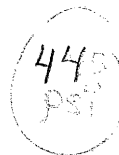


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**Estudio de Algunos Aspectos Emocionales  
en Pacientes con Aborto Habitual.**



**T E S I S**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
p r e s e n t a:  
**VICTORIA MARTINEZ AVALOS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

1040

A CARLOS

Reconocimiento

Quiero agradecer al Dr. José Cueli García todo el empeño que puso para ayudarme en la elaboración del presente trabajo, a la Psicóloga Rosa Martha Barroeta G. sus acertadas opiniones y consejos, y a los señores doctores:

Rodolfo Quiñones Guerrero Director del Hospital de Gineco Obstetricia-  
No. 2.

Al Dr. José Gordillo Fernández encargado de la Clínica de Aborto Habitual, por todas las facilidades que me brindaron para el desarrollo de éste estudio, así como a la comisión de Becas del I.M.M.S. por la licencia otorgada.

INDICE

Prólogo

Reconocimiento

Capítulo

I

INTRODUCCION

El problema

Definición de términos

Importancia del estudio

Limitaciones del estudio

II

REVISION DE LA LITERATURA

III

MATERIAL Y METODO

Sujetos

Material

Procedimiento

IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Análisis de los resultados de la prueba de MMPI

Análisis de los resultados del Test Beta

V

Resumen y Conclusiones

Resumen

Conclusiones

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

P R O L O G O

Es sorprendente lo contradictorio de nuestra sociedad; en tanto unas mujeres se preocupan por lo numeroso de su prole y acuden al control de la natalidad, otras, en cambio, sufren por el deseo no cumplido de tener un hijo siquiera.

Así, observando éstos dos grupos que acuden como pacientes a la Consulta Externa del H.G.O. 2. nació mi interés en llevar a cabo el presente trabajo referente al Aborto Habitual entre las pacientes que han tenido un mínimo de tres abortos espontáneos consecutivos.

La primera intención fué la de tratar de establecer las diferencias entre esos grupos. Después la idea se desplazó hacia el estudio de los aspectos emocionales sobresalientes en un grupo de abortadoras habituales, las que característicamente, se presentaban a su consulta médica muy puntuales y cumplían todas las indicaciones de su médico, quien se esforzaba por establecer una relación lo más afable posible con ellas, lo cual fue otro elemento que me llamó la atención.

Mi deseo de encontrar algo que pudiera ayudar más efectivamente a estas pacientes en el aspecto emocional del problema es la causa esencial por la

que realicé éste estudio. Queda pues a consideración mi sugerencia final, en el sentido de complementar las historias clínicas con un estudio psicológico -- completo de las pacientes, para brindarles ayuda psicoterapéutica a aquellas - que así lo requieran.

## CAPITULO PRIMERO

### INTRODUCCION

El presente trabajo tiene por finalidad el estudio de algunos aspectos de la personalidad de 21 mujeres que presentan aborto de repetición.

Trata de investigar y llegar al conocimiento de los trastornos psicológicos que produce tal padecimiento, o bien si por el contrario, existen determinados factores psicológicos que originan que algunas mujeres presenten el aborto habitual.

Existen muchos factores orgánicos que pueden intervenir o ser la causa de los abortos de repetición, por ejemplo: ciertos padecimientos infecciosos; las alteraciones o disfunciones de los órganos femeninos de la reproducción; insuficiencia ovárica, insuficiencia lismico cervical, etc. (7).

Pero así mismo se pueden mencionar factores psicológicos como causas predisponentes o probables productores del aborto habitual, como son: conflictos psíquicos en las situaciones maritales o ambientales, temor de tener un niño defectuoso (factor muy prominente), miedo a la responsabilidad en la educación de los hijos y otros.



- Sobre lo anterior han escrito Javert y Carl Further (5) . En su artículo " Evolución en enfermas con Aborto Habitual " en donde demuestran el valor de la Psicoterapia.

Al reportar los resultados obtenidos en el estudio de 427 casos de pacientes tratadas en un periodo de 20 años concluyen para los primeros diez años que son esenciales los cuidados prenatales tempranos y la buena nutrición, incluyendo dieta cfrtrica y mineral completa, y " el desarrollo de una buena relación entre médico y paciente".

Para los segundos diez años han agregado los cuidados preconcepcionales: Psicoterapia dinámica, relajantes uterinos y énfasis en la buena relación entre el médico y la paciente. Habiendo obtenido una tasa de éxito entre 75 y 80 % la cual está de acuerdo con los resultados obtenidos con otros regímenes reportados en la literatura.

Igualmente Williams H. James, en su artículo "Uso de la Psicoterapia en aborto habitual " (15) menciona los resultados obtenidos por Tupper en el estudio de 19 pacientes con aborto habitual que recibieron Psicoterapia durante la gestación y otro grupo idéntico que no la recibieron, dichos resultados son:

Con Psicoterapia

Sin Psicoterapia

1 prematuro que murió

1 prematuro

16 de término

5 de término

2 abortos

13 abortos

Javert (4) reporta un 81.2 % de nacidos vivos en 154 embarazadas con -- antecedentes de aborto habitual, que recibieron tratamiento psicoterapéutico.

Mann refiere por su parte 250 casos de aborto habitual sin padecimiento-somático demostrado tratados con psicoterapia; Un 86 % lograron embarazo a - término (8)\*

Como es común, hay autores en favor y en contra; pero, como puede apreciarse, es indudable que los resultados obtenidos en la mayoría de los casos mencionados fueron positivos.

\*Los números remiten a las referencias bibliográficas al final del trabajo.

## EL PROBLEMA

Por ser tan importante el problema que representa la frustración de la maternidad, desde un punto de vista personal y social y quizá en mayor grado desde el punto de vista emocional puesto que es un factor inhibidor de la estabilidad interna de las mujeres en particular, se puso especial atención en los casos estudiados en los que el aborto habitual se manifestaba como problemática de las pacientes, y también en aquellas de una etiología somática de causas diversas.

Como el presente trabajo se llevó a cabo con pacientes seleccionadas al azar, se tratará de encontrar el estado de algunos de los aspectos de la personalidad de las pacientes que formaron parte de ésta investigación.

Las investigaciones hechas sobre el porqué del aborto habitual se han centrado, principalmente, en las causas orgánicas y en los factores psicossomáticos. Este trabajo tratará de contraerse a los aspectos emocionales, partiendo de la afirmación elemental de que cada persona con aborto habitual al igual que cualquiera otra persona, presenta un patrón emocional diferente; patrón que puede relacionarse en varias formas con el aborto repetido.

En la presente tesis se intenta demostrar que éste patrón emocional es la

ansiedad que se manifiesta en una disposición psicológica anormal de las pacientes hacia la sociedad, hacia las personas, hacia el esposo y hacia sí mismas.

La hipótesis de éste trabajo se formula por tanto en los siguientes términos: "La continua ansiedad de las pacientes con aborto repetido les crea una disposición psicológica anormal hacia la sociedad hacia las personas, hacia su esposo y hacia sí mismas".

En la adaptación de las pacientes intervienen numerosos factores que pueden ser responsables de que surjan estados anímicos que originen la terminación prematura del embarazo.

Para el objeto de ésta investigación se han agrupado factores dentro de las siguientes hipótesis secundarias:

- a) El aborto habitual como resultado de un medio familiar inadecuado por conflictos psíquicos en las situaciones maritales.
- b) Temor de tener un niño defectuoso.
- c) Miedo a la responsabilidad en la educación de los hijos.

Aunque, como ya se dijo, el presente trabajo se refiere solamente a la línea de investigación psicológica, haremos aquí una breve descripción de la línea de investigación que han seguido los médicos especializados en los aspectos orgánicos:

"El análisis de los factores que se consideran causales del aborto habitual permite hacer la siguiente diferenciación: Factor uterino que incluye los problemas miometriales, tales como las malformaciones congénitas que son responsables de acuerdo a diferentes series del 15 al 53 % de todos los abortos habituales. - Los problemas endometriales específicos y los problemas tumorales como miomas que en su experiencia aparecen como causa única de infertilidad en el 10 % de los casos. El factor cervical es uno de los problemas más comunes en infertilidad y es producido en la mayoría de los casos por traumatismos gineco obstétricos o cirugía ginecológica sobre el cérvix; el resultado obtenido en el tratamiento de éstos casos y las técnicas de Mac Donald, la de Espinoza Flores y las modificaciones a la técnica original de Shirodkar han permitido un elevado porcentaje de éxito. (7) (10) (13) (16).

Otros factores que contribuyen al problema de infertilidad, aunque en mucho menor proporción que los anteriormente señalados, son las alteraciones endocrinas del tipo de la insuficiencia del cuerpo lúteo y algunos casos de hipo e hipertiroidismo; defectos del plasma germinal en los que puede haber participación del óvulo y del espermatozoide; alteraciones genéticas entre las que se cuentan como más frecuentes, las trisomías y monosomías; los factores inmunológicos aún no bien definidos en los que se produce sensibilización de la madre por el espermatozoide del esposo o bien por el paso de antígenos a través de la placenta, con formación de anticuerpos; alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, en las que señalamos una relación directa en pacientes con problema-

de infertilidad y alteración de la tolerancia a la glucosa. Por último, se señala la participación de la toxoplasmosis, lúes, listeriosis y enfermedad de cuerpos de inclusión citomegálica; así como el factor psicósomático en el problema que nos ocupa ".(17).

### DIFINICION DE TERMINOS

A continuación se expondrá el sentido en que se tomarán los diferentes - términos usados en el curso del presente trabajo.

Aborto Habitual: El término de aborto habitual debe reservarse para los casos en que han ocurrido 3 ó más abortos espontáneos en forma consecutiva, - denominándose con el término de "primario" cuando no ha existido antes al - gún embarazo con producto viable, y "secundario" cuando existen anteceden - tes de uno o más productos viables (7) (13).

### Definición nosográfica y fisiopatológica de la esterilidad:

En términos generales la esterilidad femenina se define como: la incapa - cidad de procrear con un compañero sexual fecundo cuando no se utilizan me - dios anticonceptivos. La infertilidad es la interrupción habitual y espontánea - del embarazo antes de que el producto sea viable.

La infertilidad no sería pues infecundidad en la rigurosa acepción clíni - ca de la palabra, sino incapacidad de dar a luz hijos vivos y en condiciones - de vivir.

Estudiando el aspecto psicológico del problema conceptualizaremos ambos términos como dos modos de expresión de un mismo proceso causal, estableciendo diferencias graduales entre ellos, aunque no de naturaleza etiopatogénica.

Hay mujeres que se hacen fecundas pasando por un período de infertilidad o por abortos sucesivos y por el contrario mujeres con capacidad reproductiva normal que se transforman transitoriamente en infértiles o en estériles definitivas.

Los límites temporales fijados para el diagnóstico son variables.

En realidad, la esterilidad no puede considerarse como una enfermedad. Constituye solamente el síntoma indicativo de una perturbación en la vida sexual de la mujer.

Las causas pueden ser múltiples y de categoría orgánica o funcional. Existen sin embargo, casos de esterilidad en mujeres sanas con integridad en sus órganos genitales, en las cuales el examen clínico más minucioso y la terapéutica racional no reportan ningún resultado positivo.

En la esterilidad los factores psíquicos inconscientes desempeñan un papel innegable. La esterilidad esencial es frecuentemente un síntoma clasificable entre el grupo de los fenómenos neuróticos o más precisamente, de los fenómenos neuróticos de conversión somática y como síntoma pueden ser la única manifestación ostensible de un conflicto latente o insidioso.



ANSIEDAD: Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y ca-  
racterizada por una mezcla o alternación desagradable de miedo y esperanza.

En general, se acepta que el peligro o el desastre, implícito en la ansie-  
dad, es subjetivo o interno. Es decir que reside dentro de la conciencia de las  
personas ansiosas y que en dichas personas hay tendencias e impulsos en con-  
flicto. Necesidades no satisfechas, hechos, obligaciones, y deberes que sus-  
tentan la perturbación denominada ansiedad. (Freud, 1948.1 pp 1247 - 1270)

En un estado de ansiedad el sujeto no puede explicarse claramente lo -  
que le pone ansioso. Algo le pone inquieto, fuera de sí, pero ese algo es di-  
fícil de definir.

En la ansiedad el sentimiento se manifiesta de manera difusa. vaga y --  
variada; puede o no comportar una experiencia de miedo, puede encerrar ex-  
periencias como la de sentirse deprimido, tenso, encerrado, irritable, inquie-  
to o de estar bajo presión.

Existe, sin embargo una diferencia en el miedo respecto de la claridad-  
del impulso que entra en juego.

La persona temerosa trata de evitar o escapar, aunque tenga que recurrir  
a medios agresivos para librarse del peligro que la amenaza; pero en la ansiedad,

la dirección del impulso es generalmente mucho menos clara. La fuente o la dirección desde donde proviene el peligro podría percibirse tan veladamente que la persona ansiosa no sabría hacia donde escapar. Así pues, sus reacciones pueden resultar completamente indiscriminadas o inadecuadas.

K. Homey (1957 p,55 ) define la ansiedad básica: "como un sentimiento de desamparo en relación a un mundo potencialmente hostil".

"Esta ansiedad conduce al desarrollo de defensas neuróticas, y se desenvuelve en un medio que es incierto, injusto y cruel y que frustra al individuo en el libre uso de sus energías y mina su autoconfianza y estima. Se teme principalmente a un medio hostil".

DEPRESION: La depresión es un tono afectivo basado en un sentimiento de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimientos de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. (Noyes y Kolb P.98, 1969 Prensa Médica Mexicana).

### IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El aborto habitual acusa un estado patológico que, por sus posibles consecuencias, merece toda nuestra consideración y estudio ya que influye en las pacientes en forma directa en los aspectos sociales y emocionales dando lugar a una problemática cuya presencia menoscaba su estabilidad.

La frecuencia del aborto espontáneo se hace oscilar entre el 9 al 17 % de todos los embarazos, y el aborto habitual, en nuestro medio, constituye alrededor del 4 % de los abortos espontáneos (cifra encontrada por la mayoría de los autores (7), aunque en el Hospital General de S.S.A. es hasta del 5.6 %).

El presente trabajo pretende conocer de los aspectos emocionales de las pacientes que padecen aborto habitual para tratar de ayudarlas de manera más efectiva, a lograr su normalidad tanto física como psíquica.

### LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Se puede decir que las principales limitaciones de éste trabajo fueron las siguientes:

1a) Inicialmente se trató de integrar un grupo homogéneo en cuanto a - que todas las pacientes no tuvieran hijos y que además no tuvieran problema físico demostrado. No fué posible, debido a que el número de pacientes que - no presentan patología física en ésta Unidad Hospitalaria es muy reducido, y - en su mayor proporción ya han tenido hijos antes de los abortos.

2.) El estudio se realizó en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 2 - del Centro Médico Nal. del IMSS. con pacientes seleccionadas al azar entre - las que acuden a la Clínica de Aborto Habitual.

3.) Se citaron 50 pacientes y con ellas se inició el estudio.

Posteriormente el número se redujo a 21 con las que sí logramos terminar el trabajo. (todas resultaron con patología física demostrada).

Las razones por las cuales la mayoría de las pacientes no concluyó su estudio, fueron a nuestro juicio las siguientes:

a) Temor a que afloraran sus verdaderos sentimientos en relación con situaciones conflictivas con su pareja.

b) Angustia despertada al saberse sometidas a un estudio de ésta índole. Lo anterior se observó en la entrevista inicial a la que fueron sujetas todas las pacientes, confirmándose posteriormente por su renuencia a acudir a las citas concertadas.

4) La exploración de las características de personalidad se hizo sólo mediante la prueba proyectiva de MMPI.

## CAPITULO SEGUNDO.

### REVISION DE LA LITERATURA.

Actualmente se concede gran importancia a los problemas psíquicos como posibles factores causales del aborto habitual; sin embargo, son pocos los trabajos específicos al respecto. Este trabajo no se realizó con base en éstos factores, ya que únicamente se intentó conocer el estado emocional que prevalece en las pacientes cualquiera que fuera la problemática que originara el aborto de repetición.

Sabemos que los factores emocionales tienen un papel importante en el aborto de repetición. A todos los ginecólogos les ha tocado atender a pacientes que presentaron abortos después de una impresión de miedo súbito. Este fenómeno se ha observado durante las grandes conflagraciones (guerras, revoluciones); y son numerosos los casos de abortos de repetición reportados cuando han mediado éstas circunstancias. (13)

La mayoría de los investigadores que se han dedicado al estudio del aborto habitual se han orientado hacia el psicoanálisis, que es donde creen poder encontrar una posible solución o una ayuda eficaz contra el aborto de repetición; de ahí que brevemente trataremos de exponer algunas ideas referentes a aspectos psicosomáticos y a estudios hechos con pacientes por medio de psicoterapia.

ASPECTOS PSICOSOMATICOS: El número elevado de las pacientes con aborto habitual en las que no es posible demostrar la presencia de ninguno de los factores mencionados en páginas anteriores, así como la íntima relación que existe entre el sistema nervioso y el endócrino, el aparato genital y los fenómenos involucrados en el proceso de la reproducción, han dado lugar a que algunos autores apoyen la existencia de bases psicógenas como factores etiológicos del aborto. Las alteraciones psíquicas de la personalidad de estas pacientes pueden estar relacionadas con deficiencias de formación en la adolescencia, o con traumas psicosexuales, o bien simplemente manifestar características inadecuadas para sobrellevar la responsabilidad de la maternidad o del hogar, o solamente ser consecuencia de la ansiedad causada por un temor desconocido al parto, (7).

Francisco Gonzalez Pineda \* en el prólogo de la obra del Dr. Santiago Ramírez (11) sobre la Psicología de la Función Procreativa dice lo siguiente:- "Entre los intentos de realizarse, en creación, ninguno alcanza la magnitud que se logra en el acto procreativo con la creación de un hijo".

En nuestras pacientes estudiadas el intento se lleva a cabo, sólo que no llega a realizarse el tan deseado final. Ese fracaso repetido una y otra vez, hace que su personalidad sufra un trastorno emocional que muchas veces redunde en la terminación prematura del embarazo.

Esterilidad y Fruto. Psicología de la Función Procreativa. Dr. - Santiago Ramírez. Prólogo de Fco. Glez. Pineda Edit Pax. Mex. 1962.

En los humanos, es la mujer la que está biológicamente dotada para alimentar y proteger al nuevo ser, desde la fecundación hasta mucho tiempo después del nacimiento cuando ya el hijo puede independizarse de la madre. Esta larga relación madre hijo hace definitivo el papel de la mujer en el proceso procreativo y le imprime, desde el nivel biológico hasta el psicológico, su carácter de indispensable y único.

Helen Deutsch y Marie Langer coinciden en que es en la relación temprana con la madre donde hay que buscar la génesis del aborto. (1) (2) (6) -- (11).

El Dr. Santiago Ramírez afirma: "Madres rechazantes para sus hijos, - madres que den poco amor y calor a los niños condicionan potencialmente la presencia de mujeres estériles".

A veces las cosas no son tan fáciles, continúa diciendo, " porque ocasionalmente una madre puede ocultar a los ojos de los demás y a sus propios ojos el rechazo que tiene enfrente del hijo, extremando en forma excesiva los cuidados higiénicos y dietéticos; pero éstas atenciones nunca son capaces de suplir el verdadero afecto. "

"En la mayor parte de las ocasiones la mujer estéril niega haber tenido una madre rechazante y fría cuando se le interroga directamente. Sin embar-



go, en la labor psicoanalítica, se encuentra en forma sistemática que la madre de la mujer estéril fué una mujer que por diversas circunstancias, la rechazó; le dió poco afecto o condicionó en la niñá situaciones emocionales poco propicias para una identificación maternal."

El autor concluye diciendo que "la esterilidad es el resultado de una relación inadecuada entre la niñá, futura mujer estéril y su madre".

"Una niñá poco querida o rechazada, desarrolla hacia su madre sentimientos hostiles que ulteriormente reprime por culpa. El que la hostilidad se haya reprimido ante el abandono o el desamor no quiere decir que no siga actuando como factor dinámico e inconciente en la conducta de la niñá."

En nuestro estudio la mayoría de las pacientes tenía una mala imagen de la madre, ya que se representaban dominantes, frías, obsesivas, y con poco afecto hacia ellas, por motivos que alegaban se debían a las numerosas responsabilidades que tenían que atender a un tiempo, entre éstas las propios hijos. Sólo en un 38 % existía una buena imagen de la madre, ya que las pacientes podían confiar en ellas y tenían la seguridad de que recibían su atención.

Julio Aray (1) en su "Estudio Psicoanalítico del aborto" concede importancia al papel del padre en el mismo y afirma:

"Según Freud el establecimiento de la relación con la pareja parental - constituye el clásico complejo de Edipo, núcleo central de las neurosis."

"La resolución de este conflicto así como el pasaje inicial hacia el padre está determinada en gran medida por la relación amorosa de los padres entre sí (los padres externos) y la de los padres internalizados, La interacción entre los factores internos y externos por medio de los mecanismos de proyección e introyección es lo característico de las relaciones objetales tempranas."

"Un padre con amor suficiente hacia sus hijos, que al mismo tiempo tiene una actitud de protección y amor hacia su compañera genital, brindará un sólido patrón de identificación para que sus propios hijos tengan actitudes similares hacia los suyos en la edad adulta."

Los padres de nuestras pacientes, en un 57%, se caracterizaban por ser desobligados en las cuestiones del hogar, poco afectuosos, pasivos y en un 14 % alcohólicos consuetudinarios, Las pacientes que tuvieron padres alcohólicos, con las agravantes antes anotadas, reflejaban en sus esposos la animadversión que sentían hacia sus padres; ya que en un 71 % se quejan de ellos. Los perciben fríos, distantes, rechazantes, muchas veces desobligados y "malos" por tener la costumbre de emborracharse y pegarles. Algunas comentaron "me pasa lo que a mi madre". Sólo un 20 % de las pacientes consideran

a sus esposos como buenos y demuestran ser felices.

"Además sostiene que un fenómeno común en las pacientes con aborto provocado o espontáneo, es que la presencia del padre es un sostén psicológico del embarazo y su ausencia un peligro para el desenvolvimiento del mismo. La ausencia del padre se refiere no solamente a su desaparición real, sino a la distancia afectiva o a su presencia; pero como seductor.

"En pacientes con aborto espontáneo se encontró que la figura paterna había desaparecido precozmente, ya sea por muerte real o por divorcio de los padres. Durante largos períodos éstas pacientes habían sentido la carencia de figura paterna o poseían figuras paternas sustitutas débiles. La estructuración de su complejo edípico había sido muy perturbada. El autor destacó éste factor de la ausencia paterna no por considerarlo exclusivo, sino por creerlo factor de importancia considerable en el aborto.

"El aborto, sea espontáneo o provocado, desencadena la intensificación de la neurosis de las pacientes, basada en la personalidad previa de las mismas, a la manera de una neurosis traumática."

Esta neurosis se encontró en las pacientes estudiadas por nosotros, ya que presentan defensas neuróticas que controlan la manifestación de un cuadro pato-

lógico emocional franco.

Así también, sigue diciendo Julio Aray, en el aborto espontáneo o provocado el yo es atacado, tanto corporal como psicológicamente. Este ataque al yo induce regresiones y afecta a la personalidad total. Por lo tanto los procesos sublimatorios, como actividades del yo, son afectados junto con otras funciones del mismo.

Este autor en su estudio menciona a Laforgue quien ha considerado que el aborto espontáneo habitual puede ser considerado como una neurosis de fracaso. Julio Aray ha comprobado esta interesante observación en los abortos provocados y además ha visto que la realización del aborto incrementa esta neurosis de fracaso, tanto en la pareja como en la relación con el mundo externo, al cual se desplaza el fracaso en la genitalidad.

Hay un equivalente estricto entre el aborto como fracaso del logro genital y los sucesivos desplazamientos de aquel fracaso. Estos fracasos aparecen con una constancia regular en las otras relaciones objetales, que pasan a ser verdaderos abortos de posibilidades como un modelo de fracasos basados en el aborto.

#### Influencia del aborto en las relaciones objetales:

Debido a las transferencias que se establecen con los distintos objetos, se-

ha observado constantemente un notable incremento paranoico en las relaciones objetales. Es así como muchos trastornos inhibitorios sociales aparecen marcadamente manifiestos después de un aborto. La integración genital de una pareja -- siempre se ve afectada por un aborto. En muchos casos el vínculo se disuelve, en otros, se limita. En abortos espontáneos no siempre o más bien nunca aparecen -- disoluciones de pareja.

Aunque existe el temor por la amenaza de separación en algunas pacientes ya que constantemente escuchan palabras como: "no sirves ni para darme un hijo". ó " te abandonaré si no me das un hijo, en ningún caso ha aparecido una disolución puesto que el esposo no obstante de mostrarse ansioso y tender a presionarlas sí comprenden que "no es culpa de la paciente"

En México no existen trabajos de investigación de éste tipo. Por lo que -- respecta a trabajos de investigación sobre los orígenes psicossomáticos del aborto habitual, se pueden mencionar los realizados en E. U. de N. A., por E. C. Mann \* (8) quien hatenido gran experiencia con pacientes de ésta especie y que en su interesante estudio, efectuado en Nueva York, hace depender de reacciones psicó-- ticas una gran cantidad de abortos de repetición. Entre éstas pacientes se encuentran las mujeres que reaccionan somáticamente a multitud de estímulos psicológi-- cos, resaltando en éste grupo las que han estado sobreprotegidas y que al casarse quieren seguir estándolo anhelando en su subconciente que el esposo substituya a la madre.

Se ha comprobado que la contractilidad intermitente del útero puede despertarse por medio de los registradores de presión actualmente usados en pacientes expuestas a situaciones dolorosas intensas; también se ha notado la influencia de factores emocionales ambientales.

Junto a las pacientes que siempre reaccionan psicósomáticamente, están otras que sólo reaccionan así ante determinados estímulos emocionales. Entre éstas se encuentran las que han tenido embarazos premaritales o abortos criminales. En el estudio de Mann ésta clase de pacientes ocupó el 30 %, existiendo en ellas el complejo de culpa, por el que presentaban los abortos considerados por ellas como expiatorios.

En nuestro grupo como todas las pacientes tenían un factor físico causal de los abortos habituales no se observan sentimientos de culpa ya que no han tenido oportunidad de pensar en provocarse ellas un aborto.

En el grupo de Mann, excluidos los factores ginecológicos productores de abortos, el 91 % de las abortadoras habituales quedaron reducidas al 19 % después de la psicoterapia, mejoría ésta que da una idea de la importancia del factor emocional afectivo que domina en algunas pacientes de éste grupo. (13)\*

Creemos que la psicoterapia, aún cuando el origen del aborto no sea un -

\* El Dr. Juan José Vázquez Romo menciona a E. C. Mann en el cuarto Symposium : Aborto de Repetición Ginec. y Obstetricia de México. -- 1965.

factor puramente emocional en éstas pacientes, es de gran ayuda por la tranquilidad que les procura el poder desahogarse, reduciéndose así su ansiedad.

Lo anterior se observó en las entrevistas psicológicas, pues las pacientes demostraban sus deseos de comunicar sus problemas y sus angustias, cuestiones que al médico, por diversas razones, no lo podían confiar.

Weil Robert y Tupper C. (14) en un estudio sobre "personalidad modo de vida y comunicación": hicieron una investigación de 18 casos de mujeres embarazadas con abortos espontáneos habituales.

El aborto habitual fué discutido en términos de la personalidad, modo de vida y comunicación de las mujeres en estudio. Definiendo los tres factores como sigue:

Personalidad: La organización específica de la personalidad y problemas emocionales del individuo, con sus formas características de ajuste al medio ambiente incluyendo su embarazo.

Modo de Vida: La atmósfera interpersonal, familiar social y cultural en la cual fueron educadas, así también aquella por la cual fueron afectadas en el momento del embarazo, y todo lo demás que se pudo observar.

Comunicación: La mujer embarazada funcionando como un sistema de comunicación: la vida en la cual su hijo es la fuente de continuos mensajes a los cuales responde con un sutil ajuste psicobiológico y la forma en que su personalidad influye cambiando siempre su modo de vida. La acción sostenida sobre el feto, que está creciendo dentro de su útero, produce tales cambios anímicos, que, a medida que aumenta el crecimiento, puede ser la causa de un aborto.

De un amplio grupo de abortadoras habituales, observadas durante largos períodos en sus embarazos, solamente 18 casos fueron seleccionados al azar y fueron estudiadas por distintas disciplinas simultáneamente.

Se les aplicó una batería de pruebas psicológicas. Se estudiaron los aspectos endocrinológicos, así mismo fueron sometidas a pruebas serológicas. Las placentas de la mayoría también estuvieron sujetas a investigación histológica.

Sus pacientes fueron sometidas semanalmente a entrevistas psiquiátricas durante el embarazo.

Los datos más significativos de éste estudio fueron:

- 1.- La personalidad infantil
- 2.- Confusión en su identidad sexual
- 3.- La forma de escoger maridos dependientes e introvertidos.



- 4.- Las restricciones sociales y la baja adaptabilidad.
- 5.- La falta de apoyo social y cultural se debió a su aislamiento e inhabilidad para tomar parte en la vida alrededor de ellas.
- 6.- La amenaza interna y el equilibrio interpersonal en su embarazo.
- 7.- Cantidad variable de excreción hormonal en el período del embarazo.
- 8.- Proliferación colágena en las placentas sometidas a estudio, semejantes a la enfermedad de los disturbios colágenos.
- 9.- La alteración en la prueba de aglutinación serológica titter.

WEIL ROBERT Y TUPPER C. dicen: Sería absurdo en verdad pensar en señalar uno solo de los hallazgos de nuestra investigación de éste estudio como la única causa del aborto habitual.

Y continúan " Todo ser viviente está en constante interjuego para estabilizarse así mismo y mantener su integración. Esto se consigue por numerosos procesos correctivos y circulares entre sistemas. En el aborto habitual como en otras afecciones psicosomáticas, como en otras enfermedades, se trata de múltiples condiciones significativas y de eventos a diferentes niveles que están estrechamente relacionados.

De las 18 pacientes estudiadas 15 llegaron hasta el final del embarazo, dos embarazos fueron interrumpidos y un producto prematuro que murió, lo cual

estadísticamente es satisfactorio.

Por lo tanto éstos autores pueden afirmar que la psicoterapia es capaz de interrumpir efectivamente el proceso de aborto.

El grupo de pacientes de aborto habitual estudiado por nosotros dió características semejantes en algunos aspectos a las de éste estudio, sobre todo en lo referente en la actitud con respecto al padre y esposos.

Se plantea, la necesidad de tomar en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso de aborto habitual, entre ellos el aspecto emocional, ya que la ansiedad en que constantemente se mantienen se refleja en el feto y al aumentar ésta puede producir cambios orgánicos que propicien la terminación prematura del embarazo. Esto es lo que debe y puede evitarse tal y como afirman éstos autores. Otros más piensan y confían en que la psicoterapia puede detener o ayudar a detener el proceso abortivo. También nosotros pensamos que la psicoterapia es eficaz en el tratamiento de éste tipo de pacientes obviamente aunda con los recursos de la terapéutica medicamentosa o quirúrgica específica.

## CAPITULO TERCERO

### MATERIAL Y METODO

SUJETOS: Este estudio se llevó a la práctica en el Hospital de Gineco - Obstétrica No. 2 del IMSS; con pacientes de la Clínica de Aborto Habitual que han tendido un mínimo de tres abortos consecutivos espontáneos y que tienen deseos de ser madres, sea que hayan tenido o no hijos previamente.

La muestra estuvo constituida por pacientes seleccionadas al azar, debido a las naturales dificultades que representa poder obtener un grupo completamente homogéneo de personas con aborto habitual.

Trataremos de describir las características promedio del grupo de pacientes con base en los datos generales obtenidos en la entrevista psicológica.

#### DATOS PRINCIPALES OBTENIDOS EN EL ESTUDIO DE 21 PACIENTES CON ABORTO HABITUAL.

Edad: La edad osciló de los 20 a los 40 años.

Religión: Católica en su totalidad

Estado Civil: 18 pacientes con matrimonio civil y religioso 3 en unión libre.

Lugar de origen: D.F. 9

Provincia: 12

Lugar que ocupan entre los hermanos:

1er lugar : 3

Intermedias : 16

Hija única : 1

Último lugar : 1

Nivel socio económico: Medio y Medio bajo.

Duración media de los matrimonios: 9 años

Pacientes con hijos: 11

Pacientes sin hijos: 10

Abortos primarios: 9

Abortos secundarios: 12

Pacientes con hijos adoptados: NINGUNA

De éstos datos se desprenden los porcentajes siguientes:

La media aritmética de la edad fué de 28 años.

El 100 % profesan la religión católica. El 85 % son casadas y el 15 % restante viven en unión libre.

El lugar de origen fué en un 57 % de provincia y 43 % del D. F.

Tres de los 21 casos examinados ocuparon un primer lugar dentro de los hermanos. Una fué hija única. Otra ocupaba el último lugar. Las 16 restantes,

que alcanzan el 76 % ocupaban lugares variables entre los hermanos.

El 57 % de las pacientes era de abortadoras habituales secundarias, y el 43 % de primarias.

El 52 % tiene hijos y el 48 no los tiene.

Como datos complementarios tenemos los siguientes: Un 76 % de las pacientes alcanzó el nivel de educación primaria; el otro 24 % quedaba comprendido entre las que cursaron secundaria preparatoria, carrera comercial o profesional.

Todas habían trabajado antes de casarse y varias de ellas seguían haciéndolo después de casadas. Tres son empleadas, una es química bióloga, otra es enfermera y otra de ellas es agente de ventas y relaciones públicas. El resto se dedica a las labores del hogar.

Once pacientes entraron a la pubertad sin ningún conocimiento del sexo, y en 7 la menarquía se presentó en forma traumática.

Seis admitieron haber tenido relaciones premaritales.

Como grupo, sus historias clínicas reflejaron la siguiente incidencia de desórdenes que pueden tomarse en cuenta como psicósomáticos:

Diarreas frecuentes en la niñez:	2 casos	
Dermatitis:	1 caso	23 %
Asma, dolores de cabeza frecuentes:	1 caso	
Taquicardias:	1 caso	
<hr/>		
Onicofagia:	1 caso	
Pesadillas frecuentes:	2 casos	
Terrores nocturnos:	5 casos	61 %
Fobias: principalmente a las arañas	2 casos	
Enuresis nocturna	2 casos	
Una de las pacientes refirió haber perdido el habla durante dos meses y que "fue curada por espiritistas".	1 caso	

En un 9 % se encontraron padecimientos mentales en los padres de las pacientes según sus informes.

Un 52 % de las pacientes tenía una imagen de su niñez desdichada y — carente de afecto y carente también de objetos que les proporcionaran alegría. El 48 % restante manifestaba haber cursado una niñez feliz y normal.

Dos pacientes han recibido tratamiento psiquiátrico en consulta externa.

Dos han sufrido internamientos en centros hospitalarios por crisis nerviosas.

Una paciente declaró haber intentado el suicidio hace algún tiempo.

En cuanto a las relaciones sexuales, en un 42 % son satisfactorias. Entre las demás, una presenta actitud de pena ante ellas; otra miedo; Seis no han tenido nunca un orgasmo; sus relaciones son totalmente insatisfactorias; dos francamente rechazan a su compañero. En un 19 % existe el deseo de tener un hijo varón sólo porque el esposo así lo quiere. Estas pacientes ya tienen hijas; pero la búsqueda del varón las ha hecho recurrir al médico después de los abortos.

En cuanto a su médico tratante; un 76 % declaran tener muy buena impresión de él, ya que se expresan en los siguientes términos respecto a su relación: Mi médico me comprende, trata de ayudarme, su trato es muy agradable, me hace sentir confianza en el tratamiento ya que aplica sus conocimientos con interés para resolver mi problema; le estoy muy agradecida. El 24 % restante sólo dicen: Mi impresión del médico es buena, trata de ayudarme pero...creo que podría haber algo más que pudiera ayudarme, quizá un estudio como éste que me está haciendo usted fuera de beneficio, ya que me sirve para conocerme mejor.

De las 21 pacientes el 85 % se sometió con interés al estudio, el otro 15 % sólo como requisito ya que su médico las enviaba para un estudio complementario y ellas sentían que debían acatar las indicaciones.

El 90 % de las pacientes mostró marcado interés en que sus esposos fueran entrevistados por un psicólogo, como un intento para lograr mejor comprensión por parte de ellos.

MATERIAL

Para explorar la personalidad de los pacientes se utilizó EL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA traducido al español por el Dr. RAFAEL NUÑEZ. Se utilizó esta prueba porque es de tipo proyectivo.

El MMPI ; reúne gran parte de los requisitos que debe cubrir una prueba objetiva para determinar o descubrir los principales rasgos de la personalidad.

Se ha observado que posee un alto grado de confiabilidad ; objetividad para su calificación; uniformidad en la aplicación ; y un índice satisfactorio en cuanto a la validez de sus predicciones.

Con el MMPI ; es posible elaborar inferencias sobre la personalidad de un sujeto dado, y hacer pronósticos sobre algunos aspectos de su comportamiento, con un grado suficiente de seguridad.

La prueba proporciona datos objetivos en relación con el estado actual del paciente ; tales como la extensión de la perturbación emocional, la adecuación del control, la posibilidad de somatizar síntomas ; y las condiciones psicóticas entre otros.



### ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LA PRUEBA .

El "Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota", mejor conocido como el MMP; apareció a principios de 1940 en los Estados Unidos de -- Norte América, como un nuevo instrumento destinado a evaluar los rasgos principales de personalidad que actúan en el ajuste social del individuo.

Pertenece a la clase de cuestionarios autodescriptivos y en su contexto de elaboración se emplearon los procedimientos de: formulaciones de los elementos en función de la validez de contenido, el análisis factorial, y la validez cruzada.

Actualmente su aplicación ha alcanzado proporciones sin precedentes. -- Debido en parte a sus orígenes clínicos, y en parte a causa de sus innovaciones técnicas.

Desde su aparición en 1940, y con la publicación de su primer manual -- en 1943; el MMP ha estimulado una corriente continua de investigaciones. En un estudio publicado en 1956, Welsch y Dahlstrom reunieron sesenta y seis artículos de los más importantes, aparecidos entre 1940 y 1954.

En 1959, The Fifth Mental Measurement Year book daba una lista de se--  
cientas setenta y nueve referencias bibliográficas, y el Handbook 1960, de --

Dahlstrom y Welsh contiene más de mil doscientas.

Los autores principales de la prueba, el Dr. S. R. Hathaway, y el Dr. J. Ch. Mc. Kinley, esperaban que el test llegaría a ser tan efectivo, que por medio de su uso habría más posibilidades de afinar el funcionamiento de las escalas y acrecentar su validez general.

La construcción de una prueba de ésta clase implicó un esfuerzo considerable, tanto en la localización de los grupos como en la verificación de los criterios de conducta utilizados en la distribución, tabulación y análisis de las distribuciones de las frecuencias para cada uno de los grupos. Sin embargo, el esfuerzo fué considerado necesario para la derivación de las escalas de la prueba, y los logros que se han obtenido, en cuanto a la precisión incrementada de sus predicciones pronósticas, lo justifican.

#### FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA PRUEBA.

En el uso del MMPI; la suposición subyacente se apoya en la observación de que las personas que son semejantes en la clasificación de sus respuestas a la prueba, suelen ser similares en varios aspectos de su conducta. Por lo tanto determinados perfiles de la personalidad de un individuo, podrían ser sugeridos

por el patrón de sus respuestas, al compararse éstas con las de un grupo previamente identificado.

### PRESENTACION DE LA PRUEBA.

La prueba consta de 566 enunciados; 16 de ellos se encuentran repetidos para facilitar la calificación en las máquinas; y se pide al sujeto que está siendo examinado, que clasifique sus respuestas dentro de tres categorías: verdadero, falso, y no puedo decir.

Existen actualmente dos formas de la prueba, la forma individual y la forma colectiva.

En la primera de ellas las frases o enunciados se encuentran impresos en tarjetas, que el sujeto distribuye en las categorías anteriormente anotadas.

Posteriormente se preparó una forma colectiva con los enunciados impresos en un folleto y una hoja de registro aparte.

Ambas formas están destinadas a adultos, desde los dieciséis años en adelante, y se recomienda la aplicación de la forma individual cuando se examina a personas de educación o nivel intelectual bajos.

Las frases del MMPI; cubren una gran amplitud de temas ; abarcando -- áreas que exploran desde el estado de salud física del individuo, hasta sus actitudes sociales y morales.

Cuando fué publicado por primera vez, el MMPI daba puntuaciones en - nueve escalas clínicas que fueron designadas originalmente por los síndromes que identificaban ( excepto para la escala 5 ) y son las siguientes:

Escala 1 (Hs) Hipocondria, escala 2 (D) Depresión, escala 3 (Hi) Histeria  
escala 4 (Dp) Desviación psicopática, escala 6 (Pa) Paranoia, escala 7 (Pt) -  
Psicastenia, escala 8 (Es) Esquizofrenia y la escala 9 (Ma) Hipomanía.

Posteriormente se han desarrollado alrededor de doscientas trece escalas - nuevas, destinadas a fines diversos según el caso lo requiera.

Las cuatro escalas de validez, no tratan sobre la validez en un sentido - técnico; sino que representan comprobaciones sobre el descuido, la incomprensión, o la actitud en general al resolver la prueba.

Las tres primeras puntuaciones en ? , L y F se utilizan ordinariamente -- para una valoración general del registro del test, y si cualquiera de éstas puntuaciones excede un valor máximo, el registro se considera invalidado.

La puntuación de la escala K, está destinada a actuar como una variable supresora, y se emplea para calcular un factor de corrección que se añade a las puntuaciones de algunas escalas clínicas, a fin de obtener totales ajustados.

A las nueve escalas clínicas originales se ha agregado últimamente una escala de introversión social, incluyéndose de manera rutinaria en los perfiles con el O, como número clave.

En su aplicación usual, el MMPI, procura catorce puntuaciones que incluyen las nueve escalas clínicas, la escala 0 (Si), y las cuatro escalas de validez.

Las normas sobre la muestra original se dan en forma de puntuaciones T con una media de 50, y una desviación típica de 10.

Cualquiera puntuación igual o superior a 70, que alcance dos desviaciones típicas, o más, por encima de la media, se toma generalmente como un punto límite para la identificación de las desviaciones patológicas.

En general, se considera que cuanto mayor sea el número y la magnitud de las puntuaciones de desviación, mayor será la probabilidad que el individuo se encuentre más seriamente trastornado.

Para facilitar la interpretación de los patrones de puntuación, se ha creado un sistema de claves de perfil numérico. En estas claves, la secuencia y disposición de los números permiten ver con rapidez cuales son los puntos altos o bajos en las escalas del perfil del individuo.

Este sistema de codificación, por medio de claves, facilita la consulta rápida de un gran número de datos, en un tiempo relativamente corto, lo cual es de gran ayuda en las investigaciones que se realizan con la prueba.

Dosificar los perfiles también permite hacer énfasis sobre la importancia del análisis configuracional, esto es facilita tomar en cuenta las relaciones de los puntajes obtenidos en las escalas, a fin de lograr una interpretación más completa de los perfiles.

TEST DE INTELIGENCIA BETA

Lindner y Gurvitz, hicieron un extenso estudio del "Examen Revisado -- Beta" que resultó de una reestandarización de la prueba y de sus desviaciones del I.Q.; de acuerdo con el método usado por Wechsler. Los principales hechos del tipo de puntuación y de la estandarización son:

1. Que cada una de las sub-pruebas se convierten en puntuación cuantificable, de tal manera que el resultado puede ser seguro y 2º La computación del I.Q. toma en consideración el hecho de que la habilidad mental medida por la prueba, declina con la edad; alcanzando a su máximo desarrollo cerca de los veinte años.

La prueba consta de seis sub-tests, puede ser administrado en forma individual o en forma colectiva.

Cada sub-test viene precedido de un ejercicio de práctica que muestra al sujeto la forma de realizarlo.

Las funciones que mide cada sub-test son las siguientes:

Sub-test 1.- Atención visual, observación y concentración.

Sub-test 2.- Coordinación visomotriz, memoria.

- Sub-test 3.- Observación, planeación, atención y concentración
- Sub-test 4.- Observación, organización e integración.
- Sub-test 5.- Observación, atención y concentración.
- Sub-test 6.- Observación, rapidéz y exactitud visual.

La calificación de la prueba, de acuerdo con las instrucciones es muy sencilla. Se verifica la suma correcta de los números. Se anota cada uno de los seis puntajes de los seis sub-tests, al lado izquierdo de la columna que se encuentra en la cubierta posterior del cuadernillo del test, marcado "Scores"

Se determina un valor al puntaje pesado para cada sub-test usando la tabla 1 que se encuentra en el cuadernillo, registrándolos en el lado derecho de la columna marcada "Score".

Se suman los seis puntajes y se registra su total en la columna marcada "Total". Se determina la edad del sujeto y se busca su I.Q. Beta en la Tabla 11. Registrando el I.Q. Beta en la columna marcada "Rating" (rango).



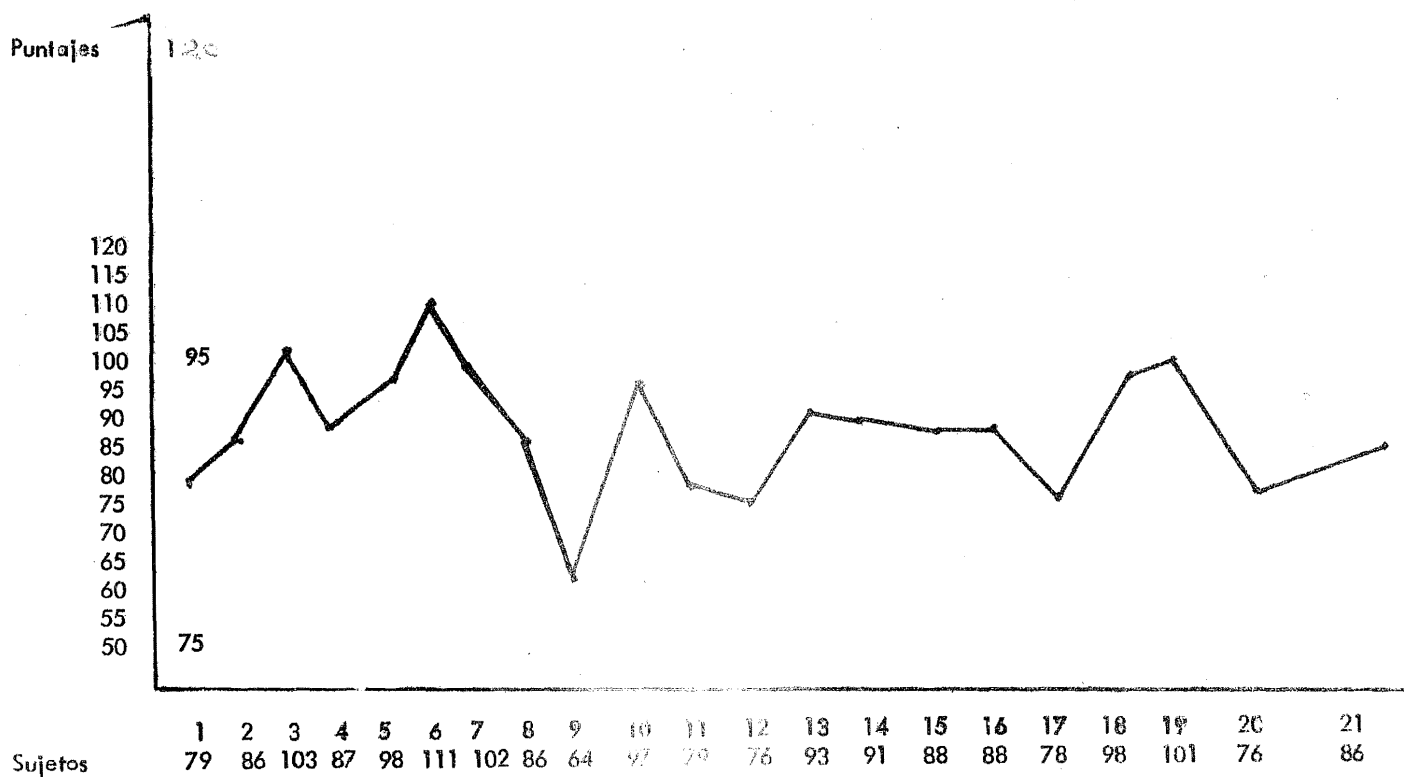
TABLA DE RESULTADOS DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA BETA

Sujeto	Sub-tests					Total	I. Q.		Diagnóstico
	1	2	3	4	5		6		
1	10	9	8	8	5	7	47	79	D. M. SUP.
2	12	11	5	7	6	12	53	86	S. N.
3	8	7	11	10	13	9	58	103	N
4	6	11	7	8	9	9	50	87	S. N.
5	12	11	10	13	9	10	65	98	N
6	13	12	9	15	10	14	73	111	N. B.
7	13	13	10	11	9	13	69	102	N
8	12	11	8	6	9	10	56	86	S. N.
9	6	6	6	6	8	6	38	64	D. M. M.
10	12	14	7	10	6	10	59	97	N
11	8	11	6	8	6	8	47	79	D. M. S.
12	8	11	6	4	5	10	44	76	D. M. S.
13	12	11	8	9	6	9	55	93	N
14	10	10	9	11	8	9	57	91	N
15	12	9	7	9	7	7	51	88	S. N.
16	10	9	9	6	9	14	57	88	S. N.
17	10	9	5	6	7	9	46	78	D. M. S.
18	8	12	8	9	9	14	60	98	N
19	10	11	11	13	9	12	66	101	N
20	6	10	5	4	9	10	44	76	D. M. S.
21	10	7	8	9	9	10	53	86	S. N.

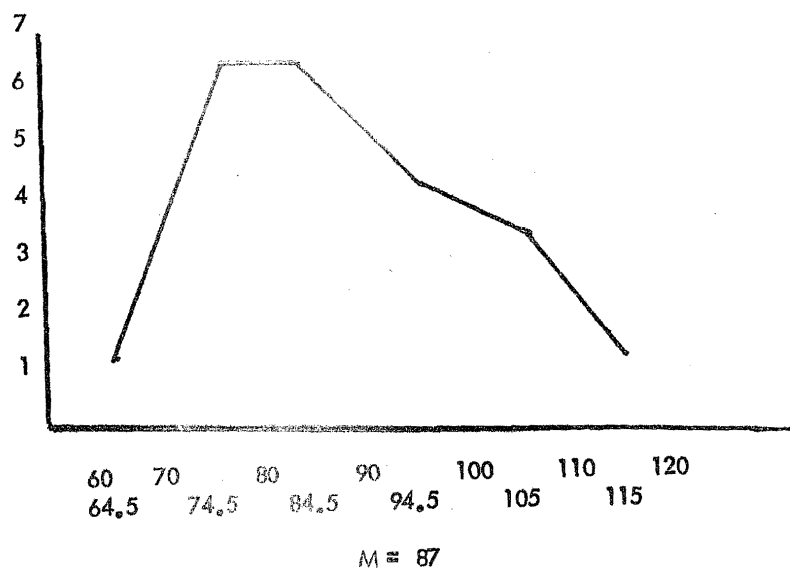
MEDIA ESTADISTICA = 88

Nivel: Sub normal. (S. N.)

CUADRO DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DEL I.Q. DE LAS 21  
PACIENTES CON ABORTO HABITUAL.



CUADRO No. 2



### PROCEDIMIENTO

Puede decirse que no hubo un diseño previo de experimentación, porque el presente trabajo no es producto de un experimento en el sentido estricto. El presente trabajo es consecuencia de una investigación que se llevó a término durante 6 meses, a cuyo final se agruparon sistemáticamente los casos tratados, para derivar conclusiones generales en apoyo de la hipótesis que sirve de materia a ésta tesis.

Sin embargo, es perfectamente posible señalar los pasos de esta investigación en sus líneas generales.

Las pacientes acudían a la consulta médica y ahí se contaba con su historia clínica con datos de laboratorio, Rayos X y otros pero ninguno de índole psicológica. En éstas condiciones se pudo establecer que los abortos obedecían a causas diversas, por ejemplo: había pacientes que presentaban diabetes mellitus; malformaciones congénitas de útero; insuficiencia lútea, infecciones urinarias; insuficiencia rismico cervical, etc. y además otras en las cuales no se había logrado demostrar patología física alguna.

Tomando en cuenta éstos datos y dado también que algunas pacientes ya tienen hijos y otras no han logrado tener ninguno se procedió a escogerlas al azar, (resultando todas las seleccionadas con patología física causal y se conti-

nuo en la siguiente forma:

- 1º.- Establecimiento de la relación psicólogo - paciente
- 2.- Recolección de los datos importantes acerca de su medio ambiente y costumbres por medio de la entrevista psicológica.
- 3.- Administración de los Tests MMPI y BETA
- 4.- Calificación y valoración de las pruebas.
- 5.- Interpretación diagnóstica y formulaciones de posibles conclusiones, posteriores al examen general de los casos.
- 6.- Determinación de frecuencias y elaboración de gráficas.

CAPITULO CUARTO  
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la prueba MMPI.  
Puntuaciones de las escalas (factor K agregado) y sus totales de cada paciente.

No. de sujetos	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	4	5	14	8	19	31	20	22	24	9	26	39	21	48
2	3	4	19	4	15	30	21	23	32	20	40	50	27	32
3	0	4	1	16	10	28	23	23	40	13	32	29	19	31
4	0	2	19	8	26	40	33	32	33	21	41	46	23	38
5	0	9	22	9	29	38	35	31	36	24	38	47	19	56
6	0	7	8	8	16	33	19	21	39	13	30	28	20	47
7	2	5	23	12	23	25	26	23	36	18	34	45	24	36
8	1	9	9	9	23	33	23	21	39	11	34	35	22	49
9	2	6	10	15	15	26	16	20	33	14	33	39	21	36
10	9	3	11	14	21	28	30	28	27	16	34	43	21	31
11	0	1	9	14	23	33	27	28	30	9	27	36	14	25
12	2	2	8	7	18	26	24	18	31	8	27	30	27	35
13	0	5	13	7	22	25	28	32	39	16	31	41	29	40
14	1	7	14	8	25	36	32	23	30	14	42	39	24	45
15	0	8	11	13	23	26	27	25	33	13	31	38	25	30
16	13	6	9	4	18	24	24	24	36	14	31	30	27	32
17	0	8	5	19	22	37	34	29	32	11	30	39	17	46
18	1	2	2	12	13	27	20	17	37	6	30	25	15	25
19	7	1	21	6	21	34	28	35	32	22	36	43	25	35
20	6	9	5	17	24	28	26	20	35	11	34	37	21	35
21	6	7	14	11	18	28	19	19	32	11	35	29	13	41
TOTAL	57	110	240	221	424	636	535	498	706	294	696	788	454	793

La siguiente gráfica muestra las claves obtenidas por cada paciente en la prueba MMPI.

SUJETOS	CLAVE
1.- 8 (Es) 0 (Si) 2"(D) 1 (Hs) 9 (Ma) 4 (Hp) 3 (Hi) 6 (Pa) 7 (Pt) _____	'(75) <sup>4</sup> L:5 F:14 K:8
2.- 8"(Es) 6"(Pa) 9 (Ma) 7 (Pt) 2'(D) 4 (Dp) 0 (Si) 1 (Hs) 3 (Hi) _____	'(59) <sup>3</sup> L:4 F:19 K:4
3.- '2(D) 6 (Pa) 7 (Pt) 4 (Dp) 8 (Es) 3 (Hi) 0 (Si) 9 (Ma) 1 (Hs) _____	'(44) <sup>0</sup> L:4 F:1 K:16
4.- 2"(D) 6 (Pa) 8 (Es) 4"(Dp) 7 (Pt) 1 (Hs) 3'(Hi) 9 (Ma) 0 (Si) _____	'(58) <sup>0</sup> L:2 F:19 K:8
5.- 6"'(Pa) 8 (Es) 2 (D) 0 (Si) 1"(Hs) 3 (Hi) 4 (Dp) 7'(Pt) 9 (Ma) _____	'(51) <sup>0</sup> L:9 F:9 F:22 k:9
6.- 2(D) 0'(Si) 6 (Pa) 8 (Es) 7 (Pt) 9 (Ma) 1 (Hs) 4 (Dp) _____	'(45) <sup>0</sup> L:7 F:8 K:8
7.- 8"(Es) 6' (Pa) 1 (Hs) 9 (Ma) 7 (Pt) 0 (Si) 3 (Hi) 2 (D) 4 (Dp) _____	'(51) <sup>2</sup> L:5 F:23 K:12
8.- 2(D) 0 (Si) 1' (Hs) 8 (Es) 7 (Pt) 9 (Ma) 6 (Pa) 3 (Hi) 4 (Dp) _____	'(45) <sup>1</sup> L:9 F:9 K:9
9.- 8' (Es) 6 (Pa) 7 (Pt) 2 (D) 0 (Si) 9 (Ma) 1 (Hs) 4 (Dp) _____	'3 (Hi) (50) <sup>2</sup> L:6 F:10 K:15
10.- 8"(Es) 6 (Pa) 4 (Dp) 3' Hi ) 2 (D) 1 (Hs) 7 (Pt) 9 (Ma) 0 (Si) _____	'(70) <sup>9</sup> L:3 F:11 K:14
11.- 2 (D) 1' (Hs) 8 (Es) 3 (Hi) 4 (Dp) 6 (Pa) 7 (Pt) _____	'9 (Ma) (63) <sup>0</sup> L:1 F:9 K:14
12.- 9' (Ma) 2 (D) 0 (Si) 8 (Es) 1 (Hs) 3 (Hi) _____	'(62) <sup>2</sup> L:2 F:8 K:7
13.- 9"(Ma) 8 (Es) 6' (Pa) 1 (Hs) 0 (Si) 3 (Hi) 2 (D) 7 (Pt) 4 (Dp) _____	'(45) <sup>0</sup> L:5 F:13 K:7
14.- 2"(D) 7 (Pt) 8 (Es) 1 (Hs) 3 (Hi) 0' (Si) 9 (Ma) 6 (Pa) 4 (Dp) _____	'(64) <sup>1</sup> L:7 F:14 K:8
15.- 8 (Es) 1 (Hs) 9' (Ma) 6 (Pa) 3 (Hi) 4 (Dp) 2 (D) 7 (Pt) 0 (Si) _____	'(70) <sup>0</sup> L:8 F:11 K:13
16.- 9' (Ma) 6 (Pa) 4 (Dp) 8 (Es) 1 (Hs) 7 (Pt) 2 (D) 3 (Hi) 0 (Si) _____	'(51) <sup>13</sup> L:6 F:9 K:4
17.- 2"(D) 3 (Hi) 8 (Es) 4 (Dp) 0' (Si) 1 (Hs) 6 (Pa) 7 (Pt) _____	'(69) <sup>9</sup> L:8 F:5 K:19
18.- 6' (Pa) 2 (D) 7 (Pt) 8 (Es) _____	'9 (Ma) (49) <sup>1</sup> L:2 F:2 K:12
19.- 6 (Pa) 4 (Dp) 8"(Es) 2 (D) 9' (Ma) 7 (Pt) 1 (Hs) 3 (Hi) 0 (Si) _____	'(68) <sup>7</sup> L:1 F:21 K:6
20.- 1 (Hs) 8' (Es) 2 (D) 7 (Pt) 3 (Hi) 0 (Si) 9 (Ma) 6 (Pa) _____	'(54) <sup>6</sup> L:9 F:5 K:17
21.- '0 (Si) 2 (D) 7 (Pt) 1 (Hs) 8 (Es) 6 (Pa) 3 (Hi) 4 (Dp) _____	'9 (Ma) (59) <sup>6</sup> L:7 F:14 K:11

Enseguida se presenta la media aritmética de los puntajes totales de cada escala de la prueba MMPI.

No. de escala	Total	Media Aritmética
?	57	2.71
L	110	5.23
F	240	11.42
K	221	10.52
1	424	20.19
2	636	30.28
3	535	25.47
4	498	23.71
5	706	33.61
6	294	14
7	696	33.14
8	788	37.52
9	454	21.61
0	793	30.76



MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA  
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

PERFIL

- 52 -

Nombre GENERAL  
(letra de molde)

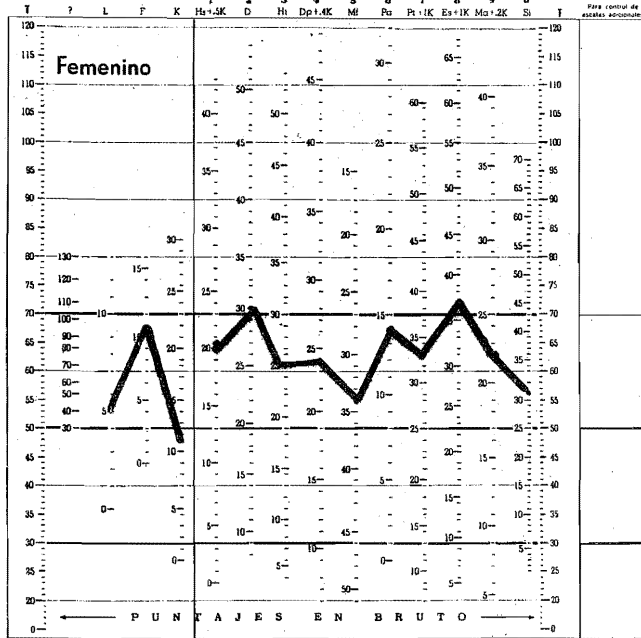
Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_

F  
Femenino



Fracciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS  
CLAVE GENERAL

82' 6179430 (55)<sup>3</sup> 5:11:11.

Puntaje en bruto 3-5- 11- 11-20-30-25-24-34-14-37-37-22-31

Agregar factor K \_\_\_\_\_  
Puntaje corregido \_\_\_\_\_



Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### INTERPRETACION DE LAS CODIFICACIONES

La interpretación de la clave obtenida a través de la media aritmética de los puntajes totales de cada escala y que fué  $82' 6179430 (55)^3 5:11 - :11$ , considerando únicamente las dos escalas más elevadas del perfil según las indicaciones de Dahlstrom y Welsh (1962) es la siguiente:

La clave 82' 6 28: de acuerdo con los autores antes mencionados, la clave se encuentra rara vez en los adultos normales, mostrándose un incremento en la elevación del puntaje en muestras psiquiátricas, especialmente en grupos hospitalarios.

Hathaway y Meehl, (1962) encontraron que la depresión, la ansiedad y la agitación son los síntomas predominantes en el cuadro clínico que estas personas presentan. Desde el punto de vista del diagnóstico, están incluidos dentro de la clasificación psicótica.

Las personas que obtuvieron la clave 82' fueron descritas por sus observadores como poco sociables, con dificultad para concentrarse, e incapaces de sobrellevar con eficiencia sus actividades cotidianas.

Estos pacientes muestran extrema sensibilidad y suspicacia tendencias de tipo hipocondríaco, y la apatía e indiferencia son manifestaciones de

conducta que presentan frecuentemente.

Marks y Seeman, (1963) anotan las siguientes características descriptivas para éste tipo de pacientes:

1.- Conservan la distancia afectiva en su trato con las personas, evitan las relaciones interpersonales profundas, y temen involucrarse afectivamente con los demás.

2.- Manifiestan tendencias hipocondríacas, gran parte de sus conflictos psíquicos están representados por síntomas somáticos. La mayoría presentan alteraciones en el dormir, y algunos obtienen ganancias secundarias por medio de sus síntomas.

3.- No participan en las actividades del grupo, mostrando una conducta de resistencia pasiva.

4.- Se quejan con frecuencia de debilidad y fatiga.

5.- Muestran depresión en sus estados de ánimo.

6.- En su manera de pensar son estereotipados, carecen de originalidad en su forma de abordar los problemas cotidianos. Ocasionalmente se presenta el pensamiento de tipo obsesivo - compulsivo.

7.- Se irritan con facilidad y temen la pérdida del control.

8.- Tienen conflictos interiores relacionados con la sexualidad, carecen de autoaceptación, y son muy defensivos para admitir conflictos de tipo psicológico.

De la interpretación completa de la codificación obtenida de nuestras pacientes considerando la inter-relación entre las escalas clínicas y de validez encontramos lo siguiente en términos generales; Corresponden al tipo de pacientes que en cuanto a si mismas: se caracterizan por tener un temperamento sentimental, son tranquilas aunque individualistas e insatisfechas. Además son personas que se preocupan demasiado; son emotivas; bondadosas, muestran un estado de malestar por su fracaso para lograr satisfacciones y para lograr adecuada adaptación; se encuentran deprimidas, preocupadas y pesimistas; mostrándose generalmente irritables, con molestias de las que se quejan con frecuencia.

En relación con su medio ambiente: Tienen como características principales; ser optimistas, expansivas, decididas; no se encuentran atadas a las costumbres sociales que las rodean; poseen amplia variedad de intereses; son versátiles, un tanto modestas, pausadas, ordenadas y comunicativas. Sin embargo, en ocasiones dan la impresión de ser perfeccionistas y difíciles de darse a conocer realmente; terca en sus posturas; un tanto arrogantes, presumidas, oportunistas e inconformes eternas.

En sus relaciones interpersonales :

Generalmente son amistosas y leales, un tanto dependientes, devotas y honestas, aunque tienden a ser hostiles con las demás personas, dadas a preocuparse demasiado por lo que otros puedan pensar o decir de ellas, francas y tenaces, deseosas de agradar, con sentimientos de inferioridad, indecisas, aunque se conservan individualistas e insatisfechas ante las demás personas.

En relación con el terapeuta: Puede considerarse que conservan su suficiente capacidad para organizar su vida personal y mantener en orden su actividad en el trabajo.

Sin embargo, se encuentran en la etapa en que presentan defensas neuróticas que controlan la manifestación de un cuadro patológico emocional franco. Reconocen fácilmente su propia autodepreciación, su bajo estado de ánimo y su gran preocupación por cosas pequeñas y aparentemente sin importancia. Se dan cuenta de su estado cayendo fácilmente en la apatía, aislamiento y / o excentricidad. También presentan una combinación de depresión y síntomas somáticos, que puede interpretarse como un signo favorable para responder adecuadamente a la psicoterapia, principalmente aquellas que muestran un cuadro de reacción depresiva debido a las circunstancias ambientales.

## CAPITULO QUINTO

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

RESUMEN: En éste trabajo se ha hecho el intento de relacionar la influencia del aborto de repetición con el estado emocional de las pacientes. El intento queda de manifiesto en la hipótesis del trabajo: "La continua ansiedad de las pacientes con aborto repetido les crea una disposición psicológica anormal hacia la sociedad, hacia las personas, hacia su esposo y hacia sí mismas".

El estudio se realizó en la Clínica de Aborto Habitual del Hospital - de Gineco Obstetricia No. 2.

El grupo estuvo constituido por 21 pacientes con antecedentes de -- aborto habitual ( tres ó más abortos espontáneos consecutivos) en las cuales se había demostrado una patología física como causa (según resultados posteriores).

La muestra fué seleccionada al azar. De una manera preliminar se -- consideraron los aspectos para el tema; como lo son: el problema, la importan -- cia y las limitaciones del estudio. Se mencionaron algunas investigaciones rea -- lizadas en pacientes con aborto habitual y se hizo una breve descripción de -- las técnicas empleadas para tratar de resolver el problema del mismo.

Se clasificó al grupo objeto del estudio, en cuanto a edad, escolari

dad, religión, estado civil y demás características importantes, se describieron los tests utilizados y los sistemas de calificación.

Se describió también el procedimiento usado y se reportaron los resultados obtenidos los que fueron explicados por las características de la muestra y de los tests.

El objetivo de éste trabajo fué llamar la atención sobre el problema del aborto habitual, del que se derivan estados perjudiciales a las pacientes -- que representa un problema serio en la estabilidad emocional de las mismas no sólo porque les produce malestar, sino por su repercusión en la sociedad.

CONCLUSIONES

- 1.- En la práctica se encontró que el aborto habitual sea cual sea su causa origina en las pacientes estados específicamente depresivos y aumenta su ansiedad.
- 2.- El 90 % de las pacientes dieron gráficas en la prueba MMPI. que pueden considerarse sobrepasan los límites normales.
- 3.- La clave general de las pacientes en promedio fué 82' 6179430  
(55)3 L:5 F:11 K:11
- 4.- El pico de perfil que nos dió la clave media fue 82'
- 5.- Existe problema emocional aparente, en las pacientes que sufren de aborto habitual, con respecto a las personas, la sociedad, el esposo y consigo mismas por lo que confirmamos la hipótesis cuya comprobación constituyó el objetivo de éste estudio.
- 6.- Existe en las pacientes una combinación de depresión y síntomas somáticos, que pueden interpretarse como un signo favorable para responder adecuadamente a la Psicoterapia, principalmente -



porque el cuadro que muestran es de reacciones depresivas debida a circunstancias ambientales que en éste caso, son las circunstancias derivadas de la problemática del aborto habitual.

7.- Esta última conclusión es la más importante ya que fundamenta y confirma la efectividad del tratamiento psicoterapéutico en mujeres con riesgo de aborto habitual ya que facilita el logro del producto y es eficaz para detener el proceso evolutivo del aborto.

8.- El problema emocional afecta también el rendimiento de sus funciones intelectuales en general, ya que el 62 % de las pacientes alcanzó un nivel sub-normal, al rededor de 88 de Cociente Intelectual como media estadística.

## COMENTARIO FINAL

Aún cuando el presente trabajo no pretende analizar los factores -  
psíquicos como causantes del aborto habitual en sí sino más bien conocer el -  
estado emocional de las pacientes y las repercusiones familiares y sociales que  
implica dicha situación, es conveniente hacer un análisis de dichos factores.

Numerosos autores al estudiar grupos de mujeres en las cuales no se  
demostró ninguna alteración anatómica o funcional del aparato reproductor -  
han encontrado como factores psíquicos importantes en la etiología del aborto  
habitual, los siguientes:

- 1.- Deficiencia de formación en la adolescencia con traumas --  
psico-sexuales.
- 2.- Falta de información sobre la menarca (menarca traumática).
- 3.- Características inadecuadas para sobrellevar la responsabili-  
dad materna o del hogar.
- 4.- Ansiedad causada por un temor desconocido al parto.
- 5.- Madres rechazantes, frías, obsesivas, y poco carifiosas para-  
con sus hijos.

6.- El mismo aborto habitual ya que crea en la mujer frustraciones y "neurósis de fracasos" lo cual influye también en la terminación prematura del embarazo.

Por otra parte algunos autores conceden gran importancia a la figura paterna. Un padre con amor suficiente hacia sus hijos y que al mismo tiempo tiene una actitud de protección y de amor hacia su compañera, brindará un sólido patrón para que sus propios hijos tengan actitudes similares hacia los suyos en la edad adulta.

Así, en nuestro estudio se encontró que la mayoría de los padres de las pacientes eran irresponsables en las cuestiones del hogar, poco afectuosos, pasivos y algunos alcohólicos consuetudinarios, lo cual se reflejaba en sus hijas como una animadversión hacia el esposo y evocando a veces que era la misma situación que les tocó vivir a sus madres. Además ARAY sostiene que la presencia del padre es un sostén psicológico del embarazo y su ausencia un peligro para el desenvolvimiento del mismo; Esta ausencia no se refiere solamente a la separación real sino también al distanciamiento afectivo.

En muchas pacientes con aborto habitual se encontró que la figura paterna había desaparecido precozmente ya sea por muerte real o por divorcio, otras por ausencia durante largos períodos y algunas más porque poseían figuras

paternas substitutas débiles.

El aborto habitual implica muchas repercusiones ambientales; por ejemplo, después de un aborto surgen muchos trastornos inhibitorios sociales y familiares, pues en muchos casos el vínculo marital se disuelve y en otros se limita, sin embargo, en nuestro grupo estudiado no se observó ningún caso de disolución de la pareja.

MANN, en su estudio muestra la importancia de la psicoterapia con la mejoría observada al disminuir los casos de abortadoras habituales de 91 % a solo 19 %, hecho que da una idea de la importancia del factor emocional afectivo que domina en algunas pacientes de este grupo. En el grupo estudiado por nosotros se encontraron los datos mencionados al principio de este comentario y que coinciden con los de otros autores en lo que se refiere a la falta de afectos en la niñez, con la figura paterna y con los esposos. En nuestro estudio clasificando a las pacientes por edades, lugar que ocupan entre los hermanos, estado civil, religión, nivel socio-económico y cultural, número de hijos y años de matrimonio, se encontró que un 23 % presentó trastornos psico-somáticos en la niñez y otro 61 % alteraciones de tipo psíquico. En cuanto a sus relaciones sexuales en el 42 % eran satisfactorias, las demás presentaban miedo, vergüenza, rechazo hacia el compañero y en algunos casos frigidez. Por otra parte, el 90 % de las pacientes mostró marcado interés en que sus esposos se sometieran también a entrevistas psicológicas para lograr una mejor comprensión -

del problema por parte de ellos.

Según los resultados de los tests aplicados por nosotros se encontró que existen problemas emocionales en las pacientes con aborto habitual con respecto a las personas, la sociedad, el esposo y consigo mismas. Al parecer dicha situación cursa también con un descenso en las funciones intelectuales ya que un 62 % de las pacientes alcanzó un cociente intelectual de 88 o sea un nivel subnormal.

CONCLUSION: Se puede afirmar por lo tanto, que la psicoterapia puede efectivamente interrumpir el proceso de aborto en mujeres abortadoras habituales sin alteración anatómica o funcional del aparato reproductor. Asimismo en las pacientes con trastornos anatómicos funcionales comprobados, es útil para disminuir la angustia y sentimientos de frustración así como los trastornos de conducta que influyen tanto en su vida social y familiar, así como en su propia persona.

Aún cuando el origen del aborto habitual no sea un factor puramente emocional, la psicoterapia es de gran utilidad en todo tipo de pacientes abortadoras y una vez más hago hincapié en mi sugerencia de que a toda paciente abortadora habitual además de su historia clínica se le practique un estudio psicológico completo para brindarle ayuda psicoterapéutica.

- 1.- Aray Julio  
Aborto. Estudio Psicoanalítico.  
Ediciones Hormé  
Buenos Aires, Diciembre 1968

---
- 2.- Helen Deutsch  
Psicología de la Mujer  
Tomo 11 Edit. Losada.

---
- 3.- José Luis Gonzales Chávez  
Relación Madre-Hija  
Esterilización e infertilización  
Cuadernos de Psicoanálisis  
Vol.1 Oct- Dic. 1965 Pag. 323-327

---
- 4.- Javert C.T.  
Spontaneous and Habitual Abortion  
Aspectos Psicosomáticos  
618:33: J.41 No. 777  
Pag. 317-339

---
- 5.- Javert y Carl Further  
Follow up on Habitual Abortion patients  
American Journal Obst and Gynec  
84:1149 - 59 Nov. 62

---
- 6.- Marie Langer  
Alguna aportaciones a la Psicología de la menstruación

Revista de Psicoanálisis

Buenos Aires, Oct. 1964 año 11 # 2

---

- 7.- Dr. Carlos Mac Gregor  
Dr. Rodolfo Quiñones  
Dr. Luis Manuel López S.  
Dra. Irma Mendoza Aréstegui.  
Factores determinantes del aborto habitual  
Gineco Obstetricia Mexicana Vol. 27 año XXV No. 161  
Marzo 1970 - pag. 331.
- 

- 8.- Mann E.C.  
Med. Soc. Bull 62:484  
1959
- 

- 9.- Rafael Nuñez  
Aplicación del MMPI a la Psicopatología  
El manual Moderno 1968.
- 

- 10.- O' Kaser  
Ginecología y Obstetricia 1971  
Aborto habitual Causas Psicológicas  
Pag. 699 - 701 Edit. Salvat.
- 

- 11.- Santiago Ramírez  
Esterilidad y Fruto, Psicología de la función procreativa  
Edit. Pax Mexico

Asociación Psicoanalítica Mexicana

1a. edición Junio 1962.

---

- 12.- Rothman D y Kaplan  
A.H. OBST and Gynec. Psychodynamics of habitual abortion  
Reportpg of 3 cases treated with Psychotherapy.  
25 : 457, 1965  
462
- 

- 13.- Dr. Juan José Vázquez Romo  
Cuarto Symposium: Aborto de Repetición  
XII Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia  
Torreón Coahuila.  
Gineco Obsteer Obstetricia de México  
Vol. XX Abril 1965 pag. 245.
- 

- 14.- Weil Robert J and Tupper C.  
Personality, life, situation and comunication  
A Study of Habitual Abortion  
Psychosomatic Medicine  
Vol XXII Jan - Dec. 1960, pag. 448-455
-



- 15.- Williams H. James  
The problem of Spontaneous Abortion  
American Journal : Tema : Uso de la Psicoterapia en el Aborto  
Habitual. Obst. And Gynec. 85:38:40  
January 63.
- 

- 16.- Williams  
Ginecología y Obstetricia 1973.  
Aborto Habitual, Enferm. Psiquiátricas  
Pag 444- 447 Edit. Salvat.
- 

- 17.- Mecanismos Psicoanalíticos  
Los períodos de la evolución sexual  
Psicoanálisis de la esterilidad femenina  
Pag. 55 Revista de Psicoanálisis Vol. 11 1944-45  
Asociación Psicoanalítica Argentina
- 

CLINICA DE ABORTO HABITUAL

- 18.- X Aniversario  
Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico  
Nacional I.M.S.S. México D.F. 1971 Pag. 61-65
- 19.- ~~Monografías de Ginecología y Obstetricia~~  
Amerhgou 1969  
Aborto Habitual, Factores psicosomáticos  
Dr. Felipe Hernández Rosales pag. 152-153.

**ESTA TESIS FUE IMPRESA EN  
VEGA IMPRESORES S. de R. L.  
OFICINAS EN AV. UNIVERSIDAD No.  
1855 TEL. 548-73-48 TALLERES  
EN COL. JARDIN BALBUENA No. 147  
CALDA. I. ZARAGOZA TEL. 762-06-70  
SERVICIO A DOMICILIO**