

Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente

Guillermo González Campillo,* Claudia Sánchez Bravo,* María Eugenia Gómez López,* Evangelina Aldana Calva,* Francisco Morales Carmona*

Nivel de evidencia: II-2

RESUMEN

Antecedentes: es frecuente que en el ambiente médico no se considere a la variable emocional parte de las estrategias de tratamiento, o que se incluyan en un mismo rubro las circunstancias matizadas por diferentes aspectos psicológicos. Pocos estudios reportan los casos de mujeres con embarazo de alto riesgo o con pérdida gestacional de repetición; la mayor parte se enfocan a un solo evento o a factores aislados relacionados con el autoconcepto.

Objetivo: obtener los perfiles de autoconcepto en dos momentos reproductivos importantes (embarazo de alto riesgo y pérdida gestacional recurrente) y focalizar mejor las estrategias terapéuticas.

Pacientes y método: se realizó un estudio exploratorio, transversal, retrospectivo, no experimental, descriptivo, cerrado. Se incluyeron 200 pacientes referidas del área de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología: 100 con embarazo de alto riesgo (grupo A) y 100 con antecedente de pérdida gestacional recurrente (grupo B). Las pacientes embarazadas no debían tener antecedentes de aborto.

Resultados: las pacientes con pérdida gestacional recurrente tuvieron menor puntuación en todas las escalas clínicas y con diferencias estadísticamente significativas. Ambos perfiles presentan gran similitud en sus picos y sinuosidades. Es notoria la diferencia en intensidad, y a su vez matiza la dinámica psicológica de ambos eventos.

Palabras clave: embarazo de alto riesgo, pérdida gestacional recurrente, autoconcepto.

ABSTRACT

Background: Within medical environment, emotional aspect of therapy strategy is frequently ignored or confused with different psychological aspects. There are scarce reports of high-risk pregnancies or recurrent gestational loss, most of them focused on an isolated event or factor related with self-concept.

Objective: To get self-concept profiles in two important reproductive different moments (high-risk pregnancy and recurrent gestational loss) and better focus therapy strategies.

Patients and methods: Exploratory, transversal, retrospective, non-experimental, descriptive, and closed study. Two hundred patients referred from external consultation at Instituto Nacional de Perinatología: 100 with high-risk pregnancy (A group), and 100 with recurrent gestational loss history (B group). Pregnant patients must have not abortion history.

Results: Patients with recurrent gestational loss had lower score in every clinical scale, and statistically meaningful differences. Both profiles had peak and sinusoid similarities. Intensity difference was evident and clarifies the psychological dynamics of both contingencies.

Key words: high-risk pregnancy, recurrent gestational loss, self-concept.

RÉSUMÉ

Antécédents : il est fréquent que dans le milieu médical on ne prenne pas en considération la variable affective parmi les stratégies du traitement, ou que les circonstances nuancées par différents aspects psychologiques soient incluses dans une même rubrique. Peu d'études rapportent les cas de femmes avec grossesse à haut risque ou avec perte gestationnelle à répétition ; la plupart envisagent un événement seul ou des facteurs isolés liés au concept du soi.

Objectif : obtenir les profils du concept du soi dans deux moments reproductifs importants (grossesse à haut risque et perte gestationnelle récurrente) et mieux focaliser les stratégies thérapeutiques.

Patients et méthode : on a réalisé une étude exploratrice, transversale, rétrospective, non expérimentale, descriptive, fermée. On a inclus 200 patientes référencées du service de consultation externe de l'Institut National de Péritnatalogie : 100 avec grossesse à haut risque (groupe A) et 100 avec antécédent de perte gestationnelle récurrente ou à répétition (groupe B). Les patientes en état de grossesse ne devaient pas avoir des antécédents d'avortement.

Résultats : les patientes avec perte gestationnelle récurrente ont eu une ponctuation mineure dans toutes les échelles cliniques et avec des différences statistiquement significatives. Les deux profils présentent une grande ressemblance dans leurs pics et sinuosités. Il est remarquable la différence en ce qui concerne l'intensité, et à son tour nuance la dynamique psychologique des deux événements.

Mots-clés : grossesse à haut risque, perte gestationnelle récurrente, concept du soi.

RESUMO

Antecedentes: É frequente que no ambiente médico não seja considerado a variável emocional dentro das estratégias de tratamento, ou que sejam incluídas em um mesmo rubro as circunstâncias matizadas por diferentes aspectos psicológicos. Poucos estudos informam casos de mulheres com gravidez de alto risco ou com perda gestacional de repetição; a maior parte se enfocam somente um evento ou fatores isolados relacionados com o autoconceito.

Objetivo: Obter o perfil de autoconceito em dois momentos importantes reprodutivos (gravidez de auto risco e perda gestacional recorrente) e enfocar melhores estratégicas terapêuticas.

Pacientes e método: Foi realizado um estudo exploratório, transversal, retrospectivo, não conhecido, descritivo e fechado. Foram estudadas 200 pacientes referidas da área de consulta externa do Instituto Nacional de Perinatologia: 100 mulheres com gravidez de alto risco (grupo A) e 100 mulheres com antecedentes de perda gestacional recorrente ou de repetição (grupo B). As pacientes grávidas não podiam ter antecedentes de aborto.

Resultados: As pacientes com perda gestacional recorrente tiveram menor sinal em todas as escalas clínicas e com diferenças estatisticamente significativas. Ambos perfis apresentam grande semelhança em seus picos e sinuosidades. É notável a diferença da intensidade e a sua vez a matiz da dinâmica psicológica de ambos os casos.

Palavras chave: gravidez de auto risco, perda gestacional recorrente e autoconceito.

El Instituto Nacional de Perinatología Dr. Isidro Espinosa de los Reyes está dedicado a la investigación y atención relacionadas con la reproducción humana; cuenta con un departamento de psicología que, en trabajo interdisciplinario, completa la atención integral de las pacientes y participa también en las mismas tareas de investigación. La bibliografía en este rubro es muy amplia y variada. En este estudio se comparan dos momentos reproductivos: embarazo de alto riesgo y pérdida gestacional recurrente a través de la prueba de autoconcepto de Fitts. Ésta se eligió por ser multifactorial, sus escalas están estrechamente relacionadas con los aspectos más importantes de la problemática reproductiva,¹ y porque permite realizar un análisis dinámico y comparativo del perfil de cada una de las circunstancias estudiadas.

* Adscrito al Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia: Psic. Guillermo González C. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Montes Urales 800, Lomas de Virreyes, CP 11000, México, DF.

Recibido: diciembre, 2007. Aceptado: febrero, 2008.

Este artículo debe citarse como: González CG, Sánchez BC, Gómez LME, Aldana CE, Morales CF. Autoconcepto en el embarazo de alto riesgo y en la pérdida gestacional recurrente. Ginecol Obstet Mex 2008;76(3):143-50.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.actualizacionmedica.com.mx

Aunque en el apartado de instrumentos se describe ampliamente lo que determina la prueba, nos basamos en una concepción general del autoconcepto hecha por una de las personas más representativas en el manejo del término: "...El yo como instancia cognitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa, es algo diferente del "Mi" como algo conocido o como contenido de experiencia. El "yo" es lo que llamamos autoconcepto, y sobre el que trabajamos, y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluidas las imágenes que otros tienen de él, y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser.²

Es frecuente que en el ambiente médico no se considere la variable emocional dentro de las estrategias de tratamiento, o que se incluyan en un mismo rubro las circunstancias matizadas por diferentes aspectos psicológicos. Caso ejemplar es el concepto de infertilidad, donde no se hace diferencia entre esterilidad y pérdida repetida del embarazo.³ Para la medicina el problema central es que la pareja no haya logrado un hijo vivo. En el caso del embarazo de alto riesgo, que es el tema central de atención en el INPer, hay diferentes características psicológicas en los demás riesgos, que para el antecedente de pérdidas perinatales;³ por lo general, en las estrategias de seguimiento médico no se marcan estas diferencias. Por esta razón, nos esforzamos en perfilar los diferentes momentos reproductivos mediante la prueba multifactorial de Fitts,

para determinar las diferencias en el autoconcepto y los factores que lo determinan, con la finalidad de resaltar la importancia de un tratamiento más focalizado. Toca en este caso comparar las dos circunstancias reproductivas mencionadas.

Pocos estudios reportan casos de mujeres con embarazo de alto riesgo o con pérdida gestacional de repetición; la mayor parte se enfocan en un solo evento o en factores aislados relacionados con el autoconcepto. También abunda en la bibliografía el tema del embarazo en la adolescente, donde se asocia una mejora en la autoestima al apoyo social que reciba la paciente. Algunos estudios mencionan la importancia que le han dado al embarazo; éstos lo consideran un acontecimiento exclusivamente fisiológico normal en el ciclo de vida de la mujer, observan sólo las molestias habituales (vómitos, náuseas, fatiga, sueño etc.) y soslayan los aspectos psicológicos de dicho periodo.⁴ Otros escritos señalan al embarazo como un evento que marca una crisis en la vida de la mujer⁵ y otros muestran que es, básicamente, de bienestar emocional.⁶

En lo que a pérdida gestacional de repetición respecta, se encontró que una de cada seis mujeres en edad fértil ha tenido un aborto espontáneo.⁷ Esto hace que se convierta en un problema social y de salud importante; por lo tanto, debido a sus consecuencias, merece toda consideración y estudio, ya que influye directamente en las pacientes, en los aspectos sociales y emocionales, y resulta en una problemática que menoscaba su estabilidad.^{8,9}

Varios estudios coinciden en que las respuestas psicológicas se atribuyen a los antecedentes personales de la mujer, y al ambiente social, cultural, religioso y político que la rodea.^{10,11} Un estudio relacionado con las secuelas psicológicas de la pérdida gestacional de repetición concluye que pueden deberse a respuestas socialmente aprendidas, más que a respuestas espontáneas ante un evento traumático. Por ejemplo, en México, donde se exalta la maternidad, es muy probable que estos factores causen en la mujer una grave depresión e imposibilidad de recuperarse normalmente y hasta sentirse culpable.¹²⁻¹⁴

Al no encontrar estudios comparativos en mujeres con embarazos de alto riesgo o con pérdida gestacional recurrente, se consideró importante realizar esta investigación para conocer cómo viven estos eventos y eliminar mitos o creencias.

En ambas circunstancias puede haber complicaciones emocionales, pero esclarecer cómo se comportan en una

institución de salud pública, quizás marque la diferencia para determinar los modelos y prioridades de atención. Por estas razones se llevó a cabo esta investigación, además de permitir esclarecer opiniones prejuiciosas marcadas por la ideología dominante de la beatificación del embarazo o el estigma de la pérdida gestacional de repetición.

En la bibliografía médica, principalmente la estadounidense, no se menciona la diferencia entre esterilidad y pérdida gestacional recurrente. El objetivo del médico es que la mujer tenga en sus brazos un hijo sano; sin embargo, desde el punto de vista psicológico, la experiencia clínica muestra importantes diferencias que también influirán en las estrategias del tratamiento.

El objetivo de este trabajo fue comparar, mediante la prueba de autoconcepto de Tennessee, el embarazo de alto riesgo y la pérdida gestacional de repetición, para determinar los perfiles que reflejan dichos momentos reproductivos y señalar las áreas de conflicto para fijar estrategias que mejoren la atención psicológica y la comprensión de ambos fenómenos.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio exploratorio, transversal, retrospectivo, no experimental, descriptivo, cerrado. Se incluyeron 200 pacientes referidas del área de consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología: 100 con embarazo de alto riesgo (grupo A) y 100 con antecedente de pérdida gestacional recurrente o de repetición (grupo B). Las pacientes embarazadas no debían tener antecedentes de aborto.

Criterios de inclusión y exclusión

Grupo A: pacientes que llegaran a consulta externa sin antecedentes de pérdida perinatal o tratamiento psiquiátrico; sin trastorno de personalidad; que tuvieran unión estable de pareja (más de un año); uno o más de un hijo sano vivo; no más de dos cesáreas; edad entre 23 y 35 años; que no se encontraran en proceso de duelo; embarazo planeado.

Grupo B: pacientes que llegaran a consulta externa; sin antecedente de tratamiento psiquiátrico; sin trastorno de personalidad; que tuvieran unión estable de pareja de (más de un año); que no se encontraran en proceso de duelo, ajeno a la pérdida perinatal; mínimo de dos pérdidas perinatales; que no tuvieran hijos vivos; que las pérdidas no fueran provocadas; edad entre 23 y 40 años.

El psicólogo encargado de aplicar la prueba recibió adiestramiento y llamó a las pacientes que cumplían con los requisitos en el área de consulta externa. En caso de aceptar la invitación, se les explicaban los objetivos de la investigación y firmaban el consentimiento informado.

En el análisis estadístico se aplicó la prueba de ji al cuadrado,¹⁵ para comparar estadísticamente la validez de los puntajes entre los dos grupos mediante la prueba de autoconcepto de Fitts.

Instrumentos

La escala de autoconcepto de Tennessee fue diseñada por William H. Fitts, en 1965, en el Departamento de Salud Mental del mismo estado.¹⁶ Los 100 reactivos de la escala describen el autoconcepto desde los marcos de referencia “interno” y “externo”. El marco interno indica cómo se describe la persona a sí misma, mientras que el externo indica cómo utilizan las fuentes o áreas externas para describirse a sí misma. El marco externo se subdivide en cinco columnas o áreas:

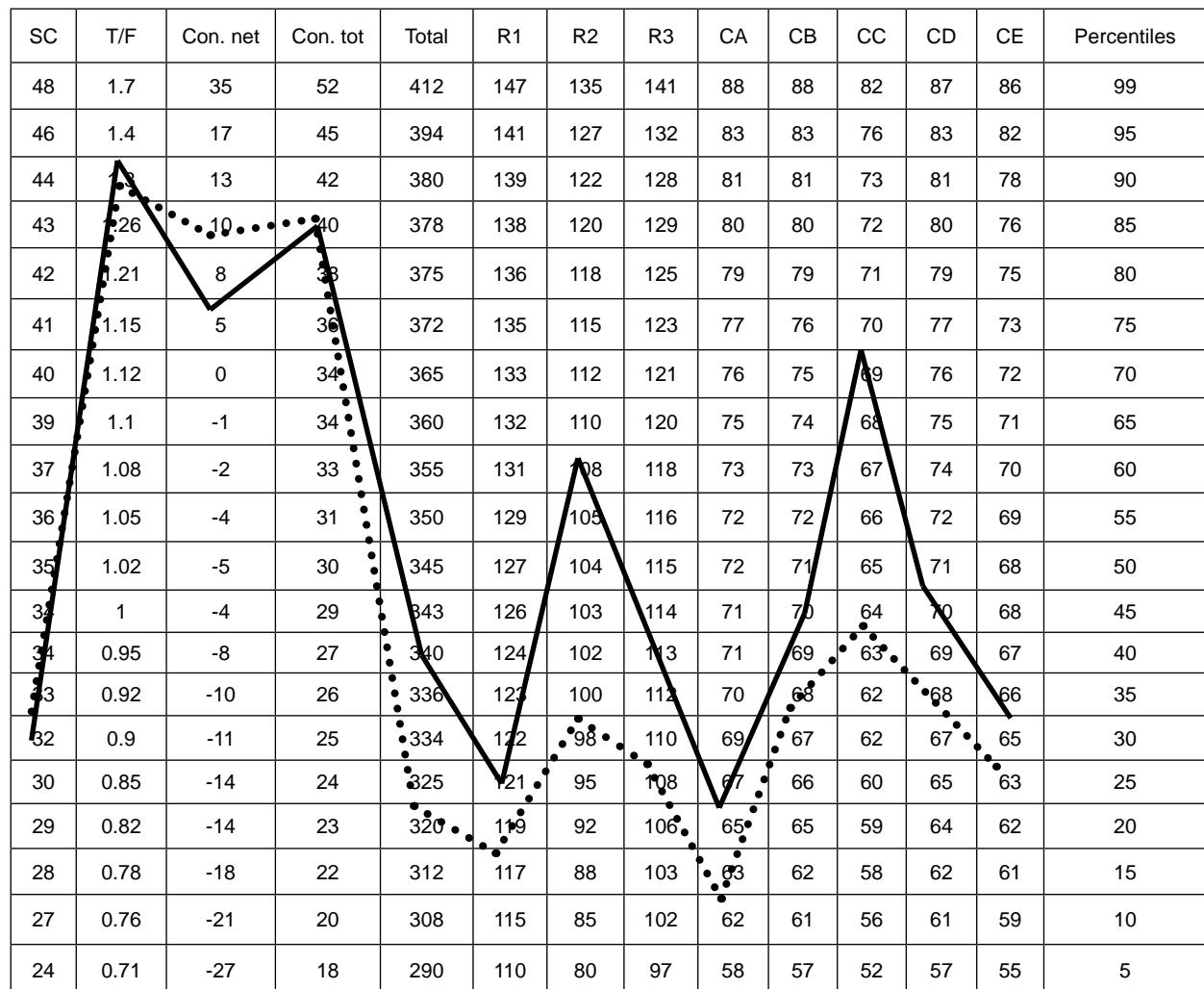


Figura 1. Prueba de autoconcepto de William Fitts. Embarazadas: — Pérdida gestacional: ···········

Columna A (CA): Yo físico. Valora la percepción del cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B (CB): Yo ético-moral. Es la descripción del yo desde un punto de vista ético y moral, es decir, los valores de bondad o maldad y los aspectos religiosos relacionados con Dios.

Columna C (CC): Yo personal. Se refiere a los sentimientos del propio valor, sentimiento de adecuación, evaluación de la personalidad, percepción del cuerpo y relación con los demás.

Columna D (CD): Yo familiar. Refleja la percepción del valor personal y de efectividad en las relaciones familiares.

Columna E (CE): Yo Social. Describe la percepción del individuo con la interacción social.

Los 100 reactivos también conforman tres hileras que describen el marco de referencia interno desde tres perspectivas complementarias:

Hilera 1. Identidad (R1): Comprende los reactivos correspondientes a “lo que yo soy”, donde el individuo describe su identidad básica, a partir de cómo se ve a sí mismo.

Hilera 2. Autosatisfacción (R2): Refleja el grado de autoaceptación y autosatisfacción. Describe los sentimientos que la persona percibe de su yo.

Hilera 3. Conducta (R3): Son afirmaciones que se refieren a “esto es lo que yo hago”. Muestran la forma de actuar y percepción de su comportamiento.

Además, hay 10 reactivos que comprenden afirmaciones ligeramente derogativas y que la mayoría de las personas acepta como ciertas respecto de sí mismas. Estos reactivos conforman la columna de autocritica (SC), para identificar la actitud defensiva del sujeto y posibilidad de distorsión propositiva al elegir las opciones de respuesta. El puntaje total refleja el grado general de autoconcepto y puede considerarse, por sí solo, el más importante en la consulta psicológica. Los puntajes altos señalan una tendencia a estar contento consigo mismo, sentimientos de ser valioso, confianza en sí mismo y actuación de acuerdo con su percepción. Las personas con puntajes bajos dudan de su propio valor, tienen poca confianza en sí mismos y con frecuencia se sienten ansiosos y deprimidos.

Esta escala no dispone de normas, validez y confiabilidad en México, aunque ya se ha iniciado el trabajo; sin embargo, Fitts afirma que cuando se trata de muestras grandes ($N=75$) no hay variaciones notables en la norma

o en los efectos de variables demográficas, como sexo, edad, raza, educación e inteligencia.¹⁶

Las variables independientes del estudio fueron las diferencias de los factores en pacientes con embarazo de alto riesgo y en pacientes con pérdida gestacional recurrente. Las variables dependientes incluyeron las respuestas de la prueba de autoconcepto de William Fitts.

RESULTADOS

Los datos sociodemográficos de ambos grupos se muestran en el cuadro 1. El puntaje de las escalas clínicas de autoconcepto resultó más bajo en las mujeres con pérdida gestacional recurrente, que en aquellas con embarazo de alto riesgo (figura 1).

Las pacientes con pérdida gestacional de repetición fueron ligeramente más autocriticas que aquellas con embarazo de alto riesgo (SC); además, tuvieron mayor conflicto en su autopercepción (total). Aunque en ambas circunstancias reproductivas la identidad (R1), es decir, cómo se ve a sí misma la persona, fue más baja, resultó mucho menor en las mujeres con pérdida gestacional

Cuadro 1. Datos sociodemográficos

	Embarazo (%)	Pérdidas (%)
Edad		
23-29	52	48
30-35	48	36
36-41	0	16
Escolaridad		
Primaria	8	8
Secundaria	20	23
Preparatoria	51	37
Licenciatura	20	21
Posgrado	1	11
Ocupación		
Hogar	82	65
Trabaja	17	30
Estudia	1	1
Desempleada	0	3
Trabaja y estudia	0	1
Estado civil		
Casada	79	82
Unión libre	21	16
Separada	0	2
Embarazos		
1-2	76	54
3-5	24	42
> 6	0	4

recurrente. Las mujeres con embarazo de alto riesgo se mostraron más satisfechas y aceptadas consigo mismas. Dentro del mismo grupo se observaron más inconformes en sus funciones a las mujeres con embarazo de alto riesgo que aquellas con pérdida gestacional repetida (fueron más pronunciados los cambios en su perfil).

La imagen física (CA) fue bastante devaluada en ambas circunstancias reproductivas, pues fue el concepto más bajo en los dos perfiles. Desde el punto de vista ético-moral (CB), las pacientes con pérdida gestacional recurrente se sintieron menos ajustadas, en comparación con las embarazadas de alto riesgo; sin embargo, buscan compensar sus carencias físicas y devaluación personal. El puntaje del “yo personal” (CC) muestra que las mujeres con embarazo de alto riesgo están más autovaloradas e identificadas que aquellas con pérdida gestacional repetida. En el área familiar (CD), las mujeres con pérdida gestacional recurrente sienten más apoyo que las embarazadas de alto riesgo, aunque su puntaje sea menor. En el área social (CE) ambos grupos tienden a aislarse por distintos motivos: las pacientes con pérdida gestacional por el fracaso reproductivo y las embarazadas de alto riesgo por la función de cuidados maternos. La mayor parte de los puntos obtenidos en ambos grupos tuvo significación estadística de 0.000, excepto en las escalas verdadero-falso, conflicto neto, puntaje total, R1 y R2 (cuadro 2).

DISCUSIÓN

Los perfiles de ambos grupos son muy parecidos y sin diferencias estadísticas en algunos puntajes (cuadro 2); esto demuestra que los dos grupos afrontan problemáticas similares y con diferente grado de intensidad. Los datos sociodemográficos muestran mayor actividad laboral y académica en las mujeres con pérdida gestacional recurrente.

La frecuencia de los estudios de posgrado aumenta en mujeres con pérdida gestacional de repetición, quizás

debido a que, hipotéticamente, cuentan con más tiempo, mientras que las mujeres con embarazo de alto riesgo no lo tienen, por las tareas durante esta etapa y los cuidados maternos. El mismo fenómeno se observa en la ocupación, donde las mujeres con pérdida gestacional recurrente son las que más trabajan.

La pregunta que podemos hacernos ante estos datos es: ¿la mujer con pérdida gestacional se desarrolla/desenvuelve más como compensación a su frustración maternal o por las dudas con su deseo maternal?³ Por los perfiles en la prueba de autoconcepto, se observa que las mujeres con embarazo de alto riesgo se encuentran más inconformes con su función, en comparación con aquellas con pérdida gestacional repetida, lo que se refleja en puntajes más bajos de identidad (R1) y comportamiento (R2). Esto coincide con otras investigaciones que demuestran mayor insatisfacción marital mientras más hijos tienen, haciendo menos ilusorio el estado del matrimonio como popularmente se le percibe.¹⁷ Lo anterior no necesariamente es un factor para demeritar el estado del matrimonio como una etapa culmen de la maduración humana, sino más bien deberían cuestionarse los problemas de desarrollo no resueltos con los que se llega a él y que pueden ser el detonador de los conflictos.¹⁸

El límite de edad y número de embarazos (cuadro 1) varía notablemente en las pacientes con pérdida gestacional recurrente, pues refleja la insistencia con que buscan el logro de un embarazo a término y la sobrevaloración personal de la maternidad. Los datos explican que obtuvieron menor puntaje de autoconcepto total, debido al efecto de un fracaso reproductivo repetido y anticipación de una frustración definitiva.

Ambos momentos reproductivos, aunque comparten un mismo proyecto, tienen características particulares que demandan diferentes estrategias psicoterapéuticas. Particularmente, la mujer con pérdida gestacional recurrente atraviesa por uno o más fracasos-pérdidas que debe resolver y diferenciarlos de los embarazos sucesivos; por

Cuadro 2. Significación estadística (*)

	S/C	V/F	Con. net	Con. tot	Total	R1	R2	R3	CA	CB	CC	CD	CE
χ^2	87.15	86.03	78.12	79.77	66.24	64.10	75.37	103.69	102.45	96.14	78.81	104.54	87.90
Grados de libertad	29	102	67	49	119	51	67	56	44	39	44	38	44
Significación asintótica	0.000*	0.872	0.166	0.004*	1.000	0.103	0.226	0.000*	0.000*	0.000*	0.001*	0.000*	0.000*

lo tanto, este factor se refleja en la devaluación de su identidad maternal (R1) y “yo personal” (CC) (figura 1).

La mujer con pérdida gestacional de repetición necesita determinar un plan reproductivo, pues arriesga más al saber anticipadamente su problema. Además, enfrenta la culpa de un nuevo embarazo, por el riesgo que implica un nuevo ser en cada intento. La pérdida gestacional recurrente, principalmente la de causa desconocida, no es un riesgo reproductivo más, pues no es lo mismo un embarazo de riesgo, que un embarazo con riesgo; este último está mejor identificado.

Conde menciona que la pérdida gestacional de causa indeterminada ocurre en una proporción de 15.79 a 23.52%.¹⁹ En un estudio de cohorte no publicado, realizado en la Clínica de Evaluación del Riesgo Pregestacional del Instituto Nacional de Perinatología, entre 1993 y el 2002, se encontró 41% de los casos con esta complicación, lo que representa un verdadero problema de salud ginecoobstétrica, y lo suficientemente perfilado a nivel médico y psicológico para que sea considero, todo ello independiente de la casuística del embarazo riesgoso y la esterilidad.²⁰

CONCLUSIONES

La bibliografía relacionada con la mujer y la reproducción menciona múltiples variables psicológicas asociadas con estos temas, desde el desarrollo de la personalidad hasta la incidencia del mismo en la reproducción y sus avatares-cambios. Esto explica el detimento del autoconcepto en las dos situaciones estudiadas, principalmente en las mujeres con pérdida gestacional de repetición.²¹⁻²³ El embarazo, aun en situación de riesgo, sigue percibiéndose como un estado de logros y realizaciones en los puntajes más altos de las escalas de autosatisfacción y el “yo personal” (por encima de la media), pero tiene la problemática personal de cada mujer, reflejada en los puntajes bajos de identidad (R1), autoconcepto general (total) y comportamiento (R3) (figura 1). Es importante mantener un programa, de principio a fin, del evento reproductivo para la paciente con pérdida gestacional de repetición, desde un enfoque médico y psicológico, debido a su morbilidad en la reproducción. Todavía son muchas las instituciones que no cuentan con programas integrales para la atención de esta problemática. Ideológicamente se da prioridad al embarazo y es así como

las estrategias de atención integral se dirigen a la etapa reproductiva en todas sus etapas. En las pacientes con pérdida gestacional recurrente no se brinda este tipo de atención, aún conociendo que el periodo de estudio institucional por el que deben pasar, antes de lograr un nuevo embarazo, es de un año. El Instituto Nacional de Perinatología cuenta con un programa de atención psicoterapéutica para la paciente con pérdida gestacional y para la paciente embarazada. Durante varios años de experiencia se ha identificado que la ansiedad manifestada por las pacientes, al empezar sus estudios, se debe a la desinformación relacionada con su padecimiento. No le corresponde a la psicoterapia trabajar propiamente en este campo, ni al médico institucional hacerlo con cada paciente, pues existen estrategias pedagógicas que incluyen a toda la población, cumplen con los objetivos y son más eficientes, además de contar con un requisito básico, de atención de calidad, para que la paciente esté bien informada de lo que la institución puede hacer por ella y su padecimiento.

REFERENCIAS

1. Morales-Carmona F. Reproducción humana. En: Instituto Nacional de Perinatología, editores. Psicología de la reproducción humana: un enfoque integral. México: Editorial Trillas, 2002;pp:11-27.
2. Oñate MP, García de la R. El autoconcepto como organización de actitudes hacia sí mismo. En: Beltrán-Llera J, Bueno-Álvarez JA, editores. Psicología de la educación. Madrid: Boixareu Universitaria Marcombo, 1995;pp:213.
3. González-Campillo G. Pérdidas perinatales. En: Instituto Nacional de Perinatología, editores. Psicología de la reproducción humana: un enfoque integral. México: Editorial Trillas, 2002;pp:139-63.
- 4.- Luque-Coqui MH. Alteraciones emocionales asociadas con complicaciones gineco-obstétricas. Propuesta de un modelo de evaluación y de un programa preventivo. Tesis para doctorado. México: UNAM, 1999.
5. Morales-Carmona F. Repercusiones emocionales de la reproducción. Perinatol Reprod Hum 1992;54:753-62.
6. Reyes-Carrillo E, Morales-Meneses R. El autoconcepto en mujeres embarazadas que asisten a un curso de psicoprofilaxis obstétrica. Tesis para licenciatura. México: UIA, 1995.
7. Vite-Vargas JA, Ortiz-Núñez DA, Hernández-Marín I, Tovar-Rodríguez JM, Ayala AR. Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana. Ginecol Obstet Mex 2005;73:360-4.
8. Cruz-Terán M. Estudio comparativo del autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión

- tubaria bilateral. Tesis para licenciatura. México: UNAM, 1992.
9. Domínguez VR. Psicología e infertilidad. Clínica las Condes. Revista Médica. Volumen 13 (2002). Dirección URL: <http://www.clinicalascondes.cl/area_academica/Revista_Medica_Enero_2002/articulo_007.htm>.
 10. Castelazo-Morales E, Morales-Carmona F, Carreño-Meléndez J. Estudios y terapéutica en infertilidad y su relación con el estado emocional. En: Aldrete-Velasco J, editor. Medicina reproductiva en México. México: JGH Editores, 1999.
 11. Definición de infertilidad. Qué significa la palabra "infertilidad" para los clínicos y clientes. Network en español 2004;23(2). Dirección URL: <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v23_2/nt2321.htm>.
 12. Bardwick J. Psicología de la mujer: un estudio de conflictos bio-culturales. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
 13. Insler V, Lunenfeld B. Infertilidad en el hombre y la mujer. 1^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1992.
 14. Palacios E, Jadresic E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Rev Chil Neuro-Psiquiatría 2000;38(2):94-103.
 15. Siegel S, Castellan NJ. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. 4^a ed. México: Editorial Trillas, 1995.
 16. Fittz WH. Tennessee self concept scale. Nashville Counselor Recording and Test Manual. Los Angeles: Western Psychological Services. Publisher and Distribution, 1965.
 17. Pick de Weis S, Andrade P. Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge. Salud Mental 1988;11(3):15-18.
 18. González FC, Morales-Carmona F, Caraveo-Anduaga J, Gutiérrez CE. El malestar psicológico y su relación con los eventos de la vida: estudio comparativo entre mujeres embarazadas y mujeres con trastornos ginecológicos. Psicol Soc Mex 1990;3:56-60.
 19. Conde-Vinacur J. La contribución del médico en cuanto al conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, a partir de la correcta certificación de las causas de muerte fetal. Dirección URL: <<http://www.deis.gov.ar/capacitacionfetal/contribucion.htm>>.
 20. Espinosa Ibarra R, Gorvea Chávez V. Cohorte de mujeres en evaluación de riesgo pregestacional. Enero 1993 a 2002. Trabajo inédito.
 21. Deutsch H. La Psicología de la Mujer. Buenos Aires: Losada, 1960.
 22. Langer, M. Maternidad y Sexo. Buenos Aires: Paidós, 1964.
 23. Soifer R. Psicología del Embarazo Parto y Puerperio. Buenos Aires: Kargieman, 1971.