos:

- Depresión mayor: episodio único y recurrente
- Distimia (Neurosis depresiva)
- Trastorno depresivo no especificado

Clinicamente, las diferencias son poco notables, aunque se ha señalado mayor ansiedad y quejas somáticas en las unipolares frente a las bipolares, que

muestran más trastornos psicomotores, especialmente inhibición y mayor riesgo de suicidio (Vallejo, 1990).

Calderón (1985) comenta que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes, esto es que no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, más bien, es el resultado de una complementación del estado constitucional del sujeto y factores medioambientales desencadenantes. Sin embargo, con fines didácticos divide las causas de la depresión en *genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales*.

Para este autor, las causas *genéticas* son las de mayor importancia en las depresiones psicóticas, y comenta que se han presentado pruebas en favor de la teoría de una vulnerabilidad específica a la psicosis maníaco-depresiva. Kallman (1950) reporta datos que ligan la transmisión del trastorno por medio de un gen dominante.

Sobre las causas *psicológicas*, comenta que pueden incidir en cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica, puesto que en casi todas las neurosis, los factores emocionales son determinantes, ya que desde los primeros años de vida, determinan rasgos de personalidad, aprendidos de la estrecha relación y dependencia del infante con la familia. Es por ello la importancia de analizar la neurosis de una persona atendiendo las problemáticas no resueltas presentadas en la niñez, pues éstas van a determinar personalidades deficientemente estructuradas. Aunado a esto, el autor refiere la importancia capital del concepto de pérdida en la depresión. La pérdida puede ser algo reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la estima, o ser inminente y amenazadora, como la pérdida de la juventud, el trabajo, la pareja o un ser querido, la capacidad sexual, etc. Lo que realmente importa, no son los hechos,

sino la actitud de la persona frente a ellos. Siendo la pérdida en la etapa de desarrollo infantil la que más podría relacionarse con la psicopatología de la vida adulta. Sin embargo las situaciones de pérdida durante la adolescencia y la adultez, también traen consigo alteraciones neuróticas importantes, siendo en estos casos la intensidad de la respuesta y la duración del cuadro depresivo, lo que permita considerarlo como un estado afectivo normal o un trastorno psicológico mayor.

Acerca de las causas *ecológicas*, Calderón comenta que éstas son debidas a las alteraciones que el mismo ser humano ha provocado en su medio ambiente, desequilibrando la naturaleza, la vida tranquila y saludable por satisfacciones aparentemente importantes para él. El desarrollo tecnológico proporcionó al individuo el bienestar buscado, pero al mismo tiempo trajo consigo consecuencias negativas, como son: el crecimiento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción exagerada de sustancias contaminantes y de desecho, generando con todo esto, un deterioro severo del medio ambiente y un desequilibrio ecológico que afecta de manera directa la calidad de vida de las personas debido a su constante exposición a estímulos adversos que lo cual provoca una constante tensión, angustia e inseguridad que dañan directamente la salud física y emocional de los individuos.

Las *causas sociales* están muy ligadas con las ecológicas, ya que el ritmo acelerado que se vive hoy día va minando las relaciones personales y afectivas que brindan soporte y bienestar a todos los individuos, sin excepción. Al carecer, distorsionar o perder estos lazos de afecto, el individuo manifiesta alteraciones físicas y psicológicas como reacción a estas carencias, de hecho, existe una fuerte evidencia científica del enlace que existe entre las relaciones interpersonales y la salud (House, Landis y Umberson, 1988). los datos que obtuvieron son bastante confiables y sugieren que esta relación no sólo es

ESTA FESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

correlativa sino de hecho causal. Levy, Heberman, Lippman y D'Angelo (1987) encontraron una conexión entre la función inmune, depresión y pérdida del apoyo social en pacientes con cáncer mamario. Los resultados reportan una disminución del 30% de la actividad de células protectoras en personas que manifestaron fatiga crónica, depresión y pérdida de apoyo social.

Estos estudios han mostrado que sujetos sometidos a un estrés mayor presentan altos niveles de depresión y una pobre función inmune. Trabajos que siguen esta línea de investigación sugieren que una de las consecuencias más comunes provocadas por eventos estresantes de la vida (duelo, divorcio, etc.), es el incremento de ansiedad y depresión.

Frente a todos los datos previamente revisados, se puede establecer que el ser humano es un organismo que funciona a través de varios sistemas altamente diferenciados pero que a su vez están intrínsecamente ligados para un funcionamiento óptimo: sistema nervioso central, sistema inmunitario, sistema neuroendocrino, sistema gastrointestinal, etc. (Benson, 1980), todos estos sistemas están integrados gracias a extensas conexiones ascendiendo y descendiendo entre sí, es por ello que las reacciones a estresores, estados afectivos y desórdenes como la depresión y estados de ansiedad excesiva, no pueden ser explicados únicamente como fenómenos de carácter intrapsíquico, deben ser analizados desde un contexto integrador del funcionamiento humano donde la presencia de cualquier alteración sea visto con influencias recíprocas de la fisiología, la psicología y los aspectos socioculturales.

METODO DE INVESTIGACION

Tipo de investigación:

Se realizó una investigación aplicada, de campo.

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de ansiedad y depresión con el periodo de evolución de esterilidad, en las mujeres que acuden a la Clínica de Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología?

Variables:

Variable Independiente: Tiempo de evolución de esterilidad.

Definición Conceptual: Incapacidad temporal o definitiva de una mujer para concebir después de un tiempo determinado (1 a 2 años) de relaciones sexuales, sin el empleo determinado de algún método de control natal.

Definición Operacional: Número de años de esterilidad:

- G1: Tiempo de evolución corto (2 a 4 años).
- G2: Tiempo de evolución medio (5 a 7 años).
- G3: Tiempo de evolución largo (8 años ó más).

Variable Dependiente 1: Ansiedad.

Definición Conceptual: "Trastorno emocional que se manifiesta principalmente por: falta de aliento (disnea) o sensaciones de ahogo, mareo, sensación de inestabilidad, de pérdida de conciencia, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), temblor o sacudidas, sudoración, sofocación molestias abdominales, parestesias, escalofríos, miedos a morir o

perder el control", (DSM III-R, 1988), manifestado al momento de la aplicación del instrumento de medición.

Definición Operacional: Condición clínica obtenida por medio de la escala 7-Pt (Psicastenia), que consta de 48 frases del Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI (Hataway y McKliney, 1950)-, en los niveles:

nula: (22-30 puntos).

leve: (31-41 puntos).

moderada:(42-45puntos).

severa: (46 o más puntos).

Variable Dependiente 2: Depresión.

Defición Conceptual: "Trastorno emocional relacionado con una distorsión cognitiva que se manifiesta principalmente por: pesimismo, tristeza profunda, abatimiento, insatisfacción, falta de concentración, alteraciones del peso y el sueño, alteración o enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio" (DSM-III-R, 1988), manifestado al momento de la aplicación del instrumento de medición.

Definición Operacional: Condición clínica obtenida por medio de la escala 2-D (Depresión) que consta de 60 frases del Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI (Hataway y Mckliney, 1950), en los niveles:

nula: (17-24 puntos).

leve: (25-29 puntos).

moderada: (30-35 puntos).

severa: (36 o más puntos).

Variables Sociodemográficas y clínicas:

Edad: Número de años de vida al momento de la aplicación de los instrumentos.

Escolaridad: Años de estudio hasta el momento de la aplicación de los instrumentos.

Hijos vivos: Número de hijos vivos.

Estado civil: Convenio en el cual se encuentra unida la pareja: casados, unión libre.

Ocupación: Si la mujer se dedica sólo al trabajo de la casa o también desempeña un trabajo fuera del hogar conyugal.

Causa de esterilidad: Conocida o sin causa aparente.

Hipótesis General:

Los niveles de ansiedad disminuyen y los de depresión se incrementan, en la medida que aumenta el tiempo de evolución de esterilidad de las mujeres (corto, medio y largo) que acuden a la Clínica de Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología.

Hipótesis Específicas:

1. No se postulan a este nivel hipótesis en tanto se desconoce el comportamiento de las variables sociodemográficas y clínicas respecto a la ansiedad y la depresión en mujeres estériles con distintos periodos de evolución de esterilidad.

Sujetos:

Fueron 157 sujetos de sexo femenino con edades comprendidas en el intervalo de 25 a 40 años, con una escolaridad mínima de primaria y que acuden a la Clínica de Reproducción Asistida del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Muestra:

Las mujeres fueron seleccionadas con base en un muestreo no aleatorio de tipo intencional, ya que las participantes debieron contar con los atributos requeridos para la investigación: tener una historia mínima de 2 años de esterilidad y estar inscritas en alguno de los programas de la Clínica de Reproducción Asistida del INPer.

Diseño:

Por las características del estudio, se utilizó un diseño de tres muestras independientes que permitió observar las diferencias existentes en los grupos.

Instrumentos:*Ficha de identificación:*

En ésta se recopilaron los datos referentes a historia ginecológica, obstétrica y variables sociodemográficas de las mujeres en estudio. (anexo 1)

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI):

Este inventario fué diseñado por Hataway y Mckliney (1950), consta de 566 frases autoafirmativas, de tipo dicotómico de autoreporte, agrupadas en diez escalas clínicas (1 Hipocondriasis (Hs), 2 Depresión (D), 3 Histeria (H), 4 Desviación Psicopática (Dp), 5 Masculinidad-Feminidad (Mf), 6 Paranoia (Pa), 7 Psicastenia (Pt), 8 Esquizofrenia (Es), 9 Manía (Ma), 0 Introversión Social (Is)), y 3 escalas de validez (Escala L: Nivel de credibilidad y franqueza; Escala K: Tendencia a contestar reactivos que presenten una una imagen favorable de sí mismo; Escala F: Alteración o falta de comprensión de los reactivos).

Las escalas del MMPI, cuidadosamente construidas y comprobadas mediante validez cruzada (Hataway y Mckliney, 1943), constituyen un medio adecuado para conocer el status de la personalidad, el ajuste emocional y la adaptación individual y social de jóvenes y adultos. De igual manera se ha corroborado que utilizando este instrumento para la investigación de condiciones específicas, provee información valida e independiente en cada escala.

Los estudios de confiabilidad y validez realizados por los autores (1942-1944) muestran lo siguiente: Coeficientes de confiabilidad de 6 de las escalas clínicas: 1-Hs: 0.8, 2-D: 0.77, 3-Hi: 0.57, 4-Dp: 0.71, 7-Pt:0.74, 9-Ma: 0.76. En cuanto a la validez, se ha encontrado que una puntuación alta en una escala, predice positivamente el diagnóstico final correspondiente estimado en más de un 60% de casos psiquiátricos. (anexo 2)

La calificación del instrumento se realiza con la ayuda de 13 plantilla, una para cada escala. Primero se obtiene una sumatoria de los reactivos codificados, lo cual resulta en un puntaje independiente para cada escala. Si se utiliza la hoja de perfil de personalidad se vacían dichos puntajes naturales a la hoja gráfica de percentiles haciendo la corrección correspondiente de las fracciones K, lo cual conduce a la obtención de un polígono representativo del perfil de personalidad. Ahora bien, si las escalas se

utilizan de manera independiente, se sigue el primer paso ya descrito y posterior a esto, se comparan los puntajes naturales obtenidos con las tablas de puntajes estandarizados para identificar el nivel clínico registrado en cada una.

Procedimiento:

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología en un horario de 9:00 a 14:00 hrs., dentro de un cubículo de paredes de cristal, con luz fluorescente en cantidad adecuada y donde se encuentra el siguiente mobiliario: un escritorio en escuadra, 3 sillas, y dos mesabancos.

La aplicación se realizó de manera individual ya que las pacientes acudían a la evaluación por medio de una cita previamente otorgada. El momento de la aplicación de los instrumentos fue previo a cualquier tipo de intervención quirúrgica relacionada con los procedimientos de reproducción asistida, ya que éstos provocan por sí mismos alteraciones en el estado de ánimo de las mujeres en estudio.

Antes de contestar los instrumentos las pacientes eran informadas del objetivo de la evaluación, así como de que la información recabada sería utilizada con fines estadísticos y de investigación. Una vez establecido lo anterior, se procedió a reunir los datos requeridos en la ficha de identificación y dar las instrucciones para responder adecuadamente el inventario.

Análisis estadístico:

El proceso estadístico para las variables en estudio se realizó con estadística de tipo no paramétrica, ya que las características de la muestra no se adecúan a los requisitos para el uso de pruebas paramétricas. En la variable independiente *Tiempo de evolución de esterilidad* con las escalas del instrumento se implementó un análisis de varianza (Kruskall-Wallis). En el análisis de las variables sociodemográficas *Causa de esterilidad y*

Ocupación, se utilizó un análisis de comparación de medianas y con la variable *Número de hijos vivos*, se implementó también un análisis de varianza no paramétrico (Kruskal-Wallis).

En un momento posterior a los primeros resultados de la investigación se realizó un procedimiento de cruce estadístico de dos variables (cruce 1: ocupación y causa de esterilidad, cruce 2: tiempo de evolución y ocupación, cruce 3: tiempo de evolución y tipo de esterilidad) con el objetivo de observar si al vincular dichas variables con el instrumento se encontraban diferencias adicionales al fenómeno estudiado.

En el caso de la escolaridad, se utilizó un análisis de correlación (Spearman) de esta variable con las escalas del inventario.

RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFÍAS Y CLÍNICAS

En la tabla 1 se muestran los promedios y las desviaciones estándar de las variables sociodemográficas edad y escolaridad de cada uno de los grupos estudiados.

Variable	G1	G2	G3
Edad	media: 32.4	32	33.1
	des. est: 3.511	3.657	2.983
Escolaridad	media: 13.4	12.1	11.3
	des. est: 3.687	2.846	3.531

Tabla 1.- Edad y Escolaridad por grupo.

La tabla 2 contiene las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas ocupación, estado civil, número de matrimonios.

Variables	G1		G2		G3	
	Frec:	%	Frec:	%	Frec:	%
Ocupación:						
Hogar	12	38.7	36	76.6	58	72.5
Trabajan	19	61.3	11	23.4	22	27.5

Tabla 2.- Frecuencias y porcentajes de Ocupación, Estado civil y N° de Matrimonios.

Variables	G1		G2		G3	
	Frec:	%	Frec:	%	Frec:	%
Estado civil						
Casada	29	93.5	44	93.6	72	90
Unión libre	2	6.5	3	6.4	8	10
N. de matrimonios						
1 Matrimonio	27	87.1	44	93.6	76	95.5
2 Matrimonios	4	12.9	3	6.4	4	5

Tabla 2.- Frecuencias y porcentajes de estado civil y N° de matrimonios (continuación)

La tabla 3 contiene las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y clínicas Número de hijos vivos, Tipo de esterilidad y Etiología de la esterilidad.

Variable	G1		G2		G3	
	Frec:	%	Frec:	%	Frec:	%
Nº de hijos:						
Ningún hijo	25	80.6	44	93.6	73	91.3
Un hijo	6	19.4	2	4.3	6	7.5
Dos hijos	0	0	1	2.1	1	1.3
Tipo de est:						
Primaria	13	41.9	34	73.3	53	66.3
Secundaria	18	58.1	13	27.7	27	33.7
Etiología de la Est:						
Conocida	23	74.2	40	85.1	59	73.7
Sin causa aparente	8	25.8	7	19.9	21	26.3

Tabla 3.- Frecuencias y porcentajes de Número de hijos, Tipo de esterilidad y Etiología de la esterilidad.

Las características sociodemográficas y clínicas de esta muestra son homogéneas, con excepción de las variables ocupación (chi cuadrada= 14.2018, $p=0.0008$), tipo de esterilidad (Chi cuadrada= 7.9923, $p=0.0184$) y escolaridad (Chi cuadrada= 8.4518, $p= 0.0146$), que mostraron diferencias con un análisis de varianza Kruskal-Wallis. Estos hallazgos motivaron un análisis posterior de estas variables con las escalas del instrumento, para verificar su influencia en el comportamiento de los grupos estudiados.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA.
(MMPI)

En lo que respecta al Inventario Multifasico De La Personalidad Minessota (MMPI), un análisis de varianza no paramétrico (Kruskal-Wallis) mostró diferencias significativas entre los grupos estudiados, en la escala 2-D (Depresión), donde el rango promedio del grupo 1 fue de 77.8710, del grupo 2 fue de 66.9787 y del grupo 3 fue de 87.4875. (F: 6.02399, p= 0.0491934). (Figura 1)

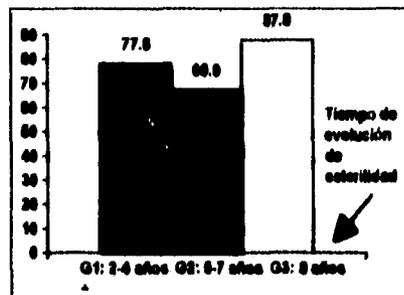


Figura 1.- Promedio de rangos de Depresión en los grupos.

Con el propósito de identificar diferencias de personalidad con otras variables sociodemográficas y clínicas se emplearon éstas como variables independientes. De este modo, empleando la prueba de la mediana, la variable *causa de esterilidad* permitió identificar diferencias significativas en los grupos estudiados¹ (G1: mujeres que conocen la causa de su esterilidad y G2: mujeres con esterilidad sin causa aparente), dentro de las escalas K (de validez) (Chi cuadrada= 4.1596, p= 0.0416), Es (Esquizofrenia) (Chi cuadrada= 4.1192, p= 0.0424), Ma (Mania) (Chi cuadrada= 4.1546, p= 0.0458) y Pt (Psicostenia) (Chi

¹ En este análisis, por los dos niveles de la variable Causa de esterilidad, se reorganizó la muestra en 2 grupos: G1: Mujeres que conocen la causa de su esterilidad y G2: Mujeres diagnosticadas con esterilidad sin causa aparente

cuadrada= 3.9280, $p= 0.04993$). Las figuras 2, 3, 4 y 5 muestran los porcentajes de pacientes por grupo que calificaron por arriba de la mediana en cada una de las escalas antes mencionadas.

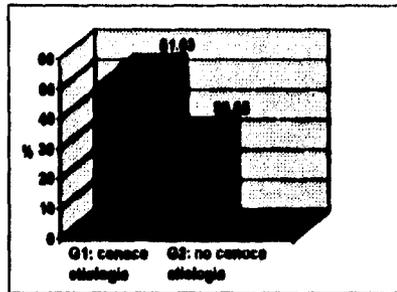


Figura 2.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala K (de validez) en cada uno de los grupos.

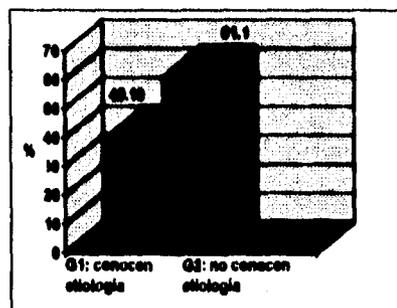


Figura 3.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala Es (Esquizofrenia) en cada uno de los grupos.

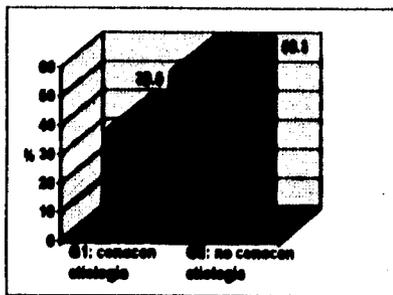


Figura 4.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala Ma (Mania) por grupo comparativo.

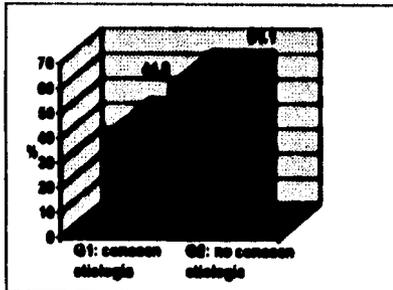


Figura 5.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala Pt (Psicastenia) por grupo comparativo.

En el caso de la variable *número de hijos vivos*, se encontraron diferencias significativas en los grupos estudiados² empleando un análisis de varianza no paramétrico (Kruskal-Wallis), en la escala Dp (Desviación Psicopática). El grupo 1 (mujeres sin hijos) obtuvo un rango promedio de 76.82, el grupo 2 (mujeres con un hijo vivo) obtuvo un rango promedio de 109.50, y el grupo 3 (mujeres con 2 hijos vivos) obtuvo un rango promedio de 59.75 ($F= 6.92376$, $p= 0.03137$). (Figura 6)

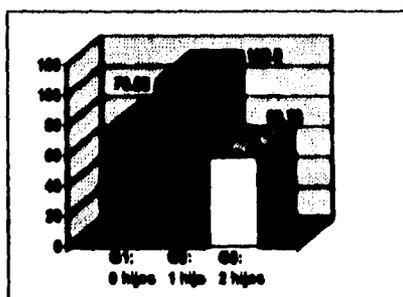


Figura 6.- Rangos obtenidos de la escala Dp (Desviación psicopática) en los grupos.

En la variable *ocupación*, se encontraron diferencias significativas en los grupos estudiados³ (G1: amas de casa, G2: trabajan fuera de casa), en la escala Es (Esquizofrenia) ($\chi^2 = 5.4630$, $p= 0.0194$) y en la escala Pt (Psicastenia) ($\chi^2 = 6.5309$, $p= 0.0106$). Las figuras 7 y 8 muestran los porcentajes de pacientes por grupo, que calificaron por arriba de la mediana en las dos escalas antes mencionadas.

² En este análisis estadístico, por los tres niveles de la variable Número de hijos vivos, se reorganizó la muestra en 3 grupos: G1: 142 sujetos, G2: 14 sujetos y G3: 2 sujetos.

³ En este análisis estadístico, debido a los dos niveles de la variable Ocupación, se reorganizó la muestra en 2 grupos: G1: 106 sujetos y G2: 52 sujetos.

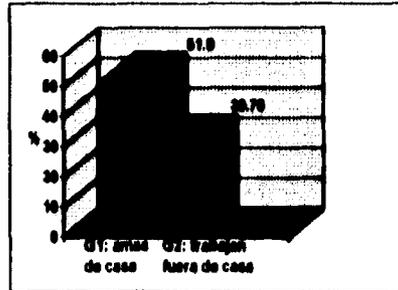


Figura 7.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala Es (Esquizofrenia) de los grupos.

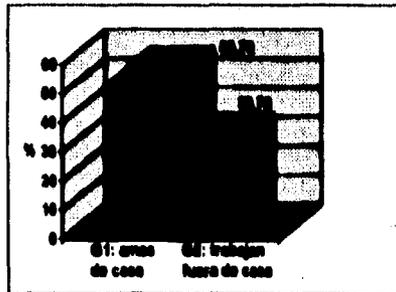


Figura 8.- Porcentajes de sujetos por arriba de la mediana en la escala Pt (Psicastenia) de los grupos.

Ahora bien, el cruce de las variables sociodemográficas Ocupación y Causa de esterilidad, permitió identificar diferencias significativas por medio de un análisis de varianza Kruskal-Wallis en la variable Escolaridad (Chi cuadrada= 29.7805, $p= 0.000$) y las escalas F (de validez) (Chi cuadrada= 11.8850, $p= 0.0078$) y Es (Esquizofrenia) (Chi cuadrada= 14.0356, $p= 0.0029$). (Figuras 9,10 y 11 respectivamente). La siguiente matriz describe el cruce de las variables antes mencionadas.

Ocupación

Etiología	Amas de casa	Mujeres que trabajan
Conocen la causa de su esterilidad.	G1: Amas de casa que conocen la causa de su esterilidad.	G2: Mujeres que trabajan y conocen causa de su esterilidad.
No conocen la causa de su esterilidad.	G3: Amas de casa que no conocen causa de su esterilidad	G4: Mujeres que trabajan y no conocen causa de su esterilidad.

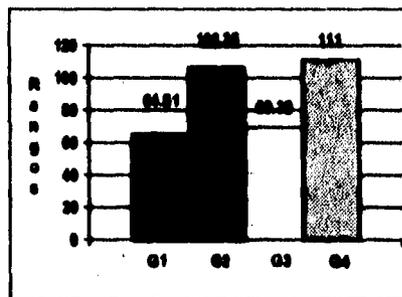


Figura 9.- Rangos de escolaridad en los grupos estudiados.

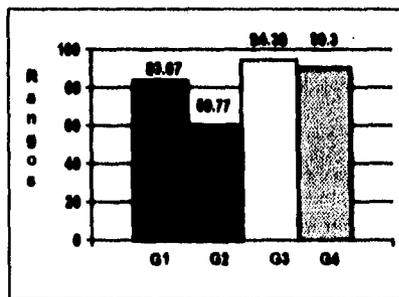


Figura 10.- Rangos en la escala F (de validez) en los grupos estudiados.

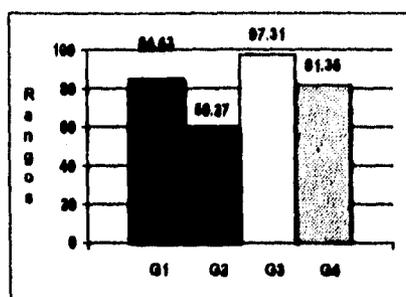


Figura 11.- Rangos en la escala Es (Esquizofrenia) en los grupos estudiados.

Con el cruce de las variables Tiempo de evolución y ocupación también se observaron diferencias significativas aplicando la misma prueba estadística (Kruskal-Wallis) en las escalas Pt (Psicastenia) (Chi cuadrada= 12.0313, $p= 0.0344$) y Es (Esquizofrenia) (Chi cuadrada= 12.8469, $p= 0.0249$) (Figura 12 y 13 respectivamente). La siguiente matriz describe el cruce de las variables antes mencionadas.

Tiempo de evolución de esterilidad.

Ocupación	Corto: 2-4 años.	Medio: 5-7 años.	Largo: 8 ó más años.
Amas de casa	G1: Amas de casa con un periodo corto de ev. de esterilidad.	G2: Amas de casa con un periodo medio de ev. de esterilidad.	G3: Amas de casa con un periodo largo de ev. de esterilidad.
Mujeres que trabajan	G4: Mujeres que trabajan y tienen un periodo corto de evolución de esterilidad.	G5: Mujeres que trabajan y tienen un periodo medio de evolución de esterilidad.	G6: Mujeres que trabajan y tienen un periodo largo de evolución de esterilidad.

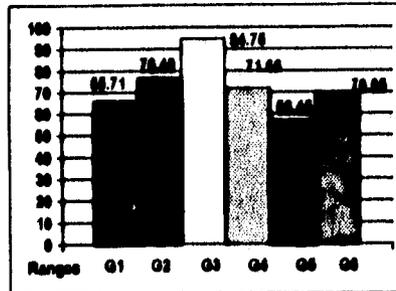


Figura 12.- Rangos de la escala Pt (Psicosis) en los grupos estudiados

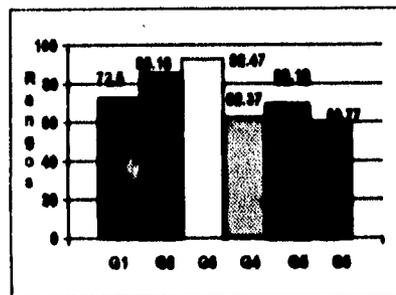


Figura 13.- Rangos en la escala Es (Esquizofrenia) en los grupos estudiados.

Con el cruce de las variables Tiempo de evolución y Tipo de esterilidad se observaron diferencias significativas aplicando la misma prueba estadística (Kruskal-Wallis) en la escala Ma (Mania) (Chi cuadrada= 19.7220, $p=0.0018$). (Figura 14). La siguiente matriz describe el cruce de las variables antes mencionadas:

Tiempo de evolución de esterilidad.

Tipo de esterilidad	Corto: 2-4 años.	Medio: 5-7 años.	Largo: 8 o más años
Primaria	G1: Mujeres con un periodo corto de esterilidad de tipo primaria	G2: Mujeres con un periodo medio de esterilidad de tipo primaria	G3: Mujeres con un periodo largo de esterilidad de tipo primaria
Secundaria	G4: Mujeres con un periodo corto de esterilidad de tipo secundaria	G5: Mujeres con un periodo medio de esterilidad de tipo secundaria	G6: Mujeres con un periodo largo de esterilidad de tipo secundaria

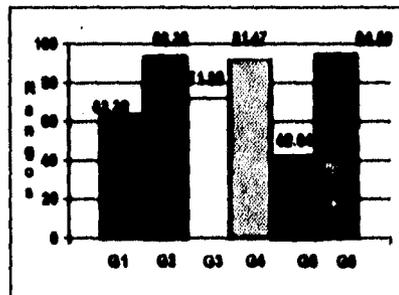


Figura 14.- Rangos de la escala Ma (Mania) en los grupos estudiados.

La tabla 4 contiene las escalas F (de validez) (-0.3134, $p= 0.000$), K (de validez) (0.1786, $p= 0.012$), D2 (Depresión) (-0.1892, $p= 0.009$), Mf (Masculinidad-feminidad) (0.1554, $p= 0.026$), Pa (Paranoia) (-0.1601, $p= 0.022$), Pt (Psicastenia) (-0.2060, $p= 0.005$), Es (Esquizofrenia) (-0.2971, $p= 0.000$) y Is (Introversión social) (-0.2664, $p= 0.000$) que la prueba de correlación de

Spearman mostró como significativas al analizarlas con la variable sociodemográfica Escolaridad. (Tabla 4)

ESCOLARIDAD		
Escalas	Coefficiente de Correlación Spearman	Significancia P<0.05
F	-0.3134	0.000
K	0.1783	0.012
D2	-0.1892	0.009
Mf	0.1554	0.026
Pa	-0.1601	0.022
Pt	-0.2060	0.005
Es	-0.2971	0.000
Is	-0.2664	0.000

Tabla 4.- Coeficientes de correlación y niveles de significancia de la variable sociodemográfica escolaridad con las escalas significativas resultantes.

DISCUSSION

Este estudio examinó los niveles de Ansiedad y Depresión así como otras características psicológicas mencionadas anteriormente en tres grupos de mujeres estériles, el primero con un periodo corto de evolución de esterilidad (2-4 años), el segundo con un periodo medio de evolución de esterilidad (5-7 años) y el tercero con un periodo largo de evolución de esterilidad (8 años o más). La hipótesis general se acepta parcialmente, ya que por una parte se encontró que efectivamente existen mayores niveles de depresión en las mujeres con un periodo de evolución de esterilidad largo y, por la otra, no se encontraron diferencias significativas respecto a la disminución de los niveles de ansiedad, por influencia del tiempo de evolución. Las diferencias encontradas en base a la V.I. tiempo de evolución sólo fueron en la escala 2-D (Depresión) del instrumento utilizado (MMPI) y no mostraron un comportamiento directamente proporcional.

1. Se encontraron diferencias significativas en la escala 2-D (Depresión) de las mujeres que tienen distintos periodos de evolución de esterilidad (corto, medio y largo), observándose mayor índice de depresión en el grupo 3.
2. Se encontraron diferencias significativas en las escalas 7-Pt (Psicastenia) y 8-Es (Esquizofrenia) entre el grupo de mujeres que trabajan sólo en su casa y el grupo de mujeres que también trabajan fuera de casa, siendo estas últimas las que registran menores índices en dichas escalas.
3. Se encontraron diferencias significativas en la escala 4-Dp (Desviación psicopática) entre el grupo de mujeres que tienen al menos un hijo vivo y el grupo de mujeres que no tienen algún hijo vivo, siendo estas últimas las que registran un mayor índice en esta escala.
4. Se encontraron diferencias significativas en las escalas K (de validez), 7-Pt (Psicastenia), 8-Es (Esquizofrenia) y 9-Ma (Mania) entre el grupo de mujeres

que conocen la causa de su esterilidad y el grupo de mujeres donde no existe causa aparente de su esterilidad, siendo estas últimas las que presentan menores índices en la escala K (de validez) y mayores índices en las escalas 7-Pt (Psicastenia), 8-Es (Esquizofrenia) y 9-Ma (Mania).

Dado que se observaron diferencias en las variables sociodemográficas, éstas se tomaron como variables independientes, y se realizó un procedimiento de cruce de variables que arrojó los siguientes resultados.

1. Se encontraron diferencias significativas en las escalas F (de validez) y 8-Es (Esquizofrenia) entre el grupo de mujeres que trabajan y conocen la causa de su esterilidad y el grupo de mujeres que sólo son amas de casa y no conocen la causa de su esterilidad, siendo estas últimas las que registran mayores rangos en ambas escalas.
2. Se encontraron diferencias significativas en la escala 7-Pt (Psicastenia) entre el grupo de mujeres que trabajan y tienen un periodo medio de evolución de esterilidad y el grupo de mujeres que son amas de casa con un periodo largo de evolución de esterilidad, siendo estas últimas las que registraron rangos mayores en esta escala.
3. Se encontraron diferencias significativas en la escala 8-Es (Esquizofrenia) entre el grupo de mujeres que trabajan y tienen un periodo corto de evolución de esterilidad y el grupo de mujeres que son amas de casa y tienen un periodo largo de evolución de esterilidad, siendo estas últimas las que registraron rangos mayores en esta escala.
4. Se encontraron diferencias significativas en la escala 9-Ma (Mania) entre el grupo de mujeres con un periodo medio de esterilidad de tipo secundaria y el grupo de mujeres con un periodo largo de evolución de esterilidad de tipo

secundaria, siendo estas últimas las que registraron rangos mayores en esta escala.

A partir de estos hallazgos, se identificaron una serie de condiciones psicológicas que presentaron las mujeres de este estudio.

Como se había mencionado con anterioridad, los puntajes en la escala Depresión no mostraron un comportamiento lineal, en forma ascendente, primero se encuentra el grupo 2 (rango: 66.9), después se encuentra el grupo 1 (rango: 77.8) y finalmente con el puntaje más alto el grupo 3 (rango: 87.8). Esto indica que el grupo que presenta un nivel más bajo de depresión es el G2 y aquel que presenta un nivel más alto es el G3, quedando con un nivel intermedio el G1. Esto es que las mujeres bajo la condición de esterilidad presentan síntomas depresivos, aunque estos no se manifiesten en forma progresiva de acuerdo al tiempo de evolución de la misma.

Resultados similares fueron reportados por Berg y Wilson (1991), quienes en un estudio sobre estrés en la esterilidad encontraron una relación curvilínea en lugar de una lineal entre el estrés psicológico y el tiempo de evolución de la esterilidad. Reportaron que el estrés psicológico fue elevado durante el primer año de tratamiento, regresando a la normalidad al segundo, pero incrementándose significativamente otra vez durante el tercer año de tratamiento.

El fenómeno reportado en estas investigaciones es descrito por Hunt (1993) como un proceso en el cual, al principio de la esterilidad, se presenta cierta inquietud por la incapacidad para concebir, posteriormente se observa un fenómeno de adaptación a la condición, durante este periodo la mujer busca satisfacciones en otras áreas de su vida como mujer adulta joven (por ejemplo, trabajo, pareja, formación escolar, etc.) pero más tarde le embarga un

sentimiento de pérdida y desesperación, o bien puede surgir una depresión severa debido al conocimiento de que entre más pasa el tiempo, el reloj biológico va limitando cada vez más sus posibilidades de concebir.

Este estudio confirma los hallazgos de Hammer (1993) , quien establece que la depresión y la ansiedad son los dos trastornos psicológicos más comunes en la población que experimenta esterilidad, especialmente en mujeres.

Con relación a lo anterior, se ha sugerido (Cochrane y Sobol, 1980) que la depresión en algunas ocasiones no es una respuesta patológica ante un estrés insostenible, sino una reacción adaptativa positiva ante el estrés, utilizada cuando no se puede recurrir a otro tipo de respuestas o cuando ya se han puesto en práctica y han fallado.

Cochrane (1983) ha sugerido que la depresión puede también entenderse como una respuesta positiva de afrontamiento en determinadas circunstancias. La perspectiva generalmente aceptada (Lazarus, 1966; Brown y Harris, 1973) mantiene que la depresión se desarrolla cuando los recursos de afrontamiento de los que dispone una persona se agotan ante la presencia continuada de tensiones y conflictos.

El tiempo de evolución determinó otra diferencia significativa en la escala 9-Ma (Manía) al asociarse con la variable clínica tipo de esterilidad. Esto conduce a suponer que las mujeres de esta muestra sabiendo que han concebido pero no son capaces de llevar el producto a término, y entre más transcurre el tiempo en condición de estériles, son más proclives a experimentar alteraciones en el estado de ánimo relacionadas con condiciones de manía.

Otro hallazgo importante de esta investigación, se relaciona con la ocupación de las mujeres de esta muestra, el grupo que contiene a las mujeres que sólo se dedican a las labores del hogar registraron puntuaciones más altas en las escalas 7-Pt (Psicastenia) y 8-Es (Esquizofrenia), en comparación con el grupo de mujeres que también realizan un trabajo fuera de casa. A este respecto, Brown y Harris (1976) identificaron que el tener un empleo remunerado funciona como una protección contra los efectos del estrés provocado por las actividades domésticas cotidianas, y reduce casi a la mitad las depresiones entre las mujeres que habían vivido un acontecimiento doloroso. De igual forma observaron un aislamiento social casi completo en aquellas mujeres con hijos pequeños dedicadas exclusivamente a las tareas implícitas en su rol de crianza. Burin (1990) comenta que el hecho de trabajar fuera de casa, aleja a las mujeres de las rutinas de las labores domésticas, de la condición de aislamiento y de la dedicación exclusiva a los niños, considerados todos ellos factores depresógenos. Una de las consecuencias principales de tener un puesto de trabajo, aún cuando intrínsecamente no sea muy gratificador, es que impone una serie de contactos sociales y facilita el surgimiento de relaciones emocionales de menor intensidad, pero útiles para enfrentar al estrés (Cobb, 1976; Sarason y Sarason, 1985). De esta manera, Schaefer, Coyne y Lazarus, (1982) establecen que los recursos sociales representan la red social del individuo y sus sistemas de apoyo social, de los que puede obtener información, asistencia tangible y apoyo emocional. De acuerdo a lo anterior y en base a los resultados de este estudio, puede observarse que la carencia de un empleo, afecta a las mujeres de esta muestra, traduciéndose en un malestar psicológico de ansiedad y pensamientos fantasiosos que pueden ser una manera de afrontar los acontecimientos estresantes, sin llegar a ser considerados de carácter patológico.

Así mismo se observó un puntaje más alto en la escala Dp (Desviación psicopática) en el grupo de mujeres que en la actualidad tenían ya un hijo vivo,

siguiéndole en puntaje el grupo que no tiene hijos y registrando el puntaje más bajo, el grupo de mujeres con dos hijos vivos. Este resultado al inicio sorprendente, es posible de entender a la luz de los hallazgos de Gater y otros (1989) que han demostrado que tener un hijo es un importante factor predictivo del aumento del riesgo de sufrir trastornos emocionales, básicamente depresiones, entre las mujeres; lo que no han podido determinar es si este fenómeno se debe a un condicionamiento biológico o es el resultado de las circunstancias sociales de la maternidad. Gater (1989) comenta que tener un hijo provoca habitualmente un cambio considerable en el estilo de vida de la mujer, un cambio más profundo y con mayores repercusiones que el que experimentan los padres, ya que las mujeres suelen ser las que asumen las responsabilidades primordiales relativas a la mayoría de los aspectos relacionados con el cuidado del hijo. Aunado a lo anterior, Burin (1990) comenta que la inhibición de la hostilidad -considerada como indeseable en una madre de niños pequeños-, constituye uno de los factores depresógenos fundamentales para las mujeres.

Rosenthal (1993), aún establece que el deseo de embarazarse no es necesariamente lo mismo que el querer un hijo. Una mujer puede tratar de conseguir un embarazo para asegurarse de que ella misma y su cuerpo están funcionando apropiadamente y que sus órganos reproductivos son adecuados y funcionales. El deseo de un hijo biológico puede ser una respuesta a presiones parentales, sociales o culturales. Puede llenar la necesidad de transmitir la herencia genética de uno mismo o ser una vía de adquirir inmortalidad. Un embarazo puede ser una forma de preservar o enriquecer una relación o puede ser visto como la reposición a una pérdida tal como la muerte de un padre o una persona cercana.

Aceptando lo establecido anteriormente, la condición de tener un hijo, por sí misma, es causa de ajustes importantes en el estilo de vida de las

mujeres, estos cambios y readaptaciones permanentes pueden ser alteraciones positivas o negativas de acuerdo con las condiciones en las cuales se presente la llegada del hijo (deseo de su llegada, no esperado en ese momento, no deseado o enormemente deseado y esperado). Los hallazgos de la presente investigación causan sorpresa ya que podrían reflejar que el significado de tener un hijo está más vinculado con una reconfirmación -en el caso específico de las mujeres con un hijo vivo- de la capacidad reproductiva, que con un deseo altruista de ejercer la reproducción y la maternidad.

El conocer o no la causa que origina la esterilidad jugó un papel determinante en este estudio. El grupo de mujeres que conocen la causa de su esterilidad registraron un puntaje mayor en la escala de validez K en comparación con el grupo de mujeres diagnosticadas con esterilidad sin causa aparente, por otra parte en las escalas clínicas 7-Pt (Ansiedad), 8-Es (Esquizofrenia) y 9-Ma (Manía), este último grupo registró puntajes más altos en comparación con el grupo que sí conoce la causa de su esterilidad. De acuerdo a estos resultados se puede establecer que la incertidumbre del origen de la esterilidad es trascendental para el surgimiento de alteraciones psicológicas importantes.

Una explicación a estos hallazgos, es a través de la propuesta de Lazarus y Folkman (1991), que establecen la existencia de características específicas en los acontecimientos que hacen que estos sean estresantes: La novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre; con referencia al tiempo: la inminencia, duración e incertidumbre temporal y finalmente la ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo vital. De acuerdo a los hallazgos obtenidos en diferentes estudios, se puede establecer que dentro del fenómeno de la esterilidad se pueden contemplar todas aquellas características que estos investigadores han identificado como los componentes básicos para que un evento sea altamente estresante.

De éstas, la incertidumbre es propuesta como una de las más estresantes, siendo un obstáculo adaptativo mayor. Una de las razones más importantes por las que la incertidumbre de un evento puede resultar estresante, es que tiene un efecto inmovilizador sobre las estrategias de afrontamiento anticipadas a la aparición del mismo. Por ejemplo, una de las tareas adaptativas para afrontar la enfermedad o las incapacidades físicas, es el conocimiento y la aflicción por tales pérdidas (Mages y Mendelsohn, 1979; Moos y Tsu, 1977), al mismo tiempo, los nuevos procedimientos médicos dan esperanza a los pacientes; por tanto estos deben prepararse para la pérdida permanente de una función mientras, por otro lado, mantienen la esperanza de que tal función podrá ser establecida o recuperada. Bajo estas condiciones, son difíciles ambas formas de acción. Otro factor que dificulta muchas veces la preparación, cuando no la hace imposible, es la confusión mental que puede resultar después de haber considerado una posibilidad y posteriormente otra.

Ahora bien, al unir la ocupación con la causa de esterilidad y posteriormente con el tiempo de evolución de la misma, se encontraron diferencias que apoyan los resultados arriba descritos acerca de la influencia de la ocupación como una variable aislada, es decir, al vincular la ocupación con las variables que directamente están inmersas en el fenómeno de la esterilidad (en este caso, conocer o no la causa y tiempo de evolución) es posible apreciar, en base a los resultados obtenidos, como, para las mujeres estériles, el tener un trabajo fuera de casa funciona como un modulador que amortigua las situaciones estresantes que la esterilidad y sus tratamientos traen consigo.

El último hallazgo significativo de este estudio se refiere a la escolaridad de las mujeres. Se observó como el nivel de escolaridad está relacionado con los puntajes obtenidos en las escalas clínicas (2-D (Depresión), 5-Mf (Masculinidad-feminidad), 6-Pa (Paranoia), 7-Pt (Psicastenia), 8-Es

(Esquizofrenia) e 0-Is (Introversión social)) y de validez (F y K) del instrumento; de hecho, se denota como entre mayor es el número de años de estudio académico de las mujeres, sus puntajes registran codificaciones bajas. Burin (1990) comenta que el tener menor educación parece estar asociado con el mantenimiento de formas matrimoniales más tradicionales, en tanto que una mayor educación actúa flexibilizando los roles de género masculino y femenino en la vida matrimonial. Según algunas investigaciones se podría construir la hipótesis de que gracias a un buen nivel de instrucción, las mujeres pueden no sucumbir a ciertos efectos deprimentes del matrimonio.

Los hallazgos de esta investigación sugieren la existencia de diferencias importantes en la muestra de mujeres estériles estudiadas. Por una parte el tiempo de evolución de esterilidad proporciona datos interesantes sobre el comportamiento de la depresión en los tres grupos estudiados, sin embargo, otras diferencias estuvieron determinadas por variables como lo es la ocupación, el número de hijos vivos y el saber o no el origen que causa su esterilidad, de hecho, ésta última reportó el mayor número de diferencias entre los grupos, de tal forma que en la incidencia de alteraciones emocionales resultó ser una variable altamente influyente.

Los resultados confirman hallazgos encontrados por diversos investigadores en relación a la prevalencia de niveles de depresión en la población estéril en general.

Además de esto, las comparaciones de los grupos permitieron evaluar y mostrar claros índices de malestar psicológico en esta muestra. Lo cual conduce a pensar que la esterilidad asociada con otros aspectos importantes como el hecho de no tener un trabajo remunerado fuera de la casa o el carecer de instrucción académica, por mencionar sólo algunos, afecta la calidad de vida y el bienestar integral de dicha población.

Considerando que la esterilidad es un suceso que involucra un proceso emocional más que una serie de eventos emocionales independientes (Eck, 1980), contemplar la influencia conjunta de factores sociodemográficos y clínicos en lugar de ver la acción que cada uno de estos pudiera ejercer de manera independiente, amplía la posibilidad de comprender, explicar y contar con elementos que permitan hacer frente a dicho fenómeno de una manera más precisa.

CONCLUSIONES

En base a todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir lo siguiente:

- ◆ La depresión es una condición psicológica que está presente en la población femenina estéril de esta muestra.
- ◆ La permanencia de este tipo de población dentro de actividades circunscritas únicamente al hogar, refleja conductas de aislamiento social, que a su vez puede limitar el desarrollo y establecimiento de vínculos afectivos y de apoyo y coadyuva al surgimiento de malestar psicológico.
- ◆ Para la población estéril estudiada, el tener un trabajo fuera de casa le permite obtener y mejorar los recursos psicológicos para enfrentar adecuadamente el estrés provocado por su condición y el tratamiento de ésta.
- ◆ La incertidumbre provocada por el desconocimiento del origen de la esterilidad mina las estrategias de afrontamiento necesarias para adaptarse a tal condición.
- ◆ El grado de instrucción en la población estéril juega un papel importante para adquirir y poner en práctica estrategias de afrontamiento adecuadas que les permitan mantener el equilibrio en el bienestar psicológico,

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Del desarrollo del presente estudio sólo restan algunos comentarios. Es conveniente hacer mención que los resultados obtenidos pueden ser generalizables únicamente a la población del centro hospitalario donde fue capturada la muestra. A pesar de esto, los hallazgos son consistentes con otros, encontrados en la misma institución, en investigaciones similares; esto permite tener en mente que pueden existir ciertas características esenciales que permitan una caracterización de estas pacientes. Esto podría verse como una tarea ociosa si el objetivo final fuera simplemente conceptualizar a la mujer estéril como una personalidad con determinados rasgos o trastornos psicológicos; pero si esto se observa como una contribución a los fundamentos de los cuales se originen una serie de propuestas estructuradas de intervención psicoterapéutica, la perspectiva cambia.

Es indudable que el fin último de la investigación es acceder a una mayor comprensión de los fenómenos, al aumentar el número de elementos teórico-metodológicos capaces de brindar un manejo o control adecuados de los mismos. De esta manera, los resultados obtenidos en esta investigación, pasan a formar parte de ese cuerpo de conocimientos que guía, reorienta o confirma la manera en la cual se realiza la práctica psicoterapéutica de la población estudiada.

En la búsqueda de respuestas cerca de los efectos psicológicos que la esterilidad trae consigo, la investigación en esta área, más que cerrarse y encontrar resultados concluyentes, va dejando ventanas abiertas que necesitan ser exploradas. Los límites del conocimiento son en parte marcados por los hombres, es por ello que no se sugiere una línea o líneas de investigación específicas, más bien se espera que algún punto de la misma sea capaz de provocar inquietudes que conduzcan al desarrollo de alguna nueva investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham (1911). citado en: Kendall C., P. (1988) Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales. Limusa. México, D.F.
- Ader, R. (1991). Psychoneuroimmunology. Academic Press. New York, U.S.A.
- Aisenso K., A. (1989). Cuerpo y persona: filosofía y psicología del cuerpo. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Akiskal y Mac Kinney (1979) en: Kendall C., P. (1988) op cit.
- Andrews, F. M., Abbey, A. and Halman, L. (1991). "Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands". Jour. health. soc. behav. 32: 238.
- Andrews, F. M., Abbey, A. and Halman, L. (1992). "Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples" Fertil. Steril. 57: 1247.
- Ayuso G., J. (1988). Trastornos de angustia. Martínez Roca. Madrid, España.
- Baram, D. (1988) Citado en: Boivin, J.; Takefman, J.; Tulandi, t. y Brender, W. (1995). "Reactions to infertility based on extent of treatment failure". Fertility and sterility. Vol. 63, N° 4, pp. 801-807. Montreal, Quebec.
- Bardwick D., M. (1983). Psicología de la mujer. Alianza Editorial. Madrid.
- Barrantes Z. (1988). "Socialización y estereotipos sociales en Costa Rica". Revista de ciencias sociales. N° 39. pp. 29-45. San José, Costa Rica.
- Bass y Gardner (1988). citado en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Salvat. Barcelona, España.
- Beard (1868) en: Echeburúa (1992) op cit
- Beck (1972) citado en Vallejo R., y Gastó F., C. (1990). op cit.
- Beck (1967; 1974) citado en: Kendall C., P. (1988). op cit.
- Belsey y Ware (1988) citado en Pérez Peña, E. (1995). Esterilidad, Infertilidad y endocrinología de la reproducción. Ciencia y cultura latinoamericana. México, D.F.
- Benson, H. y Proctor, W. (1980). El poder de la mente. Grijalbo. México.

- **Benedickt (1870)** citado en Tuma, A. y Maser, J. (1985). Anxiety and anxiety disorders. Erlbaw. Hillsdale. U.S.A.
- **Berg y Wilson (1991)** citado en Boivin et al. (1995). op cit.
- **Blenner (1990)** citado en: Hammer B. (1993). "An overview of the psychology of infertility". Pshychological issues in infertility. Infertility and reproductive medicine clinics of north America. Vol. 4, N°3, pp. 433-450. U.S.A.
- **Boivin, J., Takefman, J., Tulandi, T. y Brender, W. (1995)**. "Reactions to infertility based on extent of treatment failure". Fertility and sterility. Vol. 63, N° 4, pp. 801-807. Montreal, Quebec.
- **Broverman (1970)** citado en: Sherman, J. (1978). Psicología de la mujer. Marova. Madrid, España.
- **Brown y Harris (1976)** citado en: Alvaro, j.; Torregrosa, J. y Garrillo, A. (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo veintiuno. España.
- **Burin, M. (1990)**. El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada. Paidos. Buenos Aires, Argentina.
- **Burns (1987)** citado en; Prabha, S.; Chandra, S.; Chaturved, M. et al. (1991). "Marital life among infertile spouses: the wife's prespectiva and it's implications in therapy". Family therapy. Vol. 18, N° 2.
- **Burton**, citado en: Cerrual, S. (1991). síntomas depresivos en una muestra de los habitantes del área metropolitana de la Cd. de México, con depresión. (Tesina). Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F.
- **Buxo Rey, J. (1991)**. Antropología de la mujer. Anthopos. Barcelona, España.
- **Calderón N., G. (1985)**. Depresión: causas manifestaciones y tratamiento. Trillas. México, D.F.
- **Callan, V. et al. (1988)**. "Toward understanding women's decisions to continue or stop in vitro fertilization: the role of social, psychological and

- backgrounds factors". Journal of in vitro fertilization and embryo transfer. Vol. 5, N° 6. U.S.A.
- Cameron (1982) citado en: Fernandez F., y Orduña C. (1995) (Tesis). Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
 - Carreño Meléndez, J. (1994) Instituto Nacional de Perinatología. (Comunicación personal).
 - Cerrual, S. (1991). Síntomas depresivos en una muestra de los habitantes del área metropolitana de la Cd. de México, con depresión. (Tesina). Facultad de Medicina, UNAM. México, D.F.
 - Carr y Sheman (1984) citados en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
 - Charney y cols. (1987) citados en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
 - Charney y Henninger (1985) citados en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
 - Cobb (1976) y Sarason y Sarason (1985) citados en: Alvaro, J.; Torregrosa, J. y Garrillo, A. (1992). Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo veintiuno. España.
 - Delaisi de Parseval, D. and Janaud, A. en: Stoleru S. et al. (1993) "Psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. Human Reproduction. Vol. 8. N° 7. Pp. 1039-1046.
 - De oliveira, O. (1989). Trabajo poder y sexualidad. El Colegio de México. México, D.F
 - DSM-III-R. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. American Psychiatric Asociation. Masson. Barcelona, España.
 - Echeburria, E. (1992). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Pirámide. Madrid, España.
 - Echeburria, E. y Paz, C. (1991) citados en Buela-Casal, G. y Caballo, E. (1990). Manual de psicología clínica aplicada. Siglo veintiuno. España.
 - Eck Menning, B. (1975) "The infertile couple: aplea for advocacy". Child welfare. 4: 454. U.S.A.

- Eck Menning, B. (1980) "The emotional needs of the infertile couples". Fertility and sterility. Vol.34, N°4, pp. 313-319. U.S.A.
- Epstein (1972), citado en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
- Eysenck (1959) citado en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
- Fernandez F., y Orduña C. (1995). Ansiedad. (Tesis). Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Ferro, N. (1991). El instinto maternal o la necesidad de un mito. Siglo veintiuno. Barcelona, España.
- Fleck (1976) citado en: Prabha, S.; Chandra, S.; Chaturved, M. et al. (1991). "Marital life among infertile spouses: the wife's prespectiva and it's implications in therapy". Family therapy. Vol. 18, N° 2.
- Flippo y Lewinsohn (1971) en: Kendall C., P. (1988). op cit.
- Freud, S (1917) citado en: Kendall C., P. (1988). op cit.
- Fromm, E. (1990). El miedo a la libertad. Paidós. México, D.F.
- Galletero y Guimon. (1989). Clínica de los trastornos de ansiedad: neurosis de angustia. Jarpyo. Madrid, España.
- Ganong, W. F. (1996). Fisiología médica. El Manual Moderno. México.
- Gastó (1990) en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
- Gater (1989) citado en: Alvaro, J.; Torregrosa, J. y Garrillo, A. (1992) op cit.
- Goodwin y Jamison (1984) en: Ader (1991) op cit.
- Golombok, S. (1992). "Psychological functioning in intertality patients". Hum. Reprod. 7. 208-212.
- González, J. (1990). "Maternidad: ¿instinto o deseo?". La Jornada. (suplemento). Lunes 4 de Mayo. México, D.F.
- Gotwald, H. y Holtz, G. (1983). Sexualidad: la experiencia humana. El manual moderno. México, D.F.
- Haley, J. (1991). Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.

- Hammer B. (1993). "An overview of the psychology of infertility". Psychological issues in infertility. Infertility and reproductive medicine clinics of north America. Vol. 4, N°3, pp. 433-450. U.S.A.
- Harlow et al (1987) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Harlow, C. R. et al. (1996). "Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment". Human Reproduction. vol. II. N° 2. Pp. 274-279.
- "Hay que tener un hijo y darle sentido a la vida". (1987). La Jornada. (suplemento) Lunes 10 de Mayo. México, D.F.
- Hernández, T. (1992). "De la esterilidad a la condena social". La Jornada. Lunes 4 de Mayo. México, D.F.
- Hierro, G. (1985). Ética y feminismo. UNAM. México, D.F.
- Higgins (1990), "Couple infertility: From the perspective of the close/relationship model". Family relations. 39: 81.
- Historia de las mujeres. (1992). Taurus. Barcelona, España.
- Hunt, L. (1993). La decisión de ser madre para la mujer de hoy. Gedisa. Barcelona, España.
- Langer, M. (1985). Maternidad y sexo. Paidós. México, D.F.
- Guadalupe (1990). Lunes 4 de Marzo. La Jornada. (suplemento). México, D.F.
- Jacobsen (1971 y Mendelsohn (1974) citados en: : Kendall C., P. (1988). op cit.
- Jablensky, citado en: Tuma, A. y Maser, J. (1985). Anxiety and anxiety disorders. Erlbaw. Hillsdale. U.S.A.
- Kalhbaum, Kraepelin y Pinel citados en: Cerrual, S. (1991) op cit.
- Kendall C., P. (1988) Psicología clínica: perspectivas científicas y profesionales. Limusa. México, D.F.
- Komarovsky, M. (1972). El problema de la mujer. Hormé. Buenos Aires, Argentina.

- Klein y cols. citados en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
- Kraft, D. et al. (1980) citado en: Hammer Burns, L. (1993) op cit.
- Lamas, M. (1987). "Maternazgo: subjetividad y política". La Jornada. (suplemento). Lunes 10 de Mayo. México, D.F.
- Lalos, O; Lalos, L et al. (1985). "The wish to have a child". Acta, Psychiatric Scan. 72: 476- 481.
- Lazarus y Averill (1972) en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990).
- Lazarus, R. (1986) en: Ozámiz, J. A. 1992 op cit.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Ediciones Roca. México, D.F.
- Leiblum (1987) citado en: van Balen, F y Timbos-Kemper, T. (1993) "Long-term infertile couples: a study of their well-being. Psychosom. obstet. gynaecol. (14: special issue) pp. 53-60. Amsterdam, Germany.
- Levinsohn (1974; 1975) Kendall C., P. (1988). op cit.
- Litt (1992) citado en: Boivin et al. (1995). op cit.
- López, G. y Yunes, J. (1992). Salud reproductiva en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS.
- May, R. (1950) en: Fernandez F., y Orduña C. (1995) op cit.
- Mc Natty et al (1974) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Mc Neilly et al (1982) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Mages y Mendelsohn (1979) Moo y Tsu (1977) citados en: Lazarus, R. y Folkman, S. (1991) op cit.
- Mahlstedt, P. (1985). "The psychological component of infertility". Fertility and sterility. Vol. 43, N° 3. U.S.A.
- Mahlstedt, P. (1991). "The infertility crisis: an opportunity for growth". Perinatol. Reprod. Hum. Vol. 5. N° 2.
- Marks (1961) citado en Sherman, J. (1978) op cit.
- Morales C.; Rodríguez O., et al. (1995) "Autoconcepto y características de la personalidad: un estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y

fértiles". Perinatología y reproducción humana. Vol. 9, N°2. pp. 93-97. México, D.F.

- Moulton et al (1982) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Moberg (1987) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Nemia (1987) citado en: Vallejo R. y Gastó F. (1990). op cit.
- Newton, C. R. and Hole, S. (1993). "Gender differences in psychological response to infertility treatment". Infertility and reprod. medicine clinics of North America. Vol. 4. N° 3.
- Nuñez, R. (1979). Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la psicopatología. El manual moderno. México, D.F.
- Omram citado en: López, G. y Yunes, J. (1992) op cit.
- Ozámiz, J. A. (1992). "Sucesos vitales y trastornos mentales" en: Alvaro, L., Torregrosa, R. y Garrillo, A. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo XXI, España.
- Paulson, J. P., Haarman, B. S. et al. (1988). "An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility". Fertil. Steril. 49: 258.
- Pérez Peña, E. (1995). Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción. Ciencia y cultura latinoamericana. México, D.F.
- Peyser et al (1973) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Prabha, S.; Chandra, S.; Chaturved, M. et al. (1991). "Marital life among infertile spouses: the wife's perspective and its implications in therapy". Family therapy. Vol. 18, N° 2.
- Olshansky E., F.(1987). Identity of self as infertile: An example of theory-generating research. Advances in nursing Science. 9: 54. U.S.A.
- Palma Cabrera y Rivera Reyes. (1994) "La percepción social de la reproducción". Antología de la sexualidad humana. Tomo II. Conapo-Porrúa. México.
- Pitts y Mc Clure (1967) en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990) op cit.

- Ramírez, S. (1990). El mexicano: Psicología de sus motivaciones. Grijalbo. México.
- Reading, E. (1989) citado en: van Balen, F y Timbos-Kemper, T. (1993) "Long-term infertile couples: a study of their well-being". Psychosom. obstet. gynaecol. (14: special issue) pp. 53-60. Amsterdam, Germany.
- Redmond (1979) en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990) op cit.
- Rosenblatt P., C. (1973). "A cross-cultural study of responses of childlessness". Behavioral Science Notes. 8: 221.
- Rosenthal, M. B. (1990). Single women requesting artificial insemination by donor. In: Psychiatric aspects of reproductive technologies. American Psychiatric Press. Washington, D.C.
- Rozenbaum, H. (1977). La pareja estéril: Diagnóstico y Tratamiento. Toray-Masson. Barcelona, España.
- Sandelowsky, M. (1990). "Living the life: explanations of infertility". Sociology of Health and Illness. 12: 195
- Sauder et al (1984) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Sciarra (1994) citado en Pérez Peña (1995) op cit.
- Seligman (1975; 1975) en: Kendall C., P. (1988). op cit.
- Shaefer, Coyne y Lazarus (1982) citados en: Alvaro, J.; Torregrosa, J. y Garrillo, A. (1992) op cit.
- Schenker et al (1992) en: Schorer, L. R. et al. (1994). "Psychological screening and de success of donor insemination". Human Reproduction. Vol. 9. N°. Pp. 176-178.
- Schildkraut, 1978; Crow, 1972; Beskow; 1976; Stille, 1977; Tenerius, 1977 en: Ayuso, G. (1988) op cit.
- Shehan citado en: Ayuso, G. (1988) op cit.
- Shonmaker y Erickson (1983) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Solomon, G. (1992) "Personalidad y Sistema inmunitario". Cuerpo-mente. N°12. Barcelona, España.

- Spielberg (1966) (1972) en: Kendall C., P. (1988) op cit.
- Spielberg (1979) en: Fernandez F., y Orduña C. (1995) op cit.
- Stanton y Dunkel-Schetter. (1991). Psychological adjusment to infertility. In *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. Plenum Press. New York.
- Stovall, Sumitt, Beckmann y Ling. Manual clínico de ginecología. Interamericana-Mc Graw Hill. México.
- Suter y Schwartz (1985) en: Harlow, C. R. et al. (1996).
- Szassz, I. (1994) "Salud reproductiva y sociedad". Boletín informativo de el Colegio de México. Vol. 1, N° 1. El Colegio de México. México, D.F.
- Tozzini (1989) en: Pérez Peña (1995) op cit.
- Ulbrich, P.M., Coyle, A. T. and Llabre M. M. (1990) "Involuntary Child lessness and marital adjusment: His and hers". Jour. Sex. Mar. Ther. 16: 147.
- Ullman y Krasner (1965) en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990) op cit.
- Vallejo y Díez (1990) en: Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990) op cit.
- Vallejo R., J. y Gastó F., C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Salvat. Barcelona, España.
- van Balen, F y Timbos-Kemper, T. (1993) "Long-term Infertile couples: a study of their well-being". Psychosom. obstet. gynaecol. (14: special issue) pp. 53-60. Amsterdam.
- van Balen, F., Naaktgeboren N. y Timbos-Kemper, T. (1993) "In vitro fertilization: the experience of treatmnet, pregnancy and delivery". Human Reproduction. Vol. 11. N° 11. Pp. 95-98. Amsterdam.
- Watson y Rayner (1920) en Vallejo y Gastó (1990) op cit.
- Wright, J. et al. (1989). "Psychosocial distress and infertility". Int. Journal Fertil. 34. Pp. 126-142.
- Zarate. (1990). La pareja estéril. Trillas. México.

ANEXOS

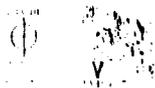
FICHA DE IDENTIFICACION

1.- Nombre:	2.- Expediente:
3.- Nacionalidad:	4.- Edad:
5.- Escolaridad:	6.- Ocupación:
7.- Estado civil:	8.- Años de matrimonio:
9.- Causa de esterilidad:	10.- Tipo de esterilidad:
11.- Tiempo de evolución de esterilidad:	12.- Número de hijos vivos:
13.- Paras:	14.- Obitos
15.- Gestas:	16.- Fecha:

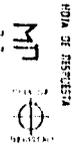
C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
F	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
C	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
F	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
F	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
C	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
F	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
C	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
F	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
C	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
F	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
C	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
F	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
C	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
F	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
C	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
F	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
C	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570

Nombre del sujeto: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Fecha de aplicación: _____
 Lugar de aplicación: _____
 Nombre del aplicador: _____
 Nombre del evaluador: _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI Español



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA





2-2

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI-Español

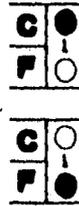
Dr. S. R. HATHAWAY y Dr. J. C. MCKINLEY

Traducido por A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres, el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico, con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway

Adaptación para América Latina por el Dr. Rafael Núñez, México

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón C (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón F (Falso), vea el ejemplo 2. Si la oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que des conoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones



Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar alguna respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1959, Cop. right 1943, by
the University of Minnesota
All rights reserved
D.R. © 1967 por El Manual Moderno, S. A.

Impreso en México



NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto desensado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarlos por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sientto que debiera pagarlo con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo toda la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte de tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

PASE LA PAGINA

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que preciso escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas embaucadas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrado a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con rectitud. ^X
62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quise a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se condescienda de ellos y les ayuden.
72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me ha pasado ser mujer.
75. Algunas veces me enoja.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otras, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Cren en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan buenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca le he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruté más de una carrera o de un juego cuando aposté.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

123. Creo que me están siguiendo.
124. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
128. El ver sangre ni me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. No gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hieren profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser solitario.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
148. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpan cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
158. Llora con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.

PASE LA PAGINA

164. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
165. Me gusta conocer gente de importancia porque esa me hace sentir importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros estén haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me causen los ojos.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información histórica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).

PASE LA PAGINA

207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poca compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quise a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmura o chismeo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y prrturban mucho.
227. Me han dicho que cainto dormido.
228. A veces creen que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo periodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mi aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna efase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares no encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.

248. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que lo suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas las unas a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudó con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupó de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.

PASE LA PAGINA

289. Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándose.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más íntimamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenía razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.

PASE LA PAGINA

330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.
339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirne fácilmente.
341. A veces algo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fio de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reñida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntaguda.
355. Algunas veces no gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No le temo al fuego.
368. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
369. La religión no me preocupa.
370. Odio tener que trabajar de prisa.
371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
372. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
373. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
374. Durante ciertos periodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
375. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desautna por completo.
376. Los policías son generalmente honrados.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
378. No me gusta ver fumar a las mujeres.
379. Muy raramente me siento deprimido.
380. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
381. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
382. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
384. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
385. El relámpago es uno de mis temores.
386. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
387. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
388. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
389. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
390. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
391. Me gusta muchísimo ir a bailes.
392. Le tengo terror a una tormenta.
393. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
394. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
395. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
396. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso "quisiera volver a ser niño".
399. No me enoja fácilmente.
400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serian de gran beneficio para la humanidad.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la alcohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.

406. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altera fácilmente.
408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.
411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que pueda hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Me avergüenzan los cuentos picantes.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbraba a tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me emocionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.

447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
449. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
450. Gozo con la excitación de una multitud.
451. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Frecuentemente no me entera de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
456. Una persona no debería ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado).
461. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
462. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
463. Me gusta jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia me otorgo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de las dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. No me molesta el ser presentado a extraños.
480. Con frecuencia le tengo miedo a la oscuridad.
481. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
482. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.

485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.
490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a los otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres morenas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente diciendo con temeridad mis propias opiniones.
521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.

522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.
532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en África.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
550. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado (a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.