

Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino

JORGE CARREÑO-MELÉNDEZ,^a
FRANCISCO MORALES-CARMONA,^a CLAUDIA SÁNCHEZ-BRAVO,^a
GUILLERMO GONZÁLEZ-CAMPILLO,^a SUSANA MARTÍNEZ-RAMÍREZ^a

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de autoconcepto de parejas con problemática de esterilidad por factor masculino y por factor femenino, donde se pueda reconocer a qué parejas les impacta más cuando el origen de dicha problemática se ubica en uno de los sexos.

Material y métodos: Se diseñó un estudio ex-post-facto de una muestra relacionada, 60 parejas divididas en dos grupos: 30 parejas por factor masculino y 30 por factor femenino. Las parejas evaluadas fueron derivadas de la Clínica de Esterilidad y de Andrología del Instituto Nacional de Perinatología, todas contaban con diagnóstico de esterilidad primaria. El instrumento utilizado fue la Escala de Medición del Autoconcepto de Tennessee de Williams Fitts.

Resultados: Los resultados muestran que las parejas por factor masculino son las que obtuvieron menores puntajes en cuanto a las áreas de autocrítica, autoconcepto, identidad, Yo físico, Yo ético-moral, Yo familiar y Yo social. Se aplicó la prueba t de Student: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables socioeconómicas de edad, escolaridad y ocupación y en componentes del autoconcepto.

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran que en las comparaciones que se realizaron, las parejas de factor masculino tienen niveles de autoconcepto más bajos en todas las áreas y son las más afectadas en cuanto a escolaridad y ocupación, en contraste, tienen más edad que el resto de la muestra. La importancia de la observación radica en que para esta muestra las mujeres estériles tenían los mejores niveles educativos, de empleo y de las variables del autoconcepto, lo que contradice estudios anteriores con respecto a poblaciones de mujeres con esterilidad, en donde se observan niveles más altos en depresión y ansiedad, así como niveles bajos de autoestima.

PALABRAS GUÍA: Autoconcepto, esterilidad masculina, femenina, parejas infértiles.

^a Psicólogo del Departamento de Psicología.

Correspondencia:
Dr. Jorge Carreño Meléndez
Instituto Nacional de Perinatología, Torre de Investigación, 1er. piso
Montes Urales 800, Colonia Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México D.F.

Recibido: 14 de julio de 2003.
Aceptado: 21 de agosto de 2003.

INTRODUCCIÓN

Delimitar las diferencias establecidas por la biología y reconocer aquellas conductas que están socialmente aceptadas como masculinas y femeninas pueden resultar complejo, ya que, por un lado, algunas explicaciones se encami-

nan a proponer que son conductas heredadas, pero, por otra parte, algunas proponen que son producto de la cultura, la educación y la política. Dichas conductas determinan en forma conjugada las características de lo que se entiende por lo femenino y lo masculino. Por lo que la masculinidad y la femineidad se entienden como aquellos rasgos de la personalidad que diferencian a los hombres de las mujeres.¹

Partiendo de esta definición, la identidad de género va íntimamente ligada a la reproducción, ya que el ser hombre o mujer tiene que ver con la capacidad para lograr el embarazo. El rol explica la asunción de reglas establecidas por la sociedad, por ejemplo, existe la norma implícita de que todo ser humano, al contraer matrimonio o vivir en pareja, está obligado a tener descendencia, ya que la presencia de los hijos da sentido a esta unión.

El deseo de la maternidad o paternidad en la población que tiene dificultades en la vida reproductiva se convierte en un evento central, siendo en ocasiones el único motivo de convivencia entre la pareja, o el objetivo por el cual están unidos. Este deseo va a invertir la libido y el narcisismo de los cónyuges y es un vínculo para ejercitar, a través de ella, actitudes de distinta índole. Buscar la reproducción como reafirmación de la masculinidad o femineidad, en ocasiones, es una manera de mantener la unión de una pareja que está en crisis y, con esto, evitar una separación. Esta situación limita otros aspectos medulares de la pareja al no permitir la expresión de otras formas de convivencia, por lo que este deseo, y su afán por alcanzarlo, reduce a un solo aspecto la vida en pareja, lo que impide una adecuada adaptación a su medio.

Existen limitaciones para conocer la prevalencia de la esterilidad, no obstante, se estima que entre 10 y 15% de las parejas en edad reproductiva presentan este problema,² el cual puede tener su origen en la mujer, el hombre o en ambos. Es importante señalar que existe una diferencia mínima en los porcentajes por género: 50% pertenecen a factor femenino, 40% a masculino y 10% se toma como factor inexplicable.³

Con estos datos se puede inferir que la realidad indica que no es la mujer quien está condicionando la fertilidad, ya que existen factores en la pareja que determinan la fertilidad, como pueden ser: posponer para edades más avanzadas la reproducción, el uso de ciertos métodos anticonceptivos en forma inadecuada, el aumento de enfermedades de transmisión sexual, la automedicación, el sobrepeso o las dietas severas (esto es frecuente, en trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia), por último, la exposición a condiciones ambientales adversas. No es extraño que sea en la mujer en quien se deposita la responsabilidad de la procreación, incluso es más aceptado que ésta muestre sentimientos culposos, independientemente del origen del problema.⁴ Frente a esto, la infertilidad en la pareja no puede considerarse como un problema meramente fisiológico, ya que afecta también en forma relevante los ámbitos psicológicos y sociales.

Una gran parte de la vida en pareja se centra en la procreación, la maternidad-paternidad y la edificación de la familia. Conforme pasa el tiempo, las posibilidades de tener un hijo propio se van reduciendo, en la medida en que se han intentado un gran número de tratamientos (casi todos fallidos) el reloj biológico va llegando a su límite. A partir de este momento es cuando se inician los cambios que modifican el estilo de vida de la pareja, por lo que sentirán que el entorno se vuelve agresivo, experimentarán cambios similares al duelo (que inicia con agresión por los múltiples intentos fallidos y el estrés por los tratamientos de esterilidad) los cuales dejarán a la pareja no sólo deprimida, sino enojada.⁵⁻⁷ La agresión, ya sea expresada o reprimida, tiene efectos significativos en el individuo y en su relación con los otros. La ira puede reprimirse, porque no hay alguien a quién culpar, puede manifestarse como dificultad en las relaciones y éstas pueden ir acumulándose hasta manifestarse de forma abierta en la pareja, la familia, los amigos o las personas significativas de su entorno.⁸ Paralelamente, una investigación indica que el hombre utiliza mecanismos como la fantasía, el aislamiento y la depresión para



enfrentar la esterilidad, ya que representa una pérdida y una amenaza hacia su identidad, valores y objetivos de vida.⁹

La paternidad-maternidad, ya sea aprendida o no, ocupa un papel psicosocialmente determinante, lo que tendrá implicaciones, tanto para hombres como para mujeres, en la descripción del autoconcepto (el cual se entiende como el criterio y la descripción más completa que una persona tiene de sí misma, en un momento dado).¹⁰ El constructo es multidimensional y se explica en dos dimensiones: la interna, que tiene que ver con la identidad, comportamiento y satisfacción; y la externa, que tiene que ver con el Yo físico, el Yo ético-moral, el Yo personal, el Yo familiar, y el Yo social. Cada una de estas dimensiones interactúan entre sí, por lo que una afecta directa o indirectamente a la otra.¹⁰

MATERIAL Y MÉTODO

A partir de estas consideraciones se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿qué características tiene el autoconcepto de estas parejas cuando la esterilidad está determinada por el factor masculino o por el femenino?

Diseño

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, comparativo, transversal, retrospectivo. Se presenta un diseño no experimental, transversal, de campo, con mediciones independientes de una muestra que proviene de una misma población (parejas estériles), la cual se dividió en dos grupos: esterilidad por factor masculino y por femenino.

Participantes

La presente investigación se llevó a cabo en una muestra de 60 parejas (derivadas de la clínica de esterilidad y andrología) con el diagnóstico de esterilidad primaria, la cual se dividió en dos grupos. El tipo de muestra fue no probabilística, por cuota. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: diagnóstico de esterilidad primaria, pareja estable (se valoró el mismo día a ambos miembros de la

pareja), escolaridad mínima de primaria, nuligestas y con un rango de edad de 20 a 43 años. Para fines comparativos se formaron cuatro grupos de 30 pacientes cada uno: mujeres estériles (ME), hombres fértiles (HF), hombres estériles (HE) y mujeres fértiles (MF).

Instrumentos

Para la medición de la variable en el grupo de estudio se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee,¹⁰ ya que proporciona un perfil completo de las áreas que conforman el constructo. Se utilizaron las primeras 13 escalas de las 22 que consta el instrumento, por ser las que describen el autoconcepto. El resto de las escalas, llamadas empíricas, sirvieron para fines estadísticos de la prueba y no miden el fenómeno en cuestión. Las escalas se mencionan conforme se representan: autocrítica (SC, por sus siglas en inglés); verdadero/falso (TF, por sus siglas en inglés) muestra qué tan de acuerdo está con su autodescripción; conflicto neto (CONNET) explica qué tanto reconocen sus atributos negativos y cómo se esfuerzan para ocultarlos; conflicto total (CONTOT) qué tanta confusión existe para la autopercepción del conflicto; finalmente, la escala de autoconcepto (TOTAL) la que por sí misma es la más importante, ya que refleja el nivel total de autoestima. Los renglones señalan el marco de referencia interno (R1) como se ve (R2), autosatisfacción o auto-aceptación, y (R3) la aceptación de cómo funciona. El marco de referencia externo tiene que ver con el Yo físico (CA), el Yo ético-moral (CB), el Yo personal (CC), el Yo familiar (CD), y el Yo social (CE).

La prueba consta de 100 reactivos, cada uno de ellos de elección forzada con cinco posibilidades de respuesta, que van de completamente falso, a totalmente verdadero. Es decir, respuestas positivas y negativas con respecto al reactivo. Este instrumento es altamente confiable y el más utilizado para la medición del autoconcepto por tener confiabilidad y validez estadística desde su construcción. El punto de corte se establece en el puntaje estandarizado de T 50, puntaje medio de la población desde la cual se interpreta como mayor autoconcepto cuando el

perfil está hacia el T 90 y menor cuando los valores tienden hacia 1¹¹⁻¹² (Figuras 1 y 2). También se aplicó historia clínica para recabar los datos sociodemográficos.

Procedimiento

La investigación se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología con las (los) pacientes que asistían para su atención a la Clínica de Esterilidad o Andrología. A los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les entregó una carta de consentimiento informado en donde se indicaban los objetivos del estudio, una vez aceptados los términos, se procedió a la aplicación de la historia clínica y el instrumento.

RESULTADOS

Los datos globales de la muestra indican que la media de edad fue de 32.5 años (± 5.1). En relación con el estado civil la mayoría de las parejas estaban casadas 56 (94%) en matrimonio civil y religioso, el resto vivía en unión libre. En cuanto a la clasificación socio-económica, la mayoría de las personas evaluadas pertenecían al nivel bajo. Los datos por grupo con respecto a la escolaridad en años fueron: para el grupo de mujeres estériles de 11.8 (± 4.0), los hombres fértiles de 13.0 (± 5.0), en los hombres estériles de 11 (± 3.0) y mujeres fértiles de 11.0 (± 3.0). Para la variable ocupación se encontró que las ME, 19 eran amas de casa, 10 profesionales y una trabajaba como obrera calificada; para las parejas de las ME, seis eran profesionales, nueve comerciantes, cinco empleados, cuatro obreros calificados, tres obreros no calificados y tres subempleados. Para el grupo HE, tres eran profesionales, tres técnicos, un comerciante, 12 empleados, dos obreros calificados, dos obreros no calificados y siete subempleados. Para las esposas de éstos, 27 eran amas de casa, dos empleadas y una trabajaba y estudiaba. Esta comparación permite observar una mayor productividad en las parejas estériles, que las fértiles estando en mejor condición ocupacional las mujeres estériles. Cuando se analizó el tiempo de evolución del padecimiento, se encontró que para las parejas por factor femenino se obtuvo una media

de 7.9 años (± 3.6) y por factor masculino 5.1 (± 2.4), con un mayor periodo de evolución por factor femenino. En cuanto al diagnóstico de origen de la esterilidad para las mujeres estériles: que nueve presentaron endometriosis, cinco presentaron adherencias, cuatro con factor endocrino ovárico, cuatro tubo peritoneal, tres obstrucción tubárica bilateral y unilateral, tres miomatosis ovárica y dos con problemática cérvico-espermática. Los esposos de estas pacientes estaban diagnosticados como fértiles. Para el grupo de hombres estériles, 19 tenían azoospermia, cinco oligoastenoazoospermia y uno con astenoazoospermia, para las esposas de estos pacientes el diagnóstico clínico era de mujeres fértiles.

La descripción de cada una de las escalas fue con el objetivo de hacer las comparaciones por factor masculino o femenino y para cada uno de los miembros de la pareja, con el objetivo de tener una visión más completa del comportamiento individual y colectivo. Si bien es cierto que pudieran caer las mediciones dentro de la normalidad, es importante realizar un análisis cualitativo y caracterizar para fines clínicos el perfil de los participantes, ya que no es lo mismo en el momento de abordaje en psicoterapia una persona con puntuación de autoestima de 337, que una con 358 de autoestima total.

Las escalas componentes del autoconcepto por grupo se distribuyeron de la siguiente manera: para la primera escala de autocrítica (SC) las ME tuvieron una media de 39.9 (± 5.4) y sus parejas 32.2 (± 6.3); para el grupo de hombres estériles 33.3 (± 8.0); y, para mujeres fértiles 33.8 (± 5.3). Los HF, HE y MF se ubicaron por abajo del punto de corte. Un puntaje alto en esta escala indica que existe una capacidad normal y sana para la autocrítica. En la escala verdadero/falso (TF) para ME, la media fue 1.2 (± 0.50) en sus parejas una media de 1.1 (± 0.45); para el grupo de hombres estériles se obtuvo una media de 1.1 (± 0.48) y sus parejas de 1.2 (± 0.51), esta puntuación indica que la descripción que realizan sobre ellos mismos es adecuada y puede describir claramente lo que son capaces de realizar.



El conflicto neto (CONNET) de esta escala explica qué tanto reconocen sus atributos negativos las personas evaluadas y cómo se esfuerzan para ocultarlos. Para el grupo de mujeres estériles se obtuvo una media de 9.7 (± 19.2) y para sus parejas de 3.7 (± 18.2). Para el grupo de hombres estériles se encontró una media de -2.7 (± 22.03), para sus parejas una media de 4.5 (± 19.3), tanto los hombres como mujeres se ubicaron por arriba del $T = 50$, lo que indica que existe conflicto para describir sus características negativas. La excepción fueron los hombres estériles que obtuvieron valores negativos, lo que indica que tienden a ser rígidos con sus atributos negativos, al no existir un equilibrio en su descripción.

En el área de conflicto total (CONTOT) se obtuvo una media para las ME de 40.8 (± 15.7), para sus parejas 42.1 (± 16.9); para el grupo HE la media fue de 39.7 (± 12.07), en sus parejas la media resultante fue de 41.5 (± 10.1), para las cuatro condiciones. Esto se puede interpretar como confusión y conflicto para la autopercepción, lo que genera discusiones frecuentes con respecto a cómo evalúan los problemas cada una de las parejas.

Con respecto al autoconcepto (TOTAL) se obtuvo una media de 358.1 (± 31.1) para las mujeres estériles y sus parejas, 342.6 (± 55.3); para el grupo de hombres estériles, 338.6 (± 38.1), y para sus parejas mujeres fértiles, 337.6 (± 36.1). Es importante señalar que por debajo del punto de corte se encontraron los grupos HF, HE y MF, siendo el mejor nivel el de las mujeres estériles por arriba del punto de corte.

Para la escala de R1 (Identidad), por abajo del punto de corte $T = 50$ se encontraron 10 (33.3 %) en hombres estériles, y en sus parejas 13 (43.3%). Lo que indica que estos últimos no están de acuerdo con la forma en que son ellos mismos.

Para la escala R 2 (Autosatisfacción) los grupos HF, HE y MF aparecen por debajo del punto de corte. El grupo de ME es el único con una autosatisfacción adecuada, lo que implica que tienen expectativas elevadas sobre sí mismos.

El comportamiento (R 3) indica que las personas estudiadas están de acuerdo con su

funcionamiento y la forma en la que interpretan su actuación, lo que no ocurre así para el caso de las mujeres fértiles. Las escalas de la dimensión externa del autoconcepto arrojaron los siguientes resultados: en CA (Yo físico) por debajo del punto de corte se encontraron 11: (36.7%) en hombres estériles y 14 (46.7%) mujeres fértiles. Lo que indica que estas personas no están de acuerdo con la percepción de su propio cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad. En la subescala de Yo ético-moral (CB), en los hombres estériles se encontraron puntajes sumergidos, lo cual indica que este grupo se describe como una mala persona y no está de acuerdo con sus valores morales y éticos. En cuanto al Yo personal (CC), todos los grupos están de acuerdo con la autodescripción de su valor como personas, se puede destacar que en las mujeres estériles existe una sobrevaloración de su Yo personal, ya que su puntaje se ubicó en $T 90$.

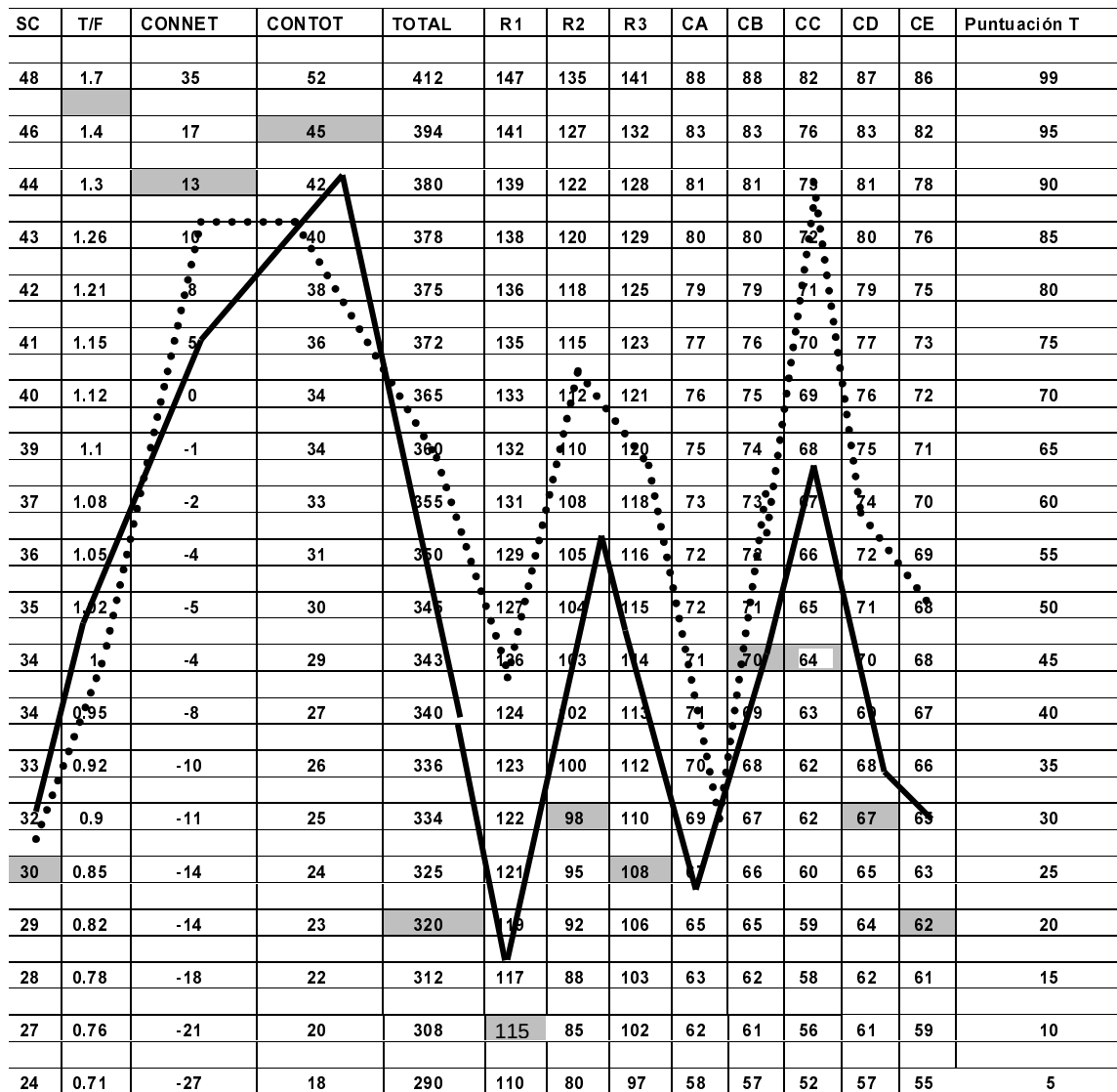
Las parejas de hombres estériles y mujeres fértiles se ubicaron en la subescala del Yo familiar (CD) por debajo del punto de corte, lo que indica que éstas no se sienten adecuadas y con valía dentro de su núcleo familiar. Finalmente, en la última subescala del Yo Social (CE), las mujeres con problemática de esterilidad las únicas que se sienten con un valor dentro de su entorno social, en comparación con el resto de los grupos que puntuaron por debajo del corte. Para la comparación de los puntajes por género entre estériles y fértiles (Figuras 1 y 2).

Por último, los datos se sometieron a la comparación de medias de la prueba *t* de Student para muestras dependientes, con un nivel de significancia del 0.005 en donde se obtuvieron diferencias significativas en tres variables sociodemográficas y en la mayoría de las variables componentes del autoconcepto (Tablas 1 y 2).

DISCUSIÓN

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con las variables sociodemográficas de edad, escolaridad y ocupación. Las mujeres con esterilidad tuvieron

Figura 1
Dispersigrama de mujeres



Mujeres fértiles —

Mujeres estériles

mejores condiciones, lo cual implica una contradicción con los resultados informados en varios estudios realizados en torno a esta problemática, ya que, por lo general, estas variables no explican una mejor condición de la paciente estéril; si bien es cierto que son una constante, no determinan una mejor condición con respecto a la problemática. Sin embargo, los logros académicos, profesionales y laborales son el marco propicio para mejorar tanto la autoestima como el autoconcepto.

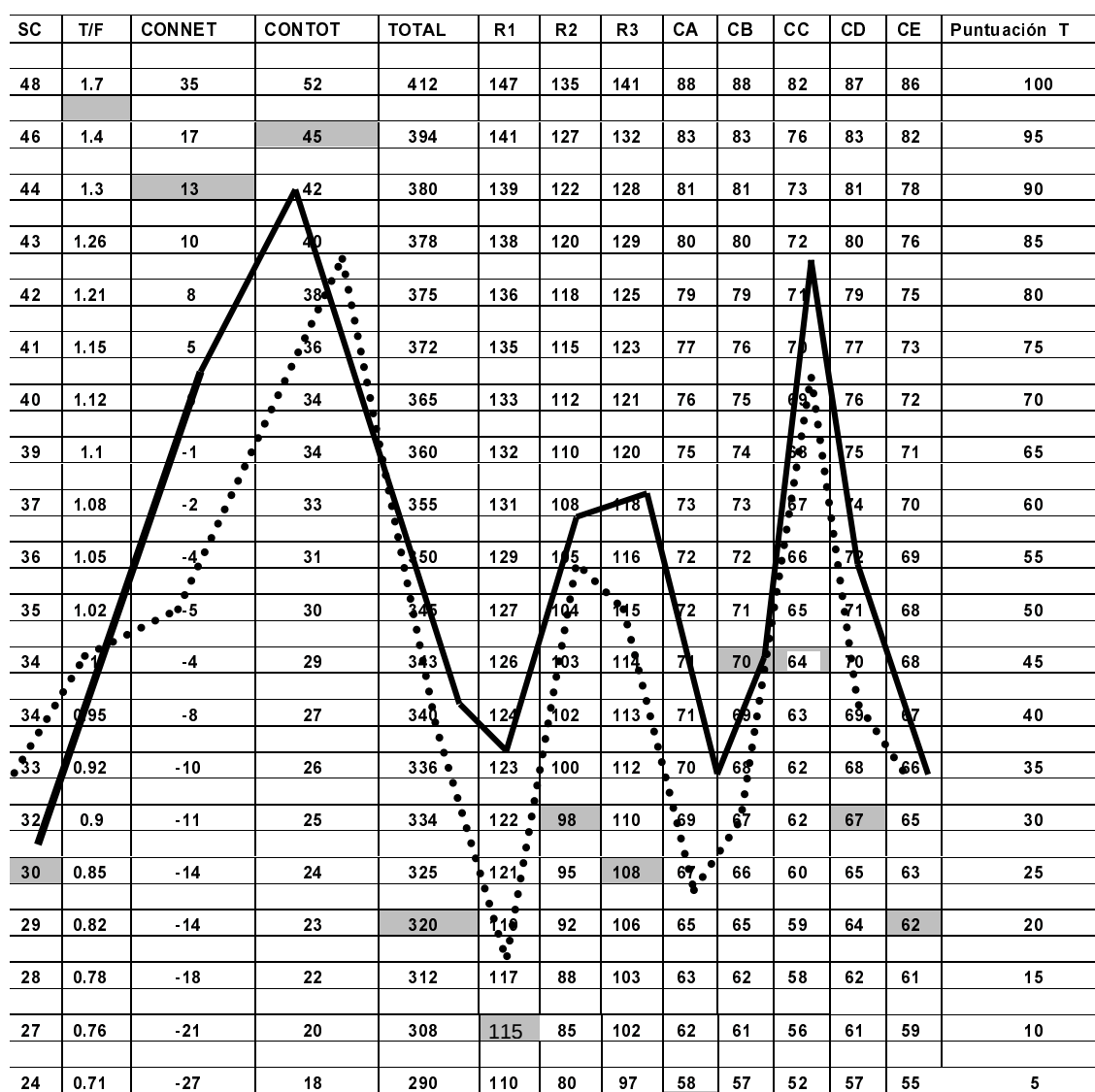
El autoconcepto es importante, ya que es básico para la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.¹³ Para esta muestra, lo importante a destacar es el hecho de que las pacientes con problemática de esterilidad, en comparación con el resto de los grupos evaluados, tienen los mejores niveles de autoconcepto global, ya que todos los demás están por debajo del punto de corte, lo que contradice los hallazgos de otras investigaciones en donde



las mujeres con infertilidad tienen alta sintomatología depresiva y ansiosa, bajo autoconcepto y autoestima.¹⁴⁻¹⁷ Probablemente esto obedezca a que como son mujeres en tratamiento tanto de esterilidad como de reproducción asistida, la posibilidad real o fantaseada de embarazo apoya a mantener estos niveles, que a diferencia de los otros grupos no pueden tomar control sobre su propio tratamiento al no saber cuándo se van a poder embarazar. Algo que se ha observado es el

hecho de que cuando una mujer asume el rol de género de sumisión tiende a tener conductas de sacrificio frente a cualquier expectativa de solución. Lo importante no es quitar el sacrificio si no que se les reconozca, lo cual aumenta su valoración.¹⁶ Esto puede tener sentido, ya que el cumplimiento de patrones culturales como la afirmación de que “por un hijo se hace todo”; o bien, la realización de aspiraciones personales mediante el modelaje intrapsíquico de la maternidad, desde luego reforzado por la

Figura 2
Dispersigrama de hombres



Hombres fértiles —

Hombres estériles •••••

Tabla 1
Prueba T de las variables

Variable	t	gl	Sig. Bilateral	Intervalo de confianza	
				Inferior	Superior
Edad	69.445	119	0.000	31.22	33.05
Escolaridad	33.161	119	0.000	11.16	12.57
Ocupación	25.273	119	0.000	3.35	3.91
Autocrítica (sc)	55.628	119	0.000	31.37	33.69
Falso/verdadero (tf)	29.300	119	0.000	1.18	1.27
Conflicto neto (connet)	1.849	119	0.067	-0.23	6.61
Conflicto total (contotal)	33.061	119	0.000	38.32	43.20
Autoconcepto (total)	90.103	119	0.000	336.71	351.84
Identidad (R1)	112.417	119	0.000	119.05	123.32
Autosatisfacción (R2)	74.134	119	0.000	104.67	110.42
Comportamiento (R3)	87.566	119	0.000	114.18	119.47
Yo físico (CA)	85.686	119	0.000	66.44	69.59
Yo ético-moral (CB)	79.603	119	0.000	68.41	71.90
Yo personal (CC)	89.155	119	0.000	69.37	72.52
Yo familiar (CD)	89.648	119	0.000	69.10	72.22
Yo social (CE)	79.682	119	0.000	64.53	67.82

Significancia 0.005

Tabla 2
Medias de variables de autoconcepto por género

	SC	TF	CONNET	CONTOT	TOTAL	R1	R2	R3	CA	CB	CC	CD	CE
ME	30.93	1.28	9.77	40.87	358	126.27	111.73	120.17	69.17	73.67	73.30	73.67	68.37
HF	32.23	1.16	3.70	42.17	342	121.90	107.40	118.63	69.90	70.43	72.63	69.30	65.80
HE	33.14	1.04	-5.55	38.38	338	118.03	106.10	114.28	66.72	67.17	69.59	69.38	65.85
MF	33.83	1.25	4.57	41.53	337	118.43	104.90	114.13	66.23	69.23	68.20	70.27	64.67

interacción de la familia y la sociedad, y el tener o buscar un embarazo hace que aumente el autoconcepto. Es por esto que las mujeres estériles en cuanto a su descripción del Yo familiar y el Yo social, obtuvieron mayor puntaje con respecto a las demás personas. Las mujeres fértiles, tanto en lo social y familiar, fueron las que obtuvieron puntajes por debajo de T 35. Se sabe que una de las metas de la femineidad es ser madre, ya que esto proporciona un estatus, da sentido a su valía y autoestima. Al tener estos valores en las mediciones, independien-

temente del origen del padecimiento, la mujer fértil se ve impactada en su autoconcepto total, ya que no lograr el embarazo es un golpe al narcisismo, por lo que su imagen se percibe como una mujer incompleta.¹⁵

Los niveles reportados en cuanto el Yo físico (CA), tanto en hombres como mujeres, fueron los más bajos; el cuerpo sigue siendo de gran importancia para el concepto del Yo que posee una persona.¹³ Para las personas adultas, independientemente del género, la fuente importante de valía tiene su origen en el cuer-



po y sus procesos fisiológicos: percibirse como incompletas e incapaces de generar nueva vida, repercuten en la descripción que ellas puedan generar. Es sabido que tanto hombres como mujeres ocupan un lugar en la sociedad a partir de qué tanto de acuerdo están con su cuerpo y sus funciones.

El R1 (Identidad) para los tres grupos HE, HF, MF, fue por debajo del punto de corte, esto indica el sentimiento de que los atributos del sí mismo están alterados al no cumplir con las expectativas sociales de su identidad como padres-madres debido a no lograr el embarazo, ya que se considera que la identidad es social en su origen, social en su mantenimiento y social en su desenvolvimiento.¹¹ La identidad desde su génesis, tanto en hombres como mujeres, viene anclada con la maternidad y la paternidad, se aprende socialmente, es un elemento de valía y aceptación, es el rol que tendrán que cumplir socialmente al contraer matrimonio o vivir en pareja. La identidad está en interrelación con las demandas externas mediante el cumplimiento de patrones culturales y las aspiraciones personales.¹³

Los hombres, tanto fértiles como estériles, fueron los que se vieron más impactados en cuanto al Yo ético-moral. Probablemente como resultado de las presiones sociales, la exigencia de expectativas poco realistas sobre su comportamiento ante la paternidad. El autoconcepto general está mediado por normas culturales y morales de una sociedad, esto tiene sentido cuando se observa el puntaje de autocrítica (SC) en donde hombres y mujeres tuvieron una autocrítica por debajo del punto de corte, lo que es indicativo de que todos los valorados hacen un esfuerzo deliberado por presentar una imagen favorable de ellos mismos para ser aceptados.¹⁰

En general, se puede destacar que el grupo de parejas por factor masculino fue el más impactado con respecto a las otras parejas (inclusive por debajo del punto de corte), en las áreas de autocrítica, identidad, Yo físico, Yo familiar y Yo social.

CONCLUSIONES

Por ser un estudio de tipo exploratorio tiene limitaciones importantes en cuanto a intentar generalizar los resultados en la población con problemática de esterilidad, sin embargo, estos datos comparados con otros estudios en donde las mujeres infértiles por lo general obtienen niveles bajos en autoestima, altos en depresión y ansiedad, así como baja satisfacción marital¹⁸⁻²¹ llevan a la necesidad de generar otros modelos explicativos en torno al autoconcepto y su relación con la esterilidad. El presente estudio nos permitió reconocer variables que pueden generar otro tipo de abordajes de fenómeno.

Las parejas estériles por factor masculino se vieron más impactadas en cuanto a su descripción de las áreas tanto internas como externas del autoconcepto.

La imagen corporal subjetiva, de estar incompleta, generará modificaciones importantes del autoconcepto, aun siendo mujeres que de acuerdo con su valoración médica son fértiles.

Existe independencia del género en cuanto a mantener un autoconcepto elevado o disminuido cuando se enfrentan a situaciones de infertilidad, para esta muestra las mujeres estériles resultaron con mejores niveles de auto-descripción.

El rol de género que se ha asignado a las personas que viven en pareja puede ser determinante para la modificación del autoconcepto, la responsabilidad social de la reproducción sigue teniendo un peso importante en la mujer sea fértil o estéril.

La identidad como padres o madres será determinante para la inclusión de las parejas en un entorno familiar y social y debido a que las experiencias desagradables (tratamientos prolongados sin éxito) van minando la identidad en forma importante, por lo anterior sería procedente dar alternativas de manejo psicológico a las parejas en tratamiento médico, desde luego, partiendo de sus condiciones reales.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine self-concept level in sterile couples by masculine an feminine factor and try to detect which couples are more impacted when the sterility problem is in one of the genders.

Material and method: This was ex-post-fact study of one sample divided in two: 30 couples by masculine factor and 30 couples by feminine factor, all patients were from INPer, all were diagnosed with primary sterility. The Williams Fitts's self-concept scale was used.

Results: It was observed that the couples by masculine factor obtained low punctuation in the areas of self-criticism, self-concept, identity, self-physical, self-morality-ethic, familiar and social self. Statistical significative differences in socioeconomic variables, of age, schol-arity, occupations and all the self-concepts contents were found.

Conclusions: The couples by masculine factor have lower levels of self concept in all areas and were more affected in scholarity. The result is important because in this sample the sterile women had best levels of education, job, and self-concept variables. This results contradicted another studies about sterility women that show more levels of depression and anxiety and lower self-concept.

KEY WORDS: *Self-concept, masculine and feminine sterility, sterility couples.*

REFERENCIAS

1. Lara, CA. Masculinidad, femineidad y salud mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental* 1991; 14: 12-8.
2. Instituto Nacional de Perinatología Anuario Estadístico del Instituto Nacional de Perinatología 1999. México, D.F.
3. O'Hara, WM, Reiter CR, Jonson RS, Milburn A, Engeldinger J. Psychological aspects of women's reproductive health. New York, USA: Springer Publishing Company; 1995, p. 151-75.
4. Morales CF. Repercusiones emocionales en la reproducción. En: Karchmer SK (Ed.). *Temas selectos de la reproducción humana*. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología; 1992, p. 755-62.
5. García, SA. El autoconcepto de la pareja estéril. Tesis de Maestría, México, D. F. Facultad de Psicología, UNAM 1991.
6. Hammer B. An overview of the psychology of infertility, psychological issues in fertility. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America* 1993; 4: 433-50.
7. Malhlsted P. The infertility crisis: an opportunity for growth. *Perinatol Reprod Hum* 1991; 5: 89-94.
8. Carreño, MJ. Programa de atención a la paciente estéril. *Psicología Iberoamericana* 1994; 2: 63-70.
9. Morales CF. Autoconcepto y características de la personalidad: un estudio comparativo entre hombres y mujeres estériles y fértiles. *Perinatol y Reprod Hum* 1995; 9: 93-7.
10. Fittz WH. Tennessee self concept scale. Nashville Counselor Recording and Test Manual. 1965 Western Psychological services. Publisher and Distribution. Los Angeles California, USA.
11. Morales CF, González CG, Pimentel ND, Aguirre BJ. Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001; 18: 239-46.
12. García-Arellano MG, Quintero FD. Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en estudiantes de Ciudad Universitaria. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad Psicología: UNAM 1995.



13. Oñate M. El autoconcepto: formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid, España: Narcea Ediciones; 1989.
14. Carreño MJ. Rol de género, asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad. Tesis de Maestría. México. D.F.: Facultad de Psicología: UNAM, 2002.
15. Arraz LL, Blum GB, Saucedo GL, Gutiérrez AR. El deseo de la maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida en una institución de salud pública. *Ginecol Obstet Méx* 2001; 69: 56-61.
16. Arraz LL, Blum GB, Morales CF. El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamiento de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 133-8.
17. Morales CF, Peralta HM, Rodríguez OS, Villanueva DC. Aspectos emocionales de la esterilidad masculina. *Psicol Iberoamer* 1994; 2: 71-80.
18. Lara CA. Inventario masculinidad y femineidad. México, D.F.: Manual Moderno; 1993.
19. Carreño MJ, Bustos LH, Morales CF. Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11: 89-94.
20. Carreño MJ, Morales CF, Aldana CE, Flores MA. Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2000; 14: 14-21.
21. Carreño MJ, González CG, Sánchez BC. Satisfacción marital en parejas estériles con factor masculino y femenino. *Perinatol Reprod Hum* 1998; 12: 203-9.