

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**RASGOS DE PERSONALIDAD DE LAS MUJERES
INFÉRTILES Y UNA PROPUESTA DE ABORDAMIENTO
TERAPEÚTICO**

Informe Final de investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

**JESSICA EDINA CÁRDENAS DE PAREDES
MILDRED AZUCENA CAAL**

Previo a optar al Título de

PSICÓLOGA

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, octubre de 1997

13
T(1090)
C. 4

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS



cc: Control Académico
CIEPAs.
archivo

REG. 1040-97

CODIPs. 1041-97

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Octubre 28 de 1997

Señoritas Estudiantes
JESSICA EDINA CARDENAS CHUPINA DE PAREDES
MILDRED AZUCENA CAAL
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto SEXTO (6o.) del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y SIETE (39-97) de Consejo Directivo, de fecha 27 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES INFERTILES Y UNA PROPUESTA DE ABORDAMIENTO TERAPEUTICO", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

JESSICA EDINA CARDENAS CHUPINA DE PAREDES CARNET No. 92-10967

MILDRED AZUCENA CAAL CARNET No. 92-17470

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Walter René Soto Reyes y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce c.
SECRETARIA



/Rosy

SAN CARLOS
MALA



LA DE
COLOGICAS
Jirajarrilla, Zona 12
780085, ext. 480-1
787218, fax 4760014
*SIC@edu.gt
NTR@AMERICA

CIEPs. 62/97

[Signature]
27-10-97

REG. 1040/97

Guatemala, 16 de octubre de 1997.

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

RECIBIDO
22 OCT 1997
[Signature]
15:30 HORA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orante T., ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES INFERTILES Y UNA PROPUESTA DE ABORDAMIENTO TERAPEUTICO"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE
JESSICA EDINA CARDENAS DE PAREDES
MILDRED AZUCENA CAAL

CARNE No.
92-10967
92-17470

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICDA. EDITH REOS DE MALDONADO

COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



ERDM/edr

c.c. Docente Revisor
Archivo

JUAN CARLOS
MILA



UNIVERSIDAD DE
GUATEMALA
FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA
CALLE 13-01, ZONA 12
GUATEMALA, GUATEMALA
TEL: 2382 4900, ext. 490-1
FAX: 2382 47000114
E-MAIL: jcm@gu.edu.gt
WWW.GUATEMALA.GU

CIEP4. 59/97

Guatemala,
16 de octubre de 1,997.

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,
titulado:

**"RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES INFERTILES Y UNA PROPUESTA
DE ABORDAMIENTO TERAPEUTICO"**

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

JESSICA EDIWA CARDENAS DE PAREDES
MILDRED AZUCENA CAAL

CARNE No.

92-10967
92-17470

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito
DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID ENSEÑAD A TODOS"

LIC. CARLOS E. ORANTES

DOCENTE REVISOR

c. c. Archivo
Docente Revisor



DE SAN CARLOS
ATEMALA



ESCUELA DE
PSICOLOGICAS
Universidad, Zona 12
4. 4760085, ext 490-1
2. 4767219, Fax 4700014
ACPSIC@edu.gt
CENTRO AMERICA

10 de septiembre de 1997

Licenciada
Edith Ríos de Maldonado
Coordinadora CIEPs.
Edificio

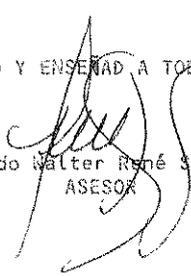
Licenciada Ríos:

Por este medio informo a usted que he procedido a la asesoría del Informe Final titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES INFERTILES Y UNA PROPUESTA DE ABORDAMIENTO PSICOLOGICO" elaborado por las estudiantes: JESSICA CARDENAS DE PAREDES, carné No. 92-109657 y MILDRED AZUCENA CAAL, carné No. 92-17470, de la Carrera de Licenciatura en Psicología.

Por considerar que el Informe en mención cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs., doy mi aprobación, y solicito se proceda con los trámites establecidos.

Atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciado Walter René Soto Reyes
ASESOR

/Maribell.



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
09004, 4700005, ext. 450-1
09002, 4707210, fax 4700914
USACPSIC@edu.gt
C.A. CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1040-97

CODIPs. 749-97

APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Septiembre 3 de 1997

Señoritas Estudiantes
Jéssica Edina Cárdenas de Paredes
Mildred Azucena Caal
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señoritas Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.) del Acta VEINTISIETE NOVENTA Y SIETE (27-97) de Consejo Directivo, de fecha 14 de agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES INFERTINES Y UNA PROPUESTA DE ABORDAMIENTO TERAPEUTICO", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

JESSICA EDINA CARDENAS DE PAREDES

CARNET No. 92-10967

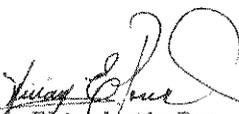
MILDRED AZUCENA CAAL

CARNET No. 92-17470

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Walter René Soto Reyes."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



ACTO QUE DEDICO

- S. Por haberme iluminado con su sabiduría para poder concluir mis estudios.
- ESPOSO:** WILLIAM JEOVANNY PAREDES VALDEZ; por ser el pilar fundamental y fuente inspiradora que hizo llevar a feliz término el triunfo el cual dedico especialmente.
- HIJA:** DULCE ROCIO PAREDES CARDENAS; para que mi triunfo sea ejemplo de superación constante.
- PADRES:** CARLOS HUMBERTO CARDENAS ARGUELLO, BLANCA LIDIA CHUPINA DE CARDENAS; por el apoyo constante que me brindaron a lo largo de mi carrera.
- HERMANOS:** LUZ AMALIA, CARLOS ESTUARDO, BLANCA EDITH y CRISTIAN JONIVAN; con cariño especial.
- ABUELOS:** HUMBERTO CARDENAS GATICA (Q.E.P.D.), FILOMENA ARGUELLO DE CARDENAS, FAUSTINO DE JESUS CHUPINA MONTERROSO y HORTENCIA ALVAREZ DE CHUPINA; por ser un digno ejemplo para mi formación personal.
- SOBRINOS:** LUZ DE MARIA, MARGARETH, JORMAN, GUADALUPE y ANA BELEN; con cariño especial.
- SUEGROS:** EDGAR BOHEME y CIRILA VALDEZ; por la valiosa aportación y paciencia.

Mi familia en general, con especial cariño.



ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por haberme dado sabiduría, guiado e iluminado en la presente consecución.

A: Mi madre, MARTA JULIA y mi abuelo, FRANCISCO; en respuesta a sus sacrificios y consejos.

A: Mi esposo, HENRY GEOVANY y mi hijo, HENRY JOSUE; por la comprensión, el amor, y el apoyo incondicional que en todo momento me brindaron.

A: Mis tios, ALICIA, ELEONOR, OLIVIA, RIGOBERTO y EDELBERTO; mis primos, HEMBLY, MARLON, HOLGUER, HALLEY, ELIAS y ANALY, por su apoyo, confianza y afecto.

A: Quienes han viajado a la vida eterna y están presentes en mi corazón y mi pensamiento, ERICK, WALDOMERO, abuela OTILIA, tia CARMEN, JESUS y GANDY.

A: Mis suegros, AUGUSTO y ANA MARIA, por su apoyo.

A: Todas las personas que de una u otra manera colaboraron con la realización y culminación del presente trabajo, especialmente a las familias FLORES SALAZAR y PINEDA VASQUEZ.

AGRADECIMIENTO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

A nuestra ASESORA EXTRAORDINARIA: Licda. Ileana Godoy Calzia, por su orientación, sugerencias, revisión y corrección durante el desarrollo del presente trabajo.

A nuestro ASESOR MEDICO: Dr. Boris Mendía Alarcón, por el apoyo, colaboración e interés en el presente trabajo.

A nuestro REVISOR: Lic. Carlos Orantes, por su paciencia, orientación, comprensión e interés en la revisión del presente trabajo de investigación.

A la Licda. Edith Ríos de Maldonado, por su atención, colaboración y orientación en el transcurso del trabajo de investigación.

Al Dr. Edwin Morales Flores, Director de la Clínica de la Mujer de APROFAM, por la cooperación y apoyo que en el trabajo de campo nos brindó.

A las mujeres infértiles entrevistadas y evaluadas que con su colaboración hicieron que se llevará a feliz termino esta investigación.

Al personal administrativo de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en especial a Estelita y Rosy por su atención.

NUESTROS PADRINOS

Licda. Ileana Godoy Calzia
Licda. Edith Ríos de Maldonado
Dr. Boris Mendía Alarcón
Lic. Walter Soto Reyes

CAPITULO I

INTRODUCCION

Esta investigación se basó en el estudio de los rasgos de la personalidad de la mujer infértil. Se realizó en la Clínica de la Mujer de la Asociación Pro-Bienestar de la Familia (APROFAM), en una población de mujeres de diecinueve a cuarenta años, en el periodo comprendido de julio a septiembre de 1997.

Las personas que asisten a la Clínica de la Mujer de APROFAM lo hacen porque fueron referidas a dicha institución por médicos particulares y personas que ya han tenido tratamiento, por el buen servicio, bajo costo y por su especialidad.

Este estudio tiene su fundamento en un problema real de la mujer guatemalteca; se consideró de interés e importancia porque hasta el momento se desconoce las características de personalidad de las mujeres guatemaltecas infértiles.

Se pudo comprobar que existe mayor incidencia de infertilidad primaria, ya que estas mujeres nunca han concebido.

Los problemas de infertilidad pueden obedecer a causas nutricionales, endócrinas, vaginales, cervicales, uterinas, tubáricas, ováricas, psíquicas y coitales.

En este estudio se identificaron los rasgos de personalidad más significativos de las mujeres infértiles, medidos a través de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, que mide nueve escalas clínicas y maneja tres escalas de validez.

También se observó el aspecto personal, actitudes y conductas de las señoras durante la entrevista; la información que se obtuvo sirvió para elaborar la Historia Clínica Psicológica; los resultados del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota corroboraron los rasgos de personalidad observados en la entrevista.

Se propuso que el 50% de las mujeres infértiles evaluadas manifestarían predominantemente rasgos de depresión, ya que estarían tristes, apáticas, con agitación, insomnio, sentimientos de inferioridad y culpa.

Comprobándose que el 73% de las mujeres evaluadas manifiestan rasgos de personalidad esquizoide; caracterizadas por ser acéntricas, se encuentran socialmente

introvertidas, tienden a evitar la realidad, aunque pueden adaptarse socialmente.

Dentro de nuestras conclusiones proponemos que las mujeres infértiles evaluadas en el presente estudio necesitan atención psicológica; en su preocupación de no concebir, es un factor contribuyente que las lleva a sentirse solas, frustradas, tristes y vacías. Esto repercute en su afectividad, su comportamiento y en los resultados de los tratamientos de infertilidad.

Proponemos como una técnica de Tratamiento Psicológico la Logoterapia, a través de la cual se les ayudará a encontrar un sentido propio de vida y a enfrentarse a los diversos tratamientos médicos a los cuales debe someterse por períodos largos de tiempo.

También se propone el abordamiento de la Psicoterapia de Grupo cuya finalidad primordial es aliviar el estrés emocional, cambiar las reacciones defensivas por formas de comportamiento satisfactorias dentro de la sociedad.

Es importante que las mujeres con problema de infertilidad descubran que otras mujeres tienen el mismo problema.

Agradecemos a los profesionales: Dr. Boris Mauricio Mendía, Licda. Ileana Godoy Calzia, Licda. Edith Ríos de Maldonado, Dr. Ricardo García Manzo, Lic. Walter René Soto Reyes y Lic. Carlos Orantes por la ayuda y apoyo que incondicionalmente nos brindaron en la realización de este trabajo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En la sociedad guatemalteca hay mujeres infértiles, de acuerdo a la bibliografía recopilada, existe del 10 al 15% de mujeres que se ven afectadas por este problema, debido por diversas causas no pueden concebir después de un año de vida sexual activa, sin utilizar anticonceptivos.

Según Novak, "Existen dos tipos de infertilidad: primaria, término utilizado para denominar aquellas mujeres que nunca han concebido. Secundaria, es cuando a una mujer ya ha tenido un embarazo comprobado e, independientemente de cual haya sido la resolución, y posteriormente no puede concebir luego de un año." (1)

RECUADRO No.1

La infertilidad femenina, según Benson, "Puede obedecer a las siguientes causas:

a. Nutricionales: Hipovitaminosis, deficiencia de proteínas y anemia por deficiencia de hierro.

b. Endócrinas: Hipofisiaria, la ovulación y el embarazo dependen de la producción normal de tirotropina, adrenocorticotropina y gonadotropinas. La hipo o hiper función pituitaria provoca insuficiencia ovárica secundaria. El hipotiroidismo es una causa de anovulación, infertilidad y aborto.

(1) Novak, Edmund. Tratado de Ginecología. Editorial

Interamericana. México, 1977. p.p. 794.

El hipertiroidismo produce infertilidad cuando es muy marcado, también es causa de amenorrea. Adrenal, la sobreactividad suprarrenal reduce la ovulación; la insuficiencia, en cambio, produce atrofia gonadal.

c. Vaginales: Entre las anomalías congénitas de la vagina se encuentran la ausencia vaginal, ginatresia, himen imperforado o cribiforme.

d. Cervicales: Las anomalías del desarrollo (doble cervix, incompetencia del orificio) pueden impedir el avance de los espermatozoides o ser causa de aborto.

Los tumores cervicales pueden obstaculizar parcialmente el paso de los espermatozoides y causan escurrimiento que puede hostilizar al esperma.

La cervicitis da lugar a secreciones viscosas, ácidas y a veces purulentas que afectan a los espermatozoides; estas infecciones se deben comúnmente a estafilococos, estreptococos, gonococos y tricomonas.

e. Uterinas: Las anomalías congénitas del cuerpo uterino pueden impedir el desarrollo normal del óvulo por falta de espacio. Los tumores uterinos adelgazan el endometrio, causan hemorragia y flujo, alteran la circulación sanguínea, y distorsionan o reducen la capacidad uterina. Los padecimientos endometriales impiden la anidación o el desarrollo del embarazo.

f. Tubáricas: La obstrucción de la luz tubárica obedece casi siempre a una infección, pero también pueden presentarse casos congénitos de diatresia o de falsas vías.

g. Ováricos: Las anomalías congénitas dan lugar a insuficiencia ovárica primaria. Las infecciones del ovario pueden causar infertilidad por prolongar la fase pre-ovulatoria y por acortar y eliminar la fase secretora del ciclo. Los tumores del ovario pueden alterar la función o destruir el órgano. La endometriosis altera la arquitectura ovárica y deteriora la función gonadal.

h. Psíquicas: La anorexia nerviosa, la aprehensión,

algunas formas de neurosis y de esquizofrenia, causan frecuentemente anovulación o amenorrea.

i. Coitales: Las duchas, lubricantes, anticonceptivos y desodorantes pueden diluir, inactivar o destruir los espermatozoides." (2)

Para hacer el diagnóstico es importante considerar los siguientes aspectos:

1. Historia Clínica
2. Examen Ginecológico
3. Pruebas Hormonales
4. Otros estudio que incluyen exámenes de laboratorio, ultrasonido pélvico, histerosalpingografía, laparoscopia y otros.

El tratamiento de los trastornos en la mujer, que ocasionan infertilidad es determinado por el diagnóstico. Por esta razón debe hacerse un estudio minucioso y completo de cada caso.

En trastornos ováricos el tratamiento es a través de hormonas; mientras que en los pélvicos se aplica la cirugía, al igual que los factores cervicales.

- (2) Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial El Manual Moderno. México, 1969. p.p. 840.

Si estos procedimientos no funcionan, dice Amelar "Puede utilizarse la Fertilización In Vitro (FIV)." (3)

Esta técnica consiste en lograr la fecundación del óvulo fuera del cuerpo. Por medio de la laparoscopia se extraen los ovulos de la mujer los cuales son fertilizados por espermatozoides en el laboratorio, en adecuados tubos de ensayo o incubadora; después de que el cigoto se divide en cuatro células, se implanta por vía vaginal y se coloca el pre-embrión en el útero de la mujer.

"También se puede utilizar la Técnica de Transferencia Intrafalopiana de gametos (GIFT). Consiste en la colocación de los gametos masculinos y femeninos dentro de las trompas de falopio, una vez que estos han sido recogidos. Esta técnica se hace a través de laparoscopia." (4)

Cuando la mujer tiene problemas de infertilidad debe someterse a pruebas y llevar recordatorios mensuales esto la induce a obsesionarse con los acontecimientos y ciclos reproductivos. Los controles consisten en las

(3) Amelar, Richard. Infertilidad en la Mujer. Editorial Expaxa. Barcelona, España. 1968. p.p. 166.

(4) APROFAM. La Infertilidad. Editorial Gente Santo Domingo. República Dominicana. 1979. p.p. 47

curvas de temperatura, hacer análisis de orina, llevar un calendario de ciclos menstruales y ciclos de ovulación.

Se considera importante explicar la conducta de la mujer infértil partiendo de la situación social en la que esta inmersa; ya que la influencia del ambiente, unida a la historia individual, reflejan la imagen que tiene de sí misma.

De acuerdo al ambiente en que se eduque, dice Leibl, "El concepto que se tenía de discriminación ha cambiado a través de años. Antes distorsionaban sus vidas, había sido condicionada a sentirse inferior, se consideraba como objeto, se trataba como el segundo sexo, que sólo le importaba realizar las tareas del hogar, creando niños y ocupándose de la casa." (5)

También se la percibe dócil, complementaria del hombre y nunca como un ser humano capaz e independiente.

Las posibilidades de creatividad de la mujer urbana se limitaban al vestir, la decoración del hogar, la variedad del menú familiar y el cuidado de los hijos.

(5) Leibl, Mariana. Psicología de la Mujer. Editorial Psique. Buenos Aires, Argentina. 1985. p.p. 79.

Antiguamente, tanto los hombres como las mujeres, fomentaban este condicionamiento, se volvía un círculo vicioso, transmitido de madres a hijos, distorsionando y alienando a ambos sexos.

Cuando la mujer no puede concebir por diversas causas, dice Merani, "Llega a sentirse sola, frustrada y deprimida, manifestando un vacío e inconformidad con el tipo de relación que establece con las personas que tiene a su alrededor." (6)

El caso de la mujer guatemalteca tiene particular relevancia, ya que la cultura, a través de la historia ha contribuido a la represión, a evitar crezca como persona, por el escaso acceso que tiene a la educación formal.

Algunas familias conceden menos importancia a la superación de la mujer, relegándola a las tareas domésticas; les mantienen roles tradicionales y estereotipos sexuales que se reproducen en el sistema educativo nacional.

La mujer se enfrenta a una problemática derivada, parcialmente, del deterioro en la transmisión de valores

(6) Merani, Albert. Psicología Genética. Editorial Grijalvo. México, 1982. p.p. 269.

La mujer se enfrenta a una problemática derivada, parcialmente, del deterioro en la transmisión de valores y tradiciones. Se le presenta un constante batallar por su supervivencia en condiciones que afectan su desenvolvimiento óptimo; además debe adaptarse a las situaciones cambiantes que marca la misma sociedad.

Actualmente en la perspectiva social, se considera que la mujer no es ajena al proceso de sociabilización, es agente y sujeto de la cultura en igualdad de condiciones sociales entre los géneros.

Según Urrutia, "Por medio del proceso de socialización la mujer forma un YO y, por medio de la interacción con otros dentro del contexto cultural, adquiere una identidad. Acepta ideales, valores y aspiraciones; en circunstancias favorables es capaz de desarrollarse dentro de cualquier actividad que realice para sí y para su núcleo familiar." (7)

Hoy en día, a la mujer también competen otras responsabilidades socioeconómicas, fuera de casa que no la han hecho olvidarse de sus ocupaciones a las que siempre tuvo acceso en el hogar.

(7) Urrutia de García, Julia. Mujer y Población. Editorial Taller Gráfico de Servi Prensa, Guatemala. 1993.

Este es un paso positivo en el camino que le ha tocado recorrer demandando las mismas oportunidades que el varón.

La familia como una entidad social, basada en los lazos de parentesco, con residencia común, que moviliza conjuntamente los recursos para la producción, está inmersa en la sociedad de la que recibe múltiples, rápidas e inexplicables influencias. Cada sociedad tiene su tipo de familia de acuerdo con sus patrones e intereses culturales. La madre es una función de la seguridad afectiva primaria, sobre la que ha de estructurarse la vida anímica del hombre.

La familia es la célula primaria de la sociedad, reproduce sus factores y marca hacia donde se dirigen los procesos de sobrevivencia dentro de las comunidades; así mismo, puede ejercer influencia para imponer controles y activar las funciones de todas las clases sociales.

Dice Saxton, "Que la mujer contribuye significativamente en las tres principales funciones de la familia: la reproductiva, la productiva y la social-comunitaria. Estas se desarrollan en interacción con el contexto." (8)

(8) Saxton, Lloyd. El individuo, el matrimonio y la familia. Editorial Guadalupe. Buenos Aires, Argentina. 1990. p.p. 269.

La familia no se puede aislar del contexto social en que se desenvuelve; se mantiene en interacción constante hacia el interior y el exterior de la misma pues es educadora, modeladora y sus miembros son objeto de protección.

Actualmente adquiere un particular relieve el concepto de familia como mediadora entre los dos patrimonios del hombre, su herencia biológica y cultural.

En la familia y por medio de ella se transmiten las técnicas de adaptación física al ambiente, el patrimonio genético; de ella depende la realización y el desarrollo de la personalidad de cada individuo.

Una familia es completa, desde el punto de vista de organización, cuando existe la presencia de las funciones paterna, materna y de reconocimiento fraternal.

Según Broom, "La familia cumple dos grandes funciones al interior del sistema social, porque procura la formación de la persona y promueve la estabilización de la personalidad." (9)

(9) Broom, Leonard. Elementos esenciales de sociología. Editorial Continental. México, 1983. p.p. 428.

Cuando el niño nace, sólo existen las potencialidades para el desarrollo de los componentes de la personalidad. Las etapas del desarrollo de la personalidad pueden sucederse de una manera sana y en una secuencia armoniosa hasta una madurez biopsicosocial.

Puede haber una detección o un desarrollo desigual de distintos componentes de la personalidad; dependiendo del conjunto de factores socio-individuales.

Savalloni, sostiene que "en la personalidad existen dos estructuras: la psiquis, que determina su individualidad y la social que es determinada por los roles sociales y por la experiencia de su actividad en el medio social. Para él, es el conjunto de prácticas con el medio social lo que constituye el modo de vida de la personalidad." (10)

Los elementos de la estructura psíquica de la personalidad, sus propiedades y peculiaridades, se denominan rasgos de personalidad.

Este concepto de rasgo se refiere a las diferencias

(10) Savalloni, Roberto. La personalidad en perspectiva social. Editorial Herder. Barcelona, España. 1987. p.p. 380.

constantes entre comportamientos o las características psíquicas de una o más personas. Un rasgo es cualquier forma discernible y relativamente constante en que un individuo se diferencia de otro.

Para Allport, "los rasgos son las realidades de la organización psicológica, peculiar del individuo, generalizado y focalizado, que tiene la capacidad de hacer que muchos estímulos adquieran equivalencias funcionales de iniciar y guiar formas constantes de conductas de adaptación y expresión." (11)

También se pueden distinguir rasgos comunes, que están presentes en todas las personas y los rasgos únicos que se presentan solo en una persona.

En relación al presente trabajo de investigación se definirán los rasgos de personalidad que pueden ser diagnosticados a través de las escalas clínicas propuestas por el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, (M.M.P.I.), utilizando la misma terminología que el Dr. Nuñez:

(11) Allport, Gordon. Psicología de la Personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1984. p.p. 576.

RECUADRO No. 2

Las escalas son:

a. Hipocondriasis

Según el Dr. Nuñez, este rasgo fue primero en estudiarse en pacientes en extrema preocupación por su salud y bienestar físico. Este rasgo es considerado como una reacción hipocondríaca que lleva a una preocupación e interés obsesivo del individuo respecto a su estado de salud y condiciones de los órganos.

Para el DSMIII-R la hipocondriasis es una alteración en la interpretación de los signos o síntomas normales lo cual conduce al temor o a la creencia de padecer una enfermedad grave o mortal.

b. Depresión

La depresión es un tono afectivo de tristeza y puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo. Los síntomas que manifiestan las personas depresivas según el DSMIII-R son: alteración en el apetito, cambio de peso, alteración del sueño, disminución de la energía, sentimiento de culpa, etc.

c. Histeria

Este se refiere a rasgos de conversión que afectan a órganos o partes de cuerpo los cuales pueden tener síntomas físicos, motores, sensoriales y molestias dolorosas.

d. Desviación Psicopática

Este rasgo se refiere a una conducta antisocial de las personas, con mínima angustia y sin malestar por ello. Dentro de los síntomas refiere una conducta antisocial crónica con dificultades en el medio ambiente, inmadurez emocional y falta de sentido y de respecto a otros. Al afirmar que en esta conducta satisfacer las necesidades básicas es de mucha importancia y uno de los objetivos de la misma es evitar la ansiedad ante una frustración y proteger su ego, de acuerdo a esta corriente.

e. Paranoia

Este rasgo se caracteriza porque las personas se muestran con delirios de persecución o de celos, retraimiento, con una adaptación adecuada a la vida diaria. También señalan síntomas de suspicacia, de referencia y rigidez en sus opiniones y actitudes.

f. Psicastenia

Este rasgo se refiere a las reacciones fóbicas, compulsiones y angustia, como derivados de la energía psíquica.

Entre las características se encuentran la escrupulosidad, puntualidad, orden y el cumplir en forma estricta las obligaciones.

g. Esquizoide

Es un trastorno caracterizado por la falta de integración entre los pensamientos, emociones y motivaciones; además descentramiento, introversión, aislamiento, etc.

h. Hipomanía

Se refiere al cuadro clínico maníaco-depresivo. Los síntomas más frecuentes son: emociones intensas, mucha distracción y un estado emocional exaltado y alegre que se alterna con depresión.

i. Intereses Masculino-femenino

Este rasgo se refiere a la identidad sexual de la persona y la desviación que pueda haber en su identificación sexual.

j. Introversión social

Este rasgo caracteriza a las personas con tendencia al ensimismamiento y evidencia la capacidad del individuo para establecer relaciones sociales y su habilidad para mantenerlas." (12)

Psicología de la mujer infértil

Se puede estudiar la emotividad de una persona a través de sus gustos y lo que le desagrada; ver si es agresiva, tranquila; analizar sus reacciones ante situaciones que causan angustia o frustración.

Todo individuo tiene su propia filosofía de la vida y sus propios valores, que son el resultado de experiencias

(12) Nuñez, Rafael. Aplicación del inventario Multifásico de la personalidad (M.M.P.I) a la psicopatología. Editorial El Manual Moderno. México, 1979. p.p. 262.

anteriores; especialmente de aquellas que más han afectado y enseñado, experiencias que son el origen de los sentimientos íntimos y de las creencias.

La mujer infértil, tiene una autoimagen amenazada. La sexualidad puede afectarse y los sentimientos de adecuación se distorsionan. Sentimientos de pérdida de control, ira, culpabilidad, vergüenza y resentimiento, pueden alterar la conducta y volverse factores contribuyentes a hacer que las relaciones se vean amenazadas.

RECUADRO No. 3

"Cuando la mujer enfrenta la infertilidad, puede pasar a través de diversas etapas, entre otras:

1. Sorpresa: Es la primera reacción a la que se enfrentan las mujeres al conocer el diagnóstico de que padecen de infertilidad.
2. Negación: Es un mecanismo de defensa inconsciente que sirve para manejar la situación que se hace abrumadora. Puede ser peligrosa cuando llega a convertirse en una forma permanente que incapacita para enfrentar la situación en la forma apropiada.
3. Cólera: Este sentimiento es el responsable de perder el control, a veces puede ser racional; otras veces puede ser irracional, se vuelve más intensa y es necesario que se ventile en forma adecuada.
4. Aislamiento: La mujer tiende a apartarse por temor a las presiones internas o de las demás, muchas veces basadas en mitos o creencias. Cuando la mujer no cuenta con el suficiente apoyo puede llegar a ocasionar un cisma.
5. Culpa: Esta varía según el nivel educativo de la persona, está basada en la necesidad de hallar la causa o el efecto de su problemática.

6. Dolor: Es el sentimiento experimentado por una depresión y se da al concluir el tratamiento.

7. Resolución: Se logra al canalizar las energías hacia nuevas perspectivas." (13)

Según Cohen, "La autoestima consiste en el conocimiento que una persona tiene acerca de sí misma, su capacidad para participar eficazmente en la sociedad. Los sentimientos de inferioridad y la falta de confianza de sí misma se pueden manifestar cuando se abstiene de las tareas que requieren su atención, con la convicción de que no es capaz para ejecutarlas adecuadamente." (14)

(13) García, Mastroianni. Current therapy of infertility. Editorial B.C. Deaker Inc. United States of American. 1983. p.p. 47.

(14) Cohen, Josep. Psicodinamia de la personalidad. Editorial Trillas. México, 1984. p.p. 87

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció el tipo de infertilidad de las mujeres atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM

CUADRO No. 1

Tipo de Infertilidad	Porcentaje
Infertilidad primaria	62%
Infertilidad secundaria	38%
TOTAL	100%

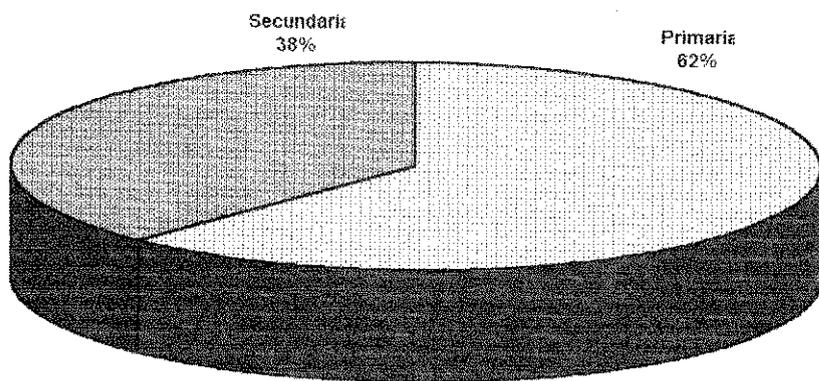
Fuente: Entrevistas a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 1, el 62% de las mujeres infértiles evaluadas tienen Infertilidad Primaria ya que nunca han concebido. Esto puede ser por diferentes causas.

Un 38% presentan Infertilidad Secundaria, estas mujeres ya han tenido por lo menos un embarazo comprobado y que posteriormente no pueden concebir por razones varias.

GRAFICA No. 1

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció el tipo de infertilidad de las mujeres atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



0%

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció el tiempo de vida conyugal de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM

CUADRO No. 2

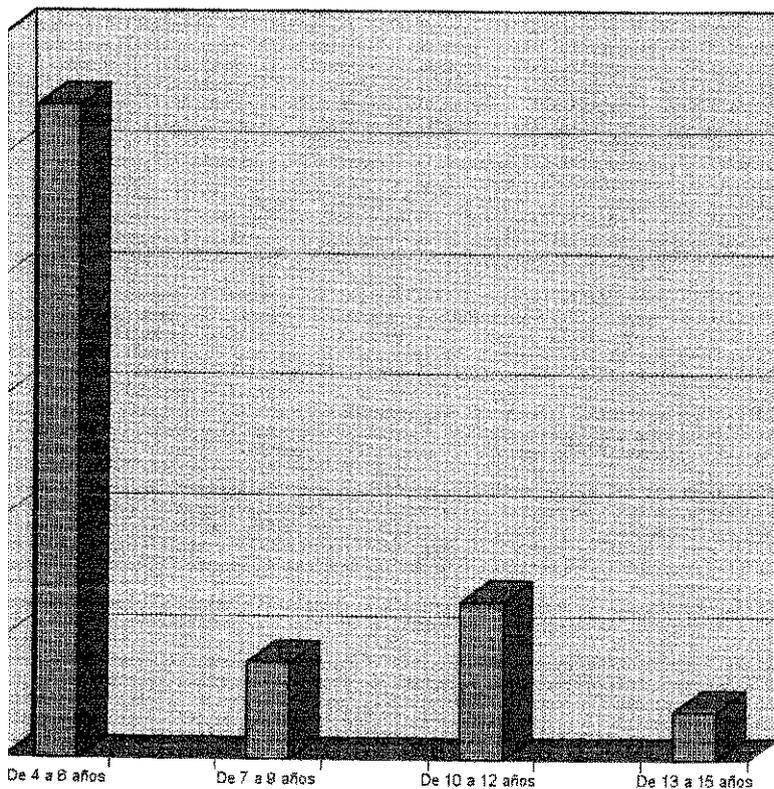
Tiempo de vida conyugal	Porcentaje
De 1 a 3 años	21%
De 4 a 6 años	54%
De 7 a 9 años	8%
De 10 a 12 años	13%
De 13 a 15 años	4%
TOTAL	100%

Fuente: Entrevista a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 2, el 54% de las mujeres infértiles evaluadas tienen de 4 a 6 años de vida conyugal. El grupo que tiene de 1 a 3 años de casados tiene la ventaja de haber empezado a buscar ayuda médica. Los grupos de 7 a 15 años, que suman el 25% de los casos estudiados, aún no han perdido la esperanza de poder procrear una familia.

GRAFICA No. 2

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció el tiempo de vida cónyugal de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció la profesión u oficio de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM

CUADRO No. 3

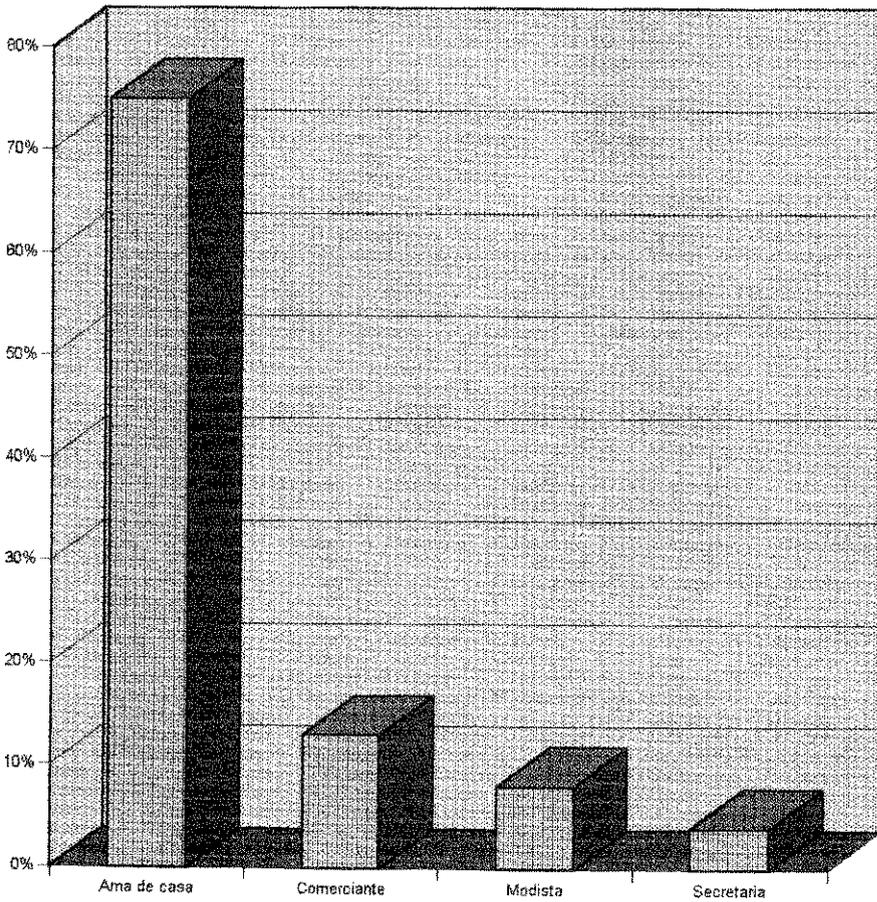
Profesión u oficio	Pocentaje
Ama de casa	75%
Comerciante	13%
Modista	8%
Secretaria	4%
TOTAL	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 3, el 75% de las mujeres infértiles evaluadas son amas de casa. El restante 21%, se dedican a actividades que proveen un ingreso económico en calidad independiente y el 4% en calidad de dependencia.

GRAFICA No. 3

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció la profesión u oficio de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció la escolaridad de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de La Mujer de APROFAM

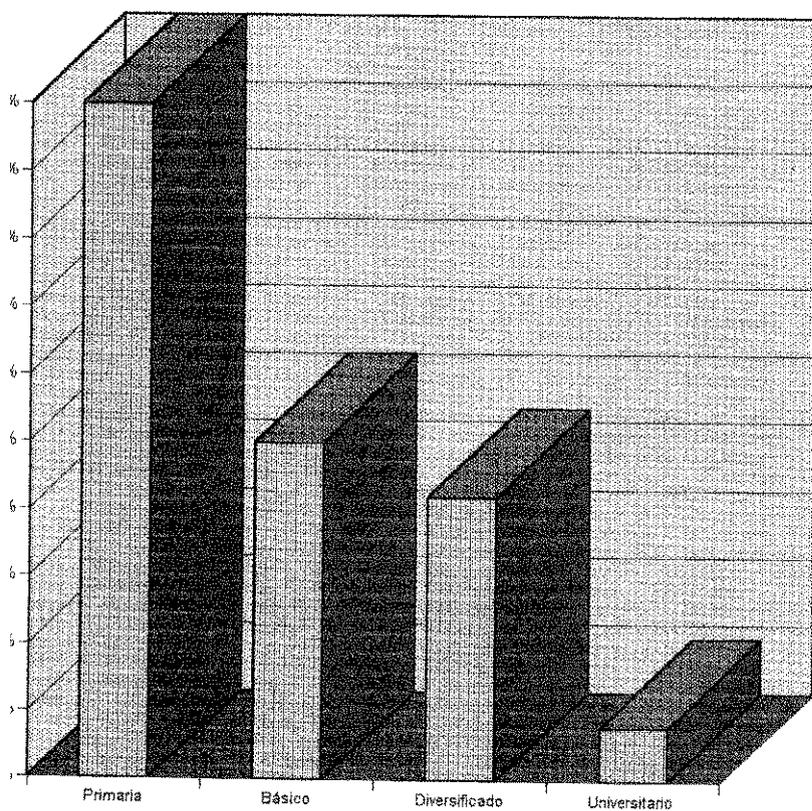
CUADRO NO. 4

Escolaridad	Porcentaje
Primaria	50%
Básico	25%
Diversificado	21%
Universitario	4%
TOTAL	100%

Fuente: Entrevista a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 4, el 50% de las mujeres infértiles evaluadas cursaron la primaria. Solo un 4% han alcanzado estudios universitarios.

GRAFICA No. 4
Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció la escolaridad de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujeres de APROFAM.



Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció las edades de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM

CUADRO No. 5

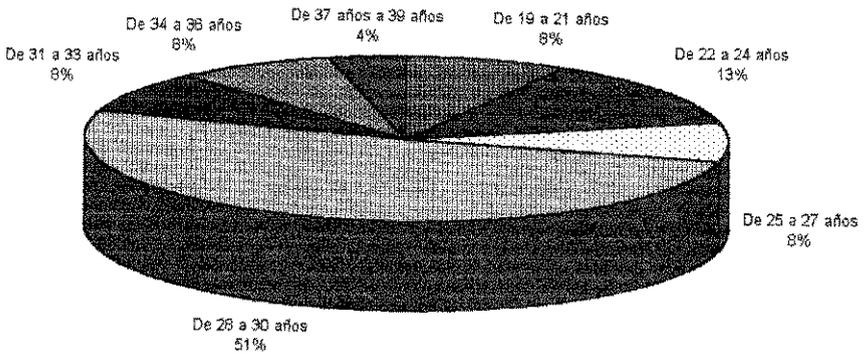
Edades	Porcentaje
De 19 a 21 años	8%
De 22 a 24 años	13%
De 25 a 27 años	8%
De 28 a 30 años	51%
De 31 a 33 años	8%
De 34 a 36 años	8%
De 37 a 39 años	4%
TOTAL	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 5, el 51% de las mujeres evaluadas se encuentran entre las edades de 28 a 30 años. En esta etapa atraviesan una crisis ya que su imagen se encuentra amenazada porque no han podido lograr el embarazo deseado y realizarse como madres.

GRAFICA No. 5

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció las edades de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos de las mujeres infértiles entrevistadas y con aplicación del M.M.P.I. atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 6

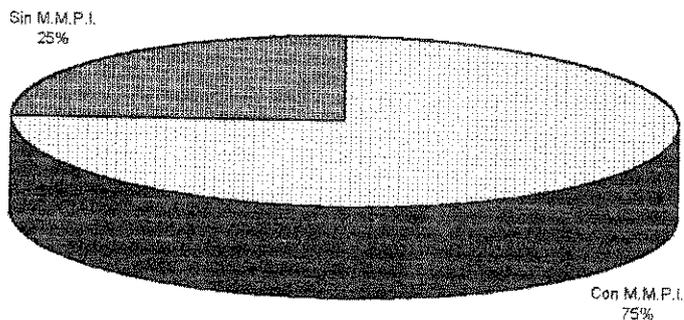
Mujeres entrevistadas	Porcentaje
Mujeres con aplicación	75%
Mujeres sin aplicación	25%
TOTAL	100%

Fuente: Mujeres entrevistadas.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 6, al 75%, que lo constituían 24 mujeres infértiles que fueron referidas a la Clínica de Psicología en la Clínica de la Mujer de APROFAM se les aplicó el M.M.P.I, mostrándose accesibles y colaboradoras.

Del otro 25% que lo constituían 9 pacientes, dos no regresaron a consulta, dos mostraron resistencia y cinco se opusieron a responder, argumentando que a ellas no les afectaba ser infértiles, porque los esposos las estaban obligando a someterse a tratamiento, pero no querían tener hijos.

GRAFICA No. 6
Porcentajes obtenidos de las mujeres infértiles
entrevistadas y con aplicación del M.M.P.I. atendidas en la
Clínica de la Mujer de APROFAM.



Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció cómo se siente la mujer infértil atendida en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 7

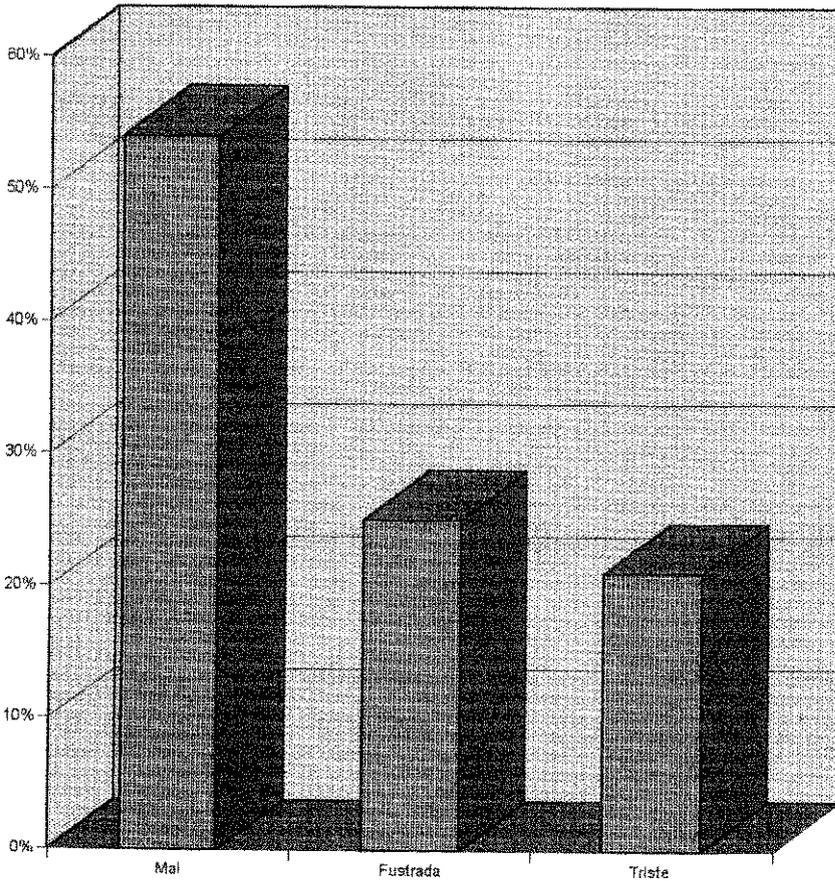
Cómo se siente como mujer	Porcentaje
Mal	54%
Frustrada	25%
Triste	21%
TOTAL	100%

Fuente: Entrevistas a mujeres infértiles.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 7, el 54% de las mujeres evaluadas se sienten mal como mujer por no poder concebir, llegan a sentirse solas y frustradas porque por diversas causas no pueden satisfacer su deseo de ser madre; también se sienten tristes y esto es un signo de depresión, manifestando ese vacío e inconformidad con el tipo de relaciones interpersonales que establecen ya que tienden a ser poco sociables.

GRAFICA No. 7

Resultados obtenidos de la entrevista en la cual se estableció como se siente la mujer infértil atendida en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos de las tres escalas de validez del M.M.P.I de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 8

Pruebas	Porcentajes
Confiables	62%
No confiables	38%
TOTAL	100%

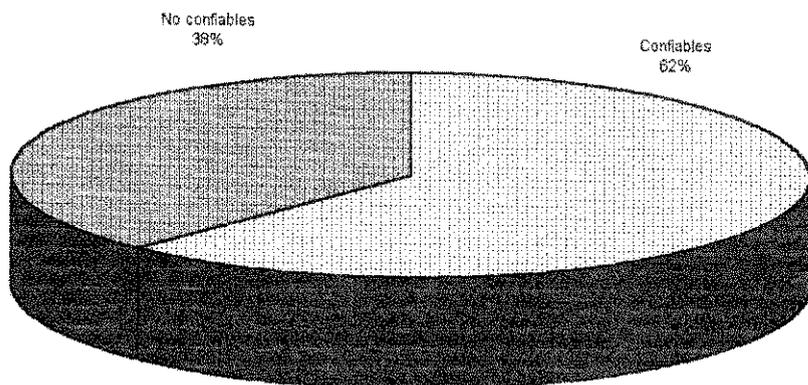
Fuente: M.M.P.I.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 8, el 62 de las mujeres evaluadas dieron respuestas confiables en el M.M.P.I.

El 38% falseó la prueba, considerándose que tratan de encubrir fallas personales y perturbaciones emocionales, se sienten mal, utilizan mayores defensas y va a ser más difícil que acepten tratamiento psicoterapéutico.

GRAFICA No. 8

Porcentajes obtenidos de las tres escalas de validez del M.M.P.I. de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos en las pruebas confiables del M.M.P.I en la escala K que se refiere al concepto de sí misma de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 9

Concepto de sí misma	Porcentaje
Valorización	13%
Desvalorización	87%
TOTAL	100%

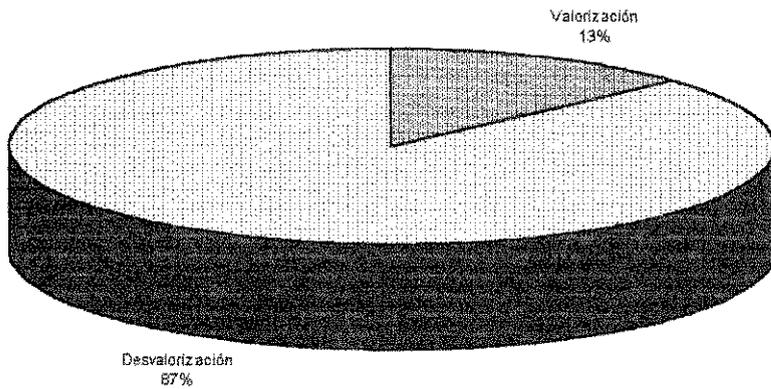
Fuente: M.M.P.I.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 9, el 87% de estas mujeres manifiestan desvalorización de sí mismas, ya que tienen un bajo autoconcepto por no poder concebir, se sienten inferiores a las demás mujeres.

El 13% tienen una imagen positiva de sí mismas, se adaptan, son emprendedoras, ingeniosas, dinámicas y sociables.

GRAFICA No. 9

Porcentajes obtenidos en las quince pruebas confiables del M.M.P.I., en la escala K que se refiere al concepto de sí misma de las mujeres infértiles, atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Resultados obtenidos de la escala K de las pruebas no confiables del M.M.P.I, de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 10

Concepto de sí misma	Porcentaje
Valorización	78%
Desvalorización	22%
TOTAL	100%

Fuente: M.M.P.I.

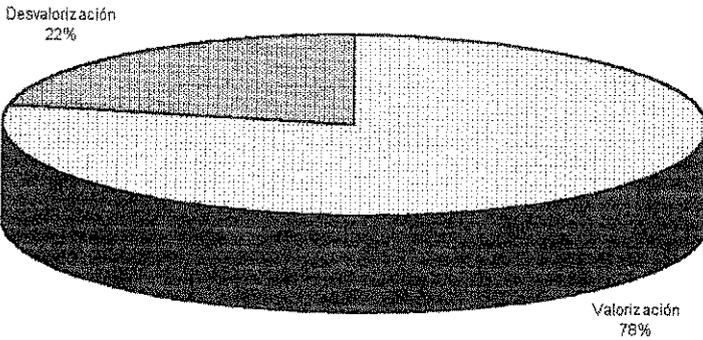
En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 10, el 78% de las mujeres evaluadas se valoran a sí mismas, son personas emprendedora, ingeniosas, dinámicas, enérgicas, sociables.

El 22% tienen desvalorización de sí mismas ya que tienen un bajo concepto de sí mismas.

Estos resultados no se pueden considerar como fiables, porque estas personas están mintiendo ya que tienden a encubrir fallas personales.

GRAFICA No. 10

Porcentajes obtenidos de la escala K de las pruebas no confiables del M.M.P.I. que se refieren al concepto de sí mismas de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos de la escala clínica que mide la introversión social del M.M.P.I de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM

CUADRO No. 11

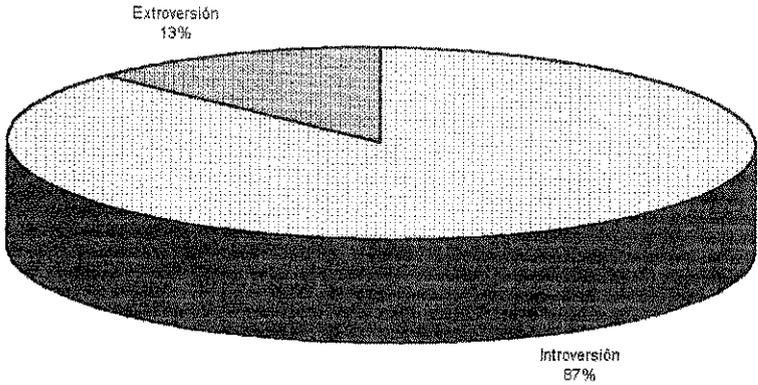
Escala Clínica	Porcentaje
Introversión	87%
Extroversión	13%
TOTAL	100%

Fuente: M.M.P.I.

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 11, el 87% de las mujeres evaluadas manifiestan introversión, siendo personas apáticas, tímidas, aisladas, inseguras, sumisas, modestas, con falta de originalidad en resolver sus problemas, incapaces de tomar decisiones, lentas, rígidas, inhibidas y con falta de confianza en sus propias habilidades.

Mientras que el 13% son sociables, entusiastas, conversadoras, seguras de sí mismas, atrevidas, oportunistas, manipuladoras, activas e inmaduras.

GRAFICA No. 11
Porcentajes obtenidos de la escala clínica que mide la
introversión social en el M.M.P.I., de las mujeres infértiles,
atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos en las escalas clínicas más elevadas de las quince pruebas confiables del M.M.P.I de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 12

Escalas Clínicas elevadas	Porcentaje
Esquizoide	73%
Masculinidad-feminidad	27%
TOTAL	100%

Fuente: M.M.P.I.

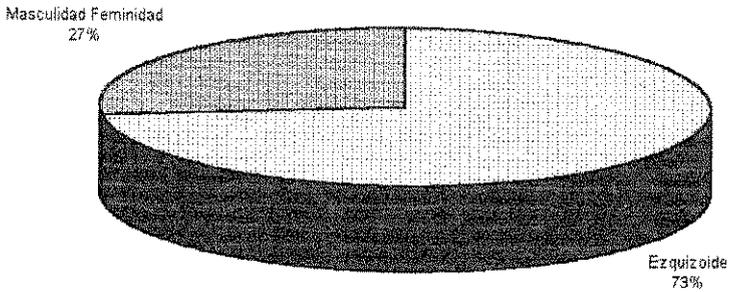
No. Casos	Escalas Clínicas elevadas
1	Esquizofrenia T80-Desviación psicopática T70
2	Esquizofrenia T80-Depresión T75
3	Esquizofrenia T80-Psicastenia T75
4	Esquizofrenia T85-Depresión T75
5	Esquizofrenia T80-Depresión T80
6	Esquizofrenia T80-Psicastenia T70
7	Esquizofrenia T70-Introversión T70
8	Esquizofrenia T70-Histeria T65
9	Esquizofrenia T65-Histeria T60
10	Esquizofrenia T90-Paranoia T80
11	Esquizofrenia T75-Paranoia T80
12	Masc-Feminid T65-Manía T60
13	Masc-Feminid T80-Manía T65
14	Masc-Feminid T70-Psicastenia T70
15	Masc-feminid T70-Hipocondriasis T80

En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 12 el 73% de las mujeres evaluadas manifiestan rasgos de personalidad Esquizoide que se evidenció en la escala (8).

A este nivel se observan pacientes caracterizadas por ser acéntricas, pueden mantener adaptación social y vocacional; se encuentran socialmente introvertidas, tienden a evitar la realidad o las presiones, presentan impulsos inaceptables buscando realización en las fantasías. Cuando las elevaciones se encuentran por arriba de T80 en esta escala; en perfiles válidos, sugieren la presencia de desórdenes de pensamiento, confusión, pensamientos extraños, creencias y actividades raras.

El 27% presentan puntuación elevada en la escala (5) que corresponde a masculinidad-feminidad, se caracterizan las mujeres por ser espontáneas, desinibidas, son confiadas en sí mismas, se rebelan en contra del rol tradicionalmente femenino, son dominantes, agresivas y toscas.

GRAFICA No. 12
Porcentajes obtenidos en las escalas clínicas más elevadas de las quince pruebas confiables del M.M.P.I. de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



Porcentajes obtenidos de las escalas más elevadas de las nueve pruebas no confiables del M.M.P.I de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.

CUADRO No. 13

	Escalas Clínicas	Porcentajes
A-	Depresión	33%
B-	Desviación Psicop.	23%
C-	Hipocondríasis	11%
D-	Histeria	11%
E-	Paranoia	11%
F-	Extroversión	11%
	TOTAL	100%

Fuente: M.M.P.I.

No. Casos	Escalas Clínicas elevadas	
1	Paranoia T60	- Maculinidad-feminidad T60
2	Depresión T50	- Hipocondríasis T50
3	Extrovers.T60	- Depresión T50
4	Desvia. psico T60	- Depresión T60
5	Depresión T50	- Histeria T50
6	Depresión T60	- Desviación Psicopática T60
7	Histeria T70	- Desviación Psicopática T60
8	Hipocond. T80	- Esquizofrenia T70
9	Desvia. psico T80	- Manía T80

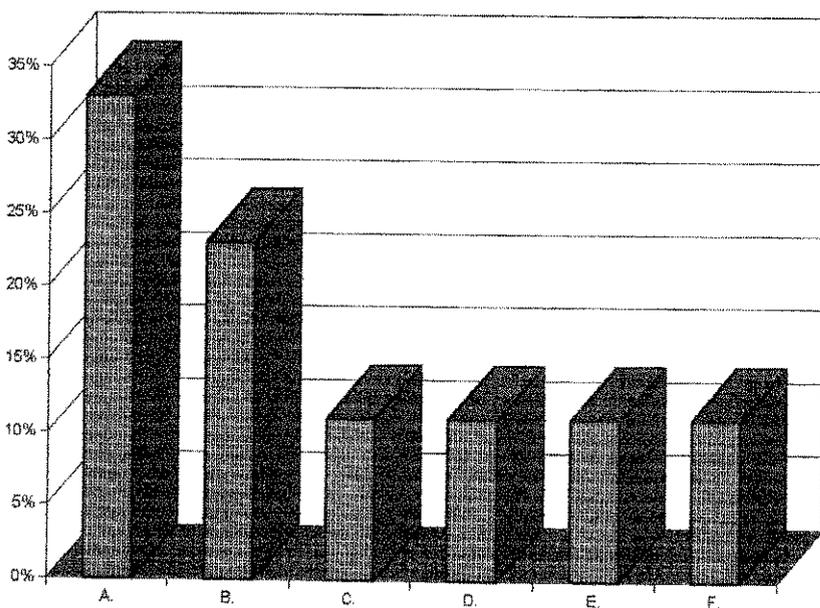
En base a los resultados obtenidos en el cuadro No. 13 que se pueden considerar no confiables porque las personas no fueron sinceras por ello se considera que las escalas que se presentaron con puntuación T50 o T60 deben considerarse como más elevadas.

Un 33% de las mujeres evaluadas manifestaron depresión, estas son mujeres apáticas, pesimistas, indiferentes, sumisas, tímidas, utilizan como mecanismo de defensa la evasión y el aislamiento.

El 22% de las mujeres tienen características como el ser rebeldes, cínicas, no hacen caso de las reglas establecidas en su grupo social, agresivas y egoístas.

GRAFICA No. 13

Porcentajes obtenidos de las escalas más elevadas de las nueve pruebas no confiables del M.M.P.I. de las mujeres infértiles atendidas en la Clínica de la Mujer de APROFAM.



CAPITULO IV

ABORDAMIENTO TERAPEUTICO

Después de realizar la investigación en la Clínica de la Mujer de APROFAM, se lograron identificar los rasgos de personalidad manifiestados por las mujeres que fueron evaluadas, llegándose a establecer que necesitan atención psicológica. Consideramos que además de recibir tratamiento médico es fundamental reforzar el factor emocional. Estas señoras manejan preocupaciones por no poder concebir, se sienten solas, tristes, frustradas, se aíslan, son sentimentales y pesimistas, porque la infertilidad es una situación importante en la vida de una mujer.

Presentamos la siguiente propuesta para abordar a las mujeres con problema de infertilidad: nos fundamentamos en la escuela psicológica existencialista, como es la Logoterapia de Viktor Frankl. Esta es una técnica indicada para tratar problemas existenciales, como lo es la infertilidad en la mujer.

El término Logoterapia, -dice Frankl, (1978: 127)-
"Etimológicamente, viene del griego Logos que quiere decir
sentido, significado o propósito y del griego Therapeya
que significa ayuda.

Se le denomina la Tercera Escuela Vienesa de
psicoterapia y se centra en cual es el significado de la
existencia humana y su principal objetivo es la búsqueda
de la identidad de dicho sentido por parte del hombre.

También propone los objetivos de restaurar la
capacidad del individuo para el trabajo y para gozar de
la vida, recuperar la capacidad de sufrir, si fuera
necesario y encontrar un sentido a ese mismo sufrimiento.

La logoterapia es concebida específicamente como
Análisis Existencial, se esfuerza especialmente por hacer
que la persona cobre conciencia de su responsabilidad,
viendo en ella el fundamento esencial de la existencia."

Según la logoterapia, el sentido de la vida tiene
que ser encontrado, ya que es una exploración que ayuda
a la persona a encontrar su pleno objetivo existencial.

La primera fuerza dominante y motivante del hombre
es la lucha por encontrar un sentido a su propia vida y
por ello se habla de la voluntad de sentido. Este sentido
es único y específico en cuanto la misma persona tiene
que encontrarlo, únicamente así logrará alcanzar un

significado que satisfaga su propia voluntad de vivir.

La persona no inventa el sentido de su existencia, sino que lo descubre.

Esta voluntad de sentido puede frustrarse y por ello, en logoterapia se maneja la frustración existencial.

Para Frankl (1980: 34) "El término 'existencial' se utiliza de tres formas:

1. Existencia como el modo de ser específicamente humano.
2. El sentido de la existencia.
3. El afán de encontrar un sentido concreto a la existencia personal, que es sinónimo de voluntad de sentido."

La logoterapia tiene tres dimensiones: somática, psíquica y espiritual, siendo esta última la más importante.

Lo espiritual no se ve desde el punto de vista religioso, sino hace referencia a la dimensión profundamente humana.

En logoterapia se manejan diversos términos como lo es la neurosis noógena,-dice Frankl (1974: 91)-: "que tiene su origen no en lo psicológico sino en la dimensión

noológica (noos, viene de griego que significa mente). Se manifiesta por la angustia de enfrentarse al propio vacío existencial."

La angustia que sufre la mujer de no poder concebir y ser madre. Algunas de estas personas no le encuentran sentido a su vida, necesitan ampliar su horizonte y observar que, aunque no son las únicas que tienen esa problemática, si no logran ser madres, su vida puede ser plena y completa en otros muchos aspectos.

La noodinámica, -afirma en otro texto (1985: 112)- "se establece en el campo de las tensiones entre el ser y el deber. La búsqueda de sentido y esos principios pueden nacer de una tensión interna. Precisamente esa tensión es un requisito indispensable para la salud mental. La tensión existencial se da entre lo que la persona haya logrado y lo que todavía no ha conseguido o el vacío entre lo que es y lo que debería ser. La noodinámica es más obvia en el caso de una persona neurótica, que generalmente se amarga la existencia y vive insatisfecha por situaciones que se pueden abordar y resolver de otra manera."

"Cuando las personas presentan un vacío existencial, -agrega Frankl (1984: 78)- carecen de un instinto que les diga lo que han de hacer. Por el contrario hacen lo que



las otras personas quieren que haga, a ésto se le denomina totalitarismo; o bien hacen lo que otras personas hacen, ésto es el conformismo."

Para Frankl (1976: 25): "el sentido del amor constituye la única manera de aprehender a otro ser humano en lo más profundo de su personalidad. La persona que ama posibilita al amado a que manifieste sus potencias, al hacerle consciente de lo que puede ser y de lo que puede llegar a ser, logra que sus potencias se conviertan en realidad.

La logoterapia, también trata el sentido del sufrimiento; la actitud que se tiene hacia el sufrimiento lo manifiesta como lo más importante. Dentro de los postulados básicos de la logoterapia, encontrarle sentido a la vida, el hombre está dispuesto incluso a sufrir con la condición de que ese sufrimiento tenga un sentido."

La transitoriedad de la vida es otro tema que se encuentra inmerso en la logoterapia. Esta considera que el único aspecto verdaderamente transitorio de la vida es lo que en ella hay de potencial y que en el momento en que se logra alcanzar se hace realidad, se guarda y se entrega al pasado, en donde se rescata como un recuerdo.

"La logoterapia -según Frankl (1985: 98)- "al tener en cuenta la transitoriedad esencial de la existencia humana es activista."

La persona que ataca los problemas de la vida activamente es como quien arranca sucesivamente las hojas del calendario de su vida y las va archivando cuidadosamente junto a los que le precedieron; a lo largo de la vida, después de haber escrito unas cuantas notas al dorso, goza toda la riqueza que contienen, que ya ha vivido plenamente.

Además de la psicoterapia individual también se propone la psicoterapia de grupo, ya que el grupo se considera como una amalgama de necesidades individuales.

La experiencia con los grupos de tratamiento ha revelado que los principios de psicoterapia que se emplean con un solo paciente son aplicables a los grupos. La relación entre cada miembro y el terapeuta, posee las cualidades del tratamiento individual. Además todos los miembros del grupo se vuelven, en cierto sentido, terapeutas auxiliares, y aumentan así la interacción emocional.

Los beneficios terapéuticos reales son percibidos por cada participante y no por el grupo como un todo. La persona dentro de un grupo se comporta como si estuviera

profundamente influida por una voluntad de grupo, hay un contagio de ideas y de afectos que se efectúan entre los miembros.

Las finalidades del grupo -señala Mackinnon (1981: 776)- "representan una suma de motivaciones de los miembros y los objetivos del terapeuta; éstos tienen como objetivos: ayudar a las pacientes a obtener alivio para su estrés emocional, a resolver algunos de sus conflictos, a percibir más claramente las razones de sus dificultades y cambiar sus reacciones defensivas por formas de conducta más aceptables y satisfactoras dentro de la sociedad."

La situación de grupo moviliza mecanismos de autodefensa contra amenazas reales o imaginarias, ocasionadas por la presencia de los demás.

Siempre que sea posible, se considera conveniente que los grupos se reúnan en mesas redondas, en un sitio estéticamente agradable. Dice Lieberman (1976: 17) "el grupo podría tener un número 'abierto' de miembros; esto permite que los participantes den por terminado su tratamiento cuando así lo deseen y que otros se unan al grupo en cualquier momento."

Para Kolb, (1986: 578) "Todos los grupos atraviezan fases de desarrollo:

1. Etapa de Unificación del grupo, durante la cual surge la identidad del grupo.
2. Etapa de interacción del grupo, durante la cual se observan los mecanismos dinámicos.
3. Resolución de los mecanismos dinámicos, durante el cual se producen los insights."

RECUADRO No. 4

Nos permitimos reproducir la idea de Taylor (1971: 25-26) respecto al camino de la cura que se da dentro de un grupo, a través de la interacción intrínseca de varias experiencias, "entre ellas están:

a. Infundir Esperanza: Se necesita la esperanza para mantener al paciente en la terapia mientras otros factores curativos pueden surtir efecto, sino que la fé en un tipo de tratamiento puede ser en sí terapéuticamente eficaz. De una elevada esperanza de recibir ayuda, esta significativamente relacionada con el resultado positivo de la misma.

b. Universalidad: Es un mecanismo dinámico que ocurre cuando las pacientes entran a la terapia con el inquietante pensamiento de que son las únicas en su desgracia, que sólo ellas tienen el problema de infertilidad, en el transcurso de la terapia después de escuchar a las otras participantes revelar preocupaciones similares por no poder concebir.

En la medida en que las pacientes descubren su similitud con las otras y comparten sus preocupaciones más profundas, se benefician más con la catarsis y la aceptación esencial por parte de otros miembros.

c. Impartir información: La instrucción didáctica sobre la salud mental y la psicodinámica general que da el terapeuta, también los consejos, las sugerencias o la orientación directa sobre los problemas vitales que ofrecen los terapeutas a los otros pacientes.

d. El altruismo: En los grupos de terapia los pacientes también reciben dando, no sólo como parte

de la secuencia recíproca de dar y recibir, sin también en el acto intrínseco de dar. Los paciente se ayudan enormemente unos a los otros en el desarroll del grupo terapéutico, ya que ofrecen apoyo, seguridad sugerencias, ideas y comparten problemas similares mutuos.

e. Recapitulación correctiva del grupo familia primario: El grupo se parece a la familia en muchos aspectos, algunos grupos son dirigidos por el equip en un deliberado esfuerzo por simular muy estrechament la configuración de los padres. La psicoterapia d grupo ofrece un mayor número y conjuntos d posibilidades de recapitulación.

f. Desarrollo de las técnicas de socialización
El aprendizaje social, el desarrollo de las capacidade sociales básicas, es un factor curativo que oper en todos los grupos de terapia, se enseña a la pacientes a que se enfrenten a su problemática, si tener que aislarse, ni sentirse solas, frustradas tristes y vacías por no poder concebir."

CONCLUSIONES

1. No se aprobó la Hipótesis porque se había propuesto que un 50% de las mujeres infértiles presentarían depresión y se comprobó que un 73% de la muestra se caracteriza por ser acéntricas, pueden mantener adaptación social y vocacional, se encuentran socialmente introvertidas, con tendencia a evitar la realidad o las presiones, presentan impulsos inaceptables, buscando realización en las fantasías.
2. Las mujeres infértiles evaluadas manifiestan introversión social, siendo personas apáticas, tímidas, aisladas, inseguras, sumisas, modestas, con falta de originalidad en la resolución de sus problemas incapaces de tomar decisiones, lentas, rígidas, inhibidas y con falta de confianza en sus propias habilidades.
3. Las mujeres infértiles evaluadas se desvalorizan, se sienten mal como mujer por no poder concebir, llegan a sentirse solas frustradas y tristes, porque, por diversas causas no pueden satisfacer su deseo de ser madres.

4. La limitante en el uso de la prueba fue el nivel de escolaridad, la capacidad de comprensión e interpretación de las diferentes preguntas, lo cual pudo dar algún margen de error.

5. Las mujeres evaluadas evidenciaron en un 62% infertilidad primaria, es decir, que nunca han concebido por causas nutricionales, endócrinas, vaginales, cervicales, uterinas, tubáricas, ováricas, psíquicas y coitales.

RECOMENDACIONES

1. Que la Clínica de la Mujer de APROFAM pueda crear una clínica psicológica, para poder dar a las mujeres con problema de infertilidad apoyo psicoterapéutico.
2. Que en la Clínica de la Mujer se brinde psicoterapia individual, fundamentada en la logoterapia, para que las mujeres infértiles encuentren un sentido de vida y eliminen frustraciones que pueden destruir emocionalmente, creando confianza en ellas mismas.
3. Que en la Clínica de la Mujer se puedan organizar e integrar psicoterapias grupales, para que puedan tomar conciencia que no son las únicas que padecen de infertilidad y que puedan compartir ideas, pensamientos, sentimientos, emociones y reacciones ante esta situación.
4. Que en la Clínica de la Mujer se realice un trabajo multidisciplinario, es decir, que tanto médico, psicólogo y personal de enfermería brinden atención

adecuada a las mujeres que asisten a la clínica y ayudarlas a superar su problemática.

5. Motivar a los profesionales de psicología a realizar estudios en este área, que está poco investigada en nuestro medio, para dar una mejor orientación a las mujeres infértiles.

BIBLIOGRAFIA

1. Allport, Gordon. La Personalidad. Editorial Herder. Barcelona, España. 1992.
2. Allport, Gordon. Psicología de la Personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1984. p.p. 576.
3. Amelar, Richard. Infertilidad en la Mujer. Editorial Expans. Barcelona, España. 1982. p.p. 163.
4. APROFAM. La Infertilidad. Editorial Gente Santo Domingo. República Dominicana. 1988. p.p. 47.
5. APROFAM. La Mujer y la Familia. Cuarto Encuentro de las Primeras Damas de C.A. Tegucigalpa, Honduras.
6. Basabe Barcala, José. Principios de Personalidad Dinámica. Editorial Desdee Brower. Bilbao. 1980. p.p. 259.
7. Benson, Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Editorial El Manual Moderno. México, 1979. p.p. 840.
8. Bertocci M. Mead y otros. Psicología de la Personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1986. p.p. 250.
9. Broom, Leonard. Elementos Esenciales de Sociología. Editorial Continental. México. 1983. p.p. 428.
10. Caso Muñoz, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. Editorial Limusa. México. 1989. p.p. 892.

11. Cohen, Josep. Psicodinamia de la Personalidad. Editorial Trillas. México. 1984. p.p. 87.
12. Davidoff, Linda. Introducción a la Psicología. Editorial Mc Graw-Hill. México. 1984. p.p. 794.
13. Dilinguenski G. Psicología Social. Editorial Letras S.A. México, 1985. p.p. 315
14. Dorsch Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. Barcelona, España. 1991. p.p. 146.
15. Enciclopedia de Ginecología y Obstetricia. La Mujer Infértil. Editorial Interamericana. México. 1987. p.p. 1035.
16. Fadiman, James. Teorías de la Personalidad. Editorial Harla. México. 1986. p.p. 526.
17. Frankl, Viktor. Psicoanálisis y existencialismo. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1978. p.p. 160.
18. Frankl, Viktor. La psicoterapia al alcance de todos. Editorial Herder. Barcelona, 1980. p.p. 96.
19. Frankl, Viktor. Teoría y terapia de las neurosis. Editorial Gredos. Madrid, España. 1974. p.p. 205.
20. Frankl, Viktor. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona, España. 1985. p.p. 180.
21. Frankl, Viktor. Ante el vacío existencial. Editorial Herder. Barcelona, España. 1984. p.p. 122.
22. Frankl, Viktor. La idea psicológica del hombre.

- Ediciones Rialp. Madrid, España. 1976. p.p. 82.
23. García, Mastroianni. Current Therapy of Infertility. Editorial B.C. Deaker Inc. United States of American. 1983 p.p. 47.
 24. Kolb, Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Forunier. México. 1986. p.p. 699.
 25. Laneway Elizabeth. El Despertar de la Mujer. Editorial Asociados. México. 1983. p.p. 262.
 26. Leclereq Jacquies. La Mujer de hoy y mañana. Editorial Sigueme. 1980. p.p. 134.
 27. Ledford Bischef. Interpretación de Teorías de la Personalidad. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1982. p.p. 531.
 28. Leibl Mariana. Psicología de la Mujer. Editorial Psique. Buenos Aires, Argentina. 1985.
 29. Lieberman, Yalon. Encounter Groups. Copyright Basic Books. Nueva York, 1976. p.p. 78.
 30. Mackinnon, R. Psiquiatría Clínica Aplicada. Editorial Interamericana. México. 1981. p.p. 825.
 31. Maddi, Salvatore. Teorías de la Personalidad. Editorial El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 1982. p.p. 531.
 32. Merani Albert. Psicología Genética. Editorial Grijalvo. México. 1982. p.p. 269.
 33. Meyes Jon. Clinical Management of Sexual Disorders. Copyright Williams & Wilkins, Baltimore London. USA. 1983. p.p. 391.

34. Millon Theodore. Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana. México. 1983. p.p. 438.
35. Mischel Walter. Personalidad y Evaluación. Editorial Trillas. México. 1980. p.p. 398.
36. Novak, Edmund. Tratado de Ginecología. Editorial Interamericana. México. 1981. p.p. 794.
37. Nuñez, Rafael. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I) a la psicopatología. Editorial El Manual Moderno. México, 1979. p.p. 262.
38. Pernoli, Martín. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. Editorial Grijalvo. México. 1984.
39. Preston George. The Substance of Mental. Copyright Winston New York. 1980.
40. Roma Rosa. Mujer, realidad y mito. Editorial Plaza James. México. 1979.
41. Savalloni Roberto. La Personalidad en perspectiva social. Editorial Herder. Barcelona, España. 1987. p.p. 380.
42. Saxton Lloyd. El individuo, el matrimonio y la familia. Editorial Guadalupe. Buenos Aires, Argentina. 1990.
43. Sferra, Adam. Personalidad y relaciones humanas. Editorial Mc. Graw-Hill. México 1980. p.p.233.
44. Sherr Lorraine. Agonía, muerte y duelo. Editorial El Manual Moderno. México. 1992. p.p. 273.

45. Taylor, P. The analysis of therapeutic groups.
Copyright Oxford University. Londres. 1971. p.p.
106.
46. Urrutia de García Julia. Mujer y población. Editorial
Taller Gráfico de Servi Prensa. Guatemala. 1993.
47. Wilhelm, Josep. Persona, Carácter y personalidad.
Editorial Herder. Barcelona, España. 1980. p.p. 622.

INDICE

CAPITULO I

Introducción	1
--------------	---

CAPITULO II

Marco Teórico	5
---------------	---

CAPITULO III

Presentación, análisis e interpretación de resultados	20
--	----

CAPITULO IV

Abordamiento Terapéutico	48
Conclusiones	57
Recomendaciones	59
Bibliografía	61

