

ANALISIS DE FACTORES DE SALUD MENTAL EN LA MUJER SOMETIDA A ESTERILIZACION TUBARICA

Vicente Merino Barragán¹, Fernando Jiménez Gómez² y
Guadalupe Sánchez Crespo³

Este trabajo ha analizado diferentes factores de personalidad en la mujer que solicita esterilización tubárica como método anticonceptivo irreversible, a través del Cuestionario de Personalidad de Eysenk (EPI) y del Test de Investigación Psicológica de Bernot, Dumont, Laurent y Philonenko (PSY). Se hace un análisis comparativo de 100 mujeres (con una edad promedio de 35 años, 13 años de matrimonio en promedio y un promedio de 4 hijos) a las que se les ha realizado la esterilización tubárica (grupo experimental), y 100 mujeres (con una edad promedio de 31 años, 8 años de matrimonio y un promedio de 2 hijos) que solicitan un método anticonceptivo reversible (grupo control). Los resultados no muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con respecto a las variables de Neuroticismo (N-EPI) y de Balance Psicopatológico (PSY).

Palabras claves: mujer, esterilización, personality, Cuestionario de Eysenk (EPI), Test de Investigación Psicológica.

Analysis of mental health factors in women who have undergone tubal sterilization

Using the Eysenk Personality Inventory and the Psychological Research Test by Bernot, Dumont, Laurent and Philonenko, the authors have analysed different personality factors in women who asked for tubal sterilization as irreversible birth-control method. A comparative study of 100 women (mean age of 35, a mean of 13 years of marriage and a mean of 4 children) who underwent a tubal sterilization (experimental group) and 100 women (mean age of 31, 8 years of marriage and a mean of 2 children) who underwent a reversible birth control method (control group). Results showed no significant differences between the experimental and the control groups with respect to Neuroticism (N-EPI) and Psychopathology Levels (PSY).

Key words: woman, sterilization, personality, Eysenk Personality Inventory (EPI), Psychological Research Test.

- 1 Licenciado por la Universidad Pontificia de Salamanca (1976) y doctor en Psicología (1983). Desde 1978, Profesor de Universidad del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca.
- 2 Licenciado en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca (1976) y Doctor en Psicología por la Universidad de Salamanca (1993). Actualmente es Coordinador del Centro de Orientación Familiar (INSALUD) en la ciudad de Zamora.
- 3 Diplomada Universitaria de Formación del Profesorado de E.G.B. (1984), Licenciada en Psicología (1988) y Máster Universitario de Gerontología de la Universidad de Salamanca (1991).

Introducción

El Comité Médico Central y el Grupo de Expertos en Leyes y Planificación Familiar de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) en su reunión de Marzo de 1977 formularon una declaración conjunta sobre esterilización voluntaria, sintetizada en los siguientes puntos:

- Las personas y las parejas tienen el derecho de decidir libre y responsablemente el número de hijos que quieren y cuando los desean tener.
- Deben existir medios anticonceptivos que permitan a las parejas decidir el número de hijos, el espaciamiento de los mismos y terminar la fecundidad cuando ya se tienen los hijos que se desean.
- Se reconoce el derecho de las personas y de las parejas a separar reproducción de sexualidad.
- Se reconoce la esterilización como un método anticonceptivo adecuado para limitar el tamaño de la familia, que deberá ser tomada con total libertad, sin interferencias éticas, morales y políticas.
- En consecuencia, las asociaciones de planificación familiar tendrán la responsabilidad de fomentar las actividades informativas, educativas y los servicios destinados a lograr los objetivos mencionados (Kleinman, 1981)

En España el descenso de la natalidad comienza a hacerse evidente en la segunda mitad del siglo XIX. Las zonas más industrializadas y en

consecuencia más rica cultural y económicamente, como Cataluña y el País Vasco, son las que imprimen un mayor control de la natalidad y de utilización de medios anticonceptivos.

Durante el gobierno del general Franco se establecieron leyes que prohibían expresamente la utilización de métodos anticonceptivos. Como complemento a esta normativa el gobierno preconizaba, por medio de campañas y otros incentivos, las familias numerosas en hijos.

Todo ello fomentó, al menos en las capas sociales menos favorecidas cultural y económicamente, un núcleo familiar con numerosos hijos y un inadecuado espaciamiento entre los mismos, con la consiguiente dedicación extenuante de la mujer, que en la mayoría de los casos tenía que renunciar a sus propios intereses y al mantenimiento de su equilibrio con peligro para su salud y subsiguiente deterioro de las relaciones de pareja.

Tras la aprobación de la reforma parcial del Código Penal el año 1978 se modifica la legislación y se despenalizan parcialmente los métodos anticonceptivos. Cinco años después, el 25 de junio de 1983, con la modificación del artículo 418 que penalizaba la esterilización masculina y femenina queda totalmente despenalizada la utilización de métodos anticonceptivos.

A partir de estos años comienzan a crearse centros de planificación familiar que financiados en un principio por Diputaciones, Ayuntamientos y otros Organismos tanto públicos como privados, comienzan a desarrollar programas y campañas orientadas principalmente a la difusión de métodos anticonceptivos dentro de las relaciones de pareja como consecuencia de todos estos cambios, en esta época.

Se está operando un rápido cambio de mentalidades en la sociedad. Los principios básicos en los que estas madres fueron educadas cuando eran niñas se están resquebrajando rápidamente: la mujer no acepta el jugar el papel pasivo que le ha sido encomendado por la cultura en relación con su pareja y comienza a criticar la idea pseudo-socio-religiosa de tener tantos hijos "como el cielo quiera enviar". Por contra, desea tomar un papel más activo en el control de su propia vida y su propio desarrollo integral junto con el de su familia.

La mujer está viendo que los hijos no son una “inversión” como mano de obra que contribuya al bienestar familiar, sino que por el contrario percibe que con unos determinados recursos, a mayor número de hijos menores posibilidades de educación, formación y cultura, asociando éstas a posibilidades económicas y ambas a libertad individual. De aquí el miedo que la mujer siente a nuevos embarazos, al ser consciente de que no puede ejercer control sobre los mismos, porque los mismos implicarían el renunciar a una mejora en la calidad de vida y en los niveles de libertad. Ese deseo de libertad también es buscado por la mujer en primera persona, sintiendo que su propia libertad no está igualmente asegurada con dos hijos, que con tres, cuatro o más.

En consecuencia, la mujer comienza a percibir que todo el sentir social a su alrededor se está modificando y en su mente comienza a sufrir una disociación entre el papel que le han enseñado a representar y el que la sociedad y los bienes de consumo le enseñan que puede disfrutar.

En este contexto de nueva visión de los derechos y libertades individuales va a encontrar mayor acomodo la definición del concepto de salud expresada por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) en su Carta Magna o Carta Constitucional de 1946; y que con posterioridad ha sido revisada desde una perspectiva más operativa por Terris (1980) y Salleras (1985), quienes tratan de definir el concepto de salud desde una visión más dinámica.

Salleras (1985) define la salud como “la consecución del mayor bienestar físico, psíquico y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”.

Desde esta nueva visión del concepto de salud debe interpretarse y justificarse el interés de nuestro trabajo. Pretendemos descubrir las posibles repercusiones que haya podido tener en la salud de la mujer la no adecuada planificación del núcleo familiar, como consecuencia, en primer lugar, de unas normas legales que prohibían la utilización de métodos anticonceptivos; en segundo lugar, de los apoyos directos o indirectos que el Gobierno hacía en favor de la familia nuclear numerosa y, en tercer lugar, de la falta de conocimientos en el ámbito de la sexualidad de la pareja.

Por este motivo decidimos realizar nuestro trabajo, que tenía como objetivo verificar, a través de una serie de variables, la posible especificidad del grupo de mujeres que solicitan la Esterilización Tubárica (E/T.) como método anticonceptivo irreversible, en comparación con otros grupos de mujeres que solicitan otros métodos anticonceptivos reversibles.

Según López de Medina (1990), la Esterilización Tubárica (E/T.):

“es el hecho por el cual, mediante una intervención quirúrgica, se modifica la anatomía femenina, evitando que el óvulo pueda pasar a través de las trompas y unirse al espermatozoide, no produciéndose así la fecundación. Por otra parte se impide también el paso de los espermatozoides desde la cavidad uterina hacia el óvulo a través de las trompas” (pg. 169).

Actualmente la Esterilización Tubárica (E/T.) se ha convertido en un método de gran popularidad debido a que permite la protección más eficaz frente al embarazo en aquellas parejas que dada su edad y el número de hijos no desean tener más. La cirugía ofrece muchas ventajas respecto a otros métodos empleados por la mujer debido a que se trata de un procedimiento que con un solo acto elimina casi totalmente el riesgo de embarazos.

No obstante, la esterilización quirúrgica voluntaria presenta ciertos problemas inexistentes con la utilización de otros métodos anticonceptivos. Debido a que se trata de una técnica quirúrgica, la realización de la misma requiere de equipo técnico y de personal especializado. Por otro lado, y debido a su irreversibilidad, en algunos países este método es todavía motivo de temor, controversia y perjuicios, dando como motivo de prohibición toda una serie de objeciones tanto políticas como religiosas.

I. Diseño Metodológico

I.1. Hipótesis

I.1.1. Hipótesis general

Desde un punto de vista general, suponemos que existe una estrecha relación entre el deseo de esterilización tubárica como método anticonceptivo y determinadas variables medio-personales (nivel cultural, nivel económi-

co, método anticonceptivo, miedo al embarazo, número de hijos, relaciones de pareja, relaciones sexuales, salud mental, etc) en cada una de las mujeres que solicita E/T. (G.E.).

Esperamos que esta relación sea especialmente evidente cuando establezcamos el contraste entre mujeres que han solicitado E/T. como método anticonceptivo irreversible (G.E.) y mujeres, población general asistente al Centro de Orientación Familiar (C.O.F.), que solicitan métodos anticonceptivos reversibles (G.C.) como medio de espaciar nuevos nacimientos, o por la percepción cognitiva de la posibilidad de desear más hijos. Igualmente, esperamos encontrar este contraste en el G.E. cuando evaluemos a la mujer antes de la E/T. (2 a 6 meses antes) y un año después de la misma (12 a 16 meses después).

1.1.2. Hipótesis específicas

1.1.2.1. Grupo Experimental antes de la esterilización tubárica (G.E. a E/T.)

1. Existe un desajuste en la salud mental de la mujer que implica igualmente deterioro en las relaciones de pareja.

Las relaciones esperadas son las siguientes:

- A. Niveles de neuroticismo (EPI/N) por encima de la media (Centil: 50).
- B. Balance Psicopatológico (PSY) que sobrepasa los umbrales de normalidad en algunos factores (en especial en los relacionados con la adaptación matrimonial, la ansiedad y la depresión).

1.1.2.2. Análisis comparativo entre el grupo experimental (G.E.) y el Grupo Control (G.C.).

1. Creemos que pudiera existir una diferencia significativa entre la salud mental del G.E. (E/T.) y la del G.C. (población general), que a su vez debiera implicar igualmente diferencias significativas en las relaciones de pareja y en las conductas sexuales de ambos grupos. Estas diferencias vendrían marcadas básicamente por la diferencia existente entre la ansiedad que supuestamente condiciona la vida de la mujer que solicita E/T., al existir un miedo intenso a nuevos embarazos, con el consiguiente deterioro general en su vida de relación, y las dispo-

sición, por contra, que el G.C. tiene a la posibilidad de nuevos hijos, lo que debiera disminuir significativamente los niveles de ansiedad de este último grupo. No obstante, somos conscientes de que tanto los desajustes de salud mental, como los desajustes de pareja y sexuales pueden deberse a otras variables contaminantes no controladas, que por sí mismas o asociadas a las anteriores pudieran producir los mismos desajustes.

Las relaciones esperadas son las siguientes:

- A. Mayores niveles de neuroticismo (EPI) en el G.E. que en el G.C.
- B. Balance Psicopatológico (PSY) más elevado en alguno de los factores evaluados (Relaciones de pareja, ansiedad, depresión) en el G.E. que en el G.C.

1.1.2.3. Análisis comparativo entre el Grupo Experimental antes de la esterilización tubárica (G.E. a E/T.) y con este mismo grupo un año después de la misma.

- 1. La realización de la E/T. en el G.E. y el tiempo transcurrido de la misma (12 a 16 meses), debieran haber mejorado los niveles de Neuroticismo (EPI), de Ansiedad y de Depresión (PSY), entre otras variables, después de haber desaparecido el temor que existía en el G.E. a nuevos embarazos.

Las relaciones esperadas son las siguientes:

- A. Menores niveles de Neuroticismo (EPI) en el G.E. después de la E/T., respecto de las puntuaciones obtenidas antes de la misma.
- B. Mayor ajuste en la media de las puntuaciones ponderadas del Balance Psicopatológico (PSY) después de la E/T., y en especial en aquellos factores de personalidad más relacionados con la problemática derivada de la E/T., como son la Ansiedad y Depresión.

A pesar de las hipótesis aquí formuladas y de las relaciones esperadas, somos conscientes de que en la evaluación de las mismas pueden intervenir, como ya hemos comentado anteriormente, una serie de variables contaminantes o variables no adecuadamente controladas,

como el nivel cultural, económico, etc, que pudieran hacer necesarios estudios posteriores que profundizasen en estas variables detectadas pero no analizadas y que pudieran justificar determinadas actitudes, comportamientos y evaluaciones cognitivas.

I.2. Análisis de la muestra

La muestra sobre la que ha sido realizada la investigación consta de dos grupos de población:

- A. Cien mujeres de la provincia de Zamora, que solicitan esterilización tubárica (E/T.) como método anticonceptivo irreversible en el Centro de Orientación Familiar. Tienen distinta edad, procedencia provincial, nivel educativo, profesión, nivel económico y diferente número de hijos. Este conjunto de personas se las denominó Grupo Experimental (G.E.)
- B. Cien mujeres de la provincia de Zamora, que acuden al Centro de Orientación Familiar demandando métodos anticonceptivos reversibles. Tienen distinta edad, procedencia provincial, nivel educativo, profesión, nivel económico y diferente número de hijos. Este conjunto de personas se las denominó Grupo Control (G.C.).

I.2.1. Características de la muestra

Como ya indicábamos en la introducción de esta investigación, la apertura del C.O.F. de Zamora en 1984 supuso un acontecimiento importante para la mujer en edad fértil.

Zamora, ya de por sí una zona geográfica crónicamente deprimida en su economía, carecía de cualquier atención pública previa en el terreno de la planificación familiar. Esta situación hacía que la mujer zamorana en edad fértil en 1984 estuviese utilizando el mismo método de control de la natalidad que hubiesen podido utilizar a principios de siglo sus ancestros.

Esta precaria utilización de métodos en el control de la natalidad estaba fundamentada en una escasa cultura en la mujer, dependiente de estructuras socio-económicas agrícolas o de conceptos culturales arcaicos que supeditaban a la mujer al cuidado de hijos y de la casa, teniendo, en

consecuencia, escaso nivel de formación cultural individual.. A esta escasez cultural se unía una precariedad económica que dificultaba, aún más, el acceso a posibles recursos privados para el control de la natalidad, aparte de la escasez de información sobre la existencia de los mismos.

CUADRO 1. Identificación de la muestra

VARIABLES	GRUPO EXPERIMENTAL (G.E.) %	GRUPO CONTROL (G.C.) %
EDAD		
≥ 20-24 años	0	8
≥ 25-29	6	29
≥ 30-34	28	39
≥ 35-39	48	18
≥ 40-44	17	6
NIVEL ECONOMICO:		
- Bajo	43	28
- Medio	57	69
- Alto	0	3
PROFESION:		
- Sus Labores	93	75
- No cualificada	3	8
- Cualificada	1	4
- T. de grado medio	2	10
- T. de grado superior	0	2
- En paro	1	1
NIVEL CULTURAL:		
- Analfabeta	0	0
- Sin estudios	31	12
- Est. Primarios	60	65
- Estudios medios	3	14
- COU	1	7
- Est. superiores	5	2
POBLACION:		
- Rural	35	35
- Urbana	65	65
METODOS ANTICONCEPTIVOS:		
- Hormonal	19	18
- DIU	6	18
- Barrera	8	4
- Coitus interruptus	67	60
- Otros	0	0
NUMERO DE HIJOS:		
- 0	0	1
- 1	0	20
- 2	9	47
- 3	27	21
- 4	33	8
- 5	15	1
- 6	9	1
- 7	6	0
- 8	0	1
- 9	1	0

En este contexto la mujer se va llenando de hijos, no planificados y posiblemente no deseados, que van progresivamente quebrantando a nivel cognitivo las expectativas de la mujer por la razones que iremos exponiendo.

Nos llamó la atención el hecho de que no habiendo hecho previamente ninguna oferta de métodos anticonceptivos concretos, la gran mayoría de solicitudes en los primeros momentos estuviesen dirigidas a la esterilización tubárica.

Además, eran mujeres unidas por una serie de características comunes a todas ellas: eran mujeres entre 30 y 40 años, que tenían entre 3 y 5 hijos, que no utilizaban un método anticonceptivo adecuado ni lo habían utilizado nunca, con un nivel cultural y económico que se sospechaba primario/bajo, que utilizaban como método anticonceptivo el coito interrumpido y, finalmente, que deseaban realizar una esterilización tubárica irreversible, porque dicen haber tenido ya más hijos de los deseados.

La función multidisciplinar de los recursos humanos del C.O.F. y el objetivo de dar una respuesta global a las necesidades de la mujer hicieron que, además de lo anteriormente mencionado, percibiéramos otros aspectos que, sin ser manifiestamente expuestos por la mujer, estaban condicionando directamente su decisión de E/T.

En esta entrevista con la mujer detectamos grandes componentes de ansiedad y en algunos casos angustia con manifestaciones vegetativas. A través de la entrevista fueron apareciendo otras motivaciones que estaban condicionando gravemente, según indicaba la mujer, su vida de relación y afectiva. Indicaban estar sufriendo grandes miedos al embarazo que, en consecuencia, estaban bloqueando o condicionando su satisfacción sexual personal y sus relaciones sexuales de pareja. En este ámbito se estaba produciendo una disociación entre el deseo sexual de su pareja y su miedo a las relaciones sexuales, con lo que su vida relacional de pareja también estaba deteriorada.

Esta nueva situación que se nos presentaba y la total falta de estudios realizados en este terreno que nos permitiesen establecer puntos de referencia sobre los que apoyar una terapia que permitiese solucionar esta

problemática emocional, fueron los que nos motivaron a realizar esta investigación y a formular las hipótesis correspondientes que fueron expuestas anteriormente.

I.3.2. Procedimiento

En nuestro trabajo de investigación hemos establecido como objeto primario de estudio a las mujeres que solicitaban esterilización tubárica (E/T.). Complementariamente se establecía un segundo grupo de estudio de población general asistente al Centro de Orientación Familiar (C.O.F.) y que tenía como factor diferencial básico del primero el utilizar métodos anticonceptivos reversibles.

Con la finalidad de comprobar en qué medida la esterilización tubárica (E/T.) cumplía en la mujer los objetivos por los que se hacía, se establecía un estudio que implicaba dos fases:

1. Una primera fase, entre 2 y 6 meses antes de la esterilización tubárica.
2. Una segunda fase, un año después de la esterilización tubárica.

Tanto el estudio previo a la esterilización tubárica como el posterior a la misma investigamos los siguientes ámbitos:

- a. Neuroticismo-extraversión, como característica de personalidad.
- b. Despistaje psiquiátrico factorial
- c. Niveles de ajuste marital
- d. Interacción sexual de pareja.¹

Pero, aunque la investigación se centra en comprobar el posible cambio entre el antes y el después en el grupo de mujeres que solicitan Esterilización Tubárica, esto nos parecía que podía enriquecerse utilizando un Grupo Control. Queríamos saber si de verdad había diferencias entre el grupo de E/T. en el que creíamos percibir fuertes desajustes y un grupo de mujeres que también acudían al C.O.F. y en las que no percibíamos

1. El análisis y estudio de los apartados "c" y "d" se encuentran expuestos en otros trabajos (Merino, V., Jiménez F. y Sánchez G., 1993).

dicha problemática, por lo que se las suponía en posesión de una salud que podríamos definir de más “normal”.

1.3.2.1. Grupo Experimental (mujeres que solicitan E/T.).

El procedimiento de intervención para este grupo constaba de dos partes:

En la primera parte

- a. La mujer es recibida en el C.O.F., donde una vez detectada la demanda y siendo adecuadamente informada es programada para el inicio de la investigación.
- b. En la segunda entrevista son realizadas:
 - las variables de identificación
 - Realización de pruebas de personalidad (EPI) y de relaciones de pareja (EAM)
- c. En la tercer entrevista le son realizadas las pruebas de despistaje psiquiátrico (PSY) y de sexualidad (IIS).
- d. El tiempo empleado en cada una de las entrevistas estaba comprendido entre la hora y media y las dos horas, dependiendo básicamente de los distintos niveles de cultura de la mujer.
- e. Las entrevistas y las distintas pruebas aplicadas son realizadas siempre por el mismo profesional, en el mismo espacio físico y en horas matinales.
- f. El estudio es realizado entre 2 y 6 meses antes de la operación de E/T.
- g. El estudio es completado en esta primera parte a 127 mujeres.

En la segunda parte

Un año después de realizada la E/T., la mujer vuelve a C.O.F. para realizar la segunda parte de la investigación, siguiéndose para ello el siguiente proceso:

- a. En la primer entrevista la mujer es preguntada sobre diversas cuestiones relacionadas con el E/T. Además, le son realizadas nuevamente las pruebas de personalidad (EPI) y de relaciones de pareja (EAM).
- b. En la segunda entrevista se realizan a la mujer las pruebas de despistaje psiquiátrico (PSY) y las de interacción sexual (IIS).
- c. El tiempo empleado en cada una de las entrevistas para la realización de las pruebas estaba comprendido entre la hora y media y las dos horas, dependiendo, como ya ocurriera en la primera fase del estudio, del nivel cultural de la mujer.
- d. Las entrevistas y las pruebas fueron realizadas por el mismo profesional que, a su vez, ya había realizado la primera parte del estudio, en el mismo hábitat físico y en horas matinales.
- e. El estudio se realiza un año después de la E/T. Todas las entrevistas se realizaron entre los 12 y los 18 meses después de realizada la E/T.
- f. En esta segunda parte el estudio fue realizado por 112 mujeres, no pudiendo ser completado a las 15 mujeres restantes por diversos motivos como cambio de residencia, problemas familiares, no presentarse a las citaciones, causas desconocidas, etc. Este último grupo de mujeres que completo la segunda fase del estudio (112) aún se vio disminuido en doce mujeres. La causa estuvo en unos niveles de sinceridad bajos (puntuación directa: 3 o menos) en la prueba de personalidad del EPI, lo que nos generaba la duda sobre la autenticidad de los resultados obtenidos. Por este motivo decidimos dejar el número final de la muestra experimental en 100 mujeres.

1.3.2.2. Grupo Control (grupo de población general asistente al C.O.F. demandando métodos anticonceptivos reversibles)

El estudio realizado a este grupo tuvo el siguiente proceso:

- a. Las mujeres del G.C. (Grupo Control) tenían una edad aproximada a las mujeres del G.E.

- b. Se hizo un solo estudio que fue realizado al mismo tiempo que se hacía la primera parte del estudio a las mujeres que habían solicitado la E/T.

La investigación se hizo en dos entrevistas.

- c. En la primera se obtuvieron:

- Las variables de identificación
- La realización de las pruebas de personalidad (EPI) y de relaciones de pareja (EAM).

- d. En la segunda entrevista se realizaron pruebas de despistaje psiquiátrico (PSY) y de interacción sexual (IIS).

- e. El tiempo empleado en cada una de las entrevistas estuvo comprendido entre la hora y media y las dos horas, dependiendo del nivel cultural de la mujer.

- f. Como ya ocurriera en el G.E., las entrevistas y las pruebas fueron realizadas siempre por el mismo profesional, que era el mismo que realizaba el estudio al G.E., en la misma consulta y en horas de mañana.

- g. El estudio se realizó a 126 mujeres. Pero como ya ocurriera en el G.E., los niveles de sinceridad de algunas mujeres del G.C. en las pruebas de personalidad eran muy bajos, por lo que una vez fijado el número total de cien mujeres en el G.E., fuimos eliminando en el G.C. a aquellas mujeres que tenían niveles de sinceridad más bajos, hasta que el G.E. quedó igualmente con cien sujetos a investigar.

1.3. Material utilizado

1.3.1. Instrumentos utilizados

1.3.1.1. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI)

1.3.1.1.1. Ficha técnica

- Autores: H.J. Eysenck y S.B.G. Eysenck
- Procedencia: University Of London Press
- Adaptación española: Sección de Estudios de TEA, S.A. Madrid, 1978

- Significación: Evaluación de dos dimensiones de la personalidad, Neuroticismo y Extraversión; incluye una escala de Sinceridad.

1.3.1.1.2. Características generales

Evalúa dos dimensiones o factores claramente diferenciados, como son: la Extroversión-Introversión (E) y el Neuroticismo (N). Además, existe una escala de Sinceridad (S).

Según Eysenck,

“uno de los postulados básicos en la construcción de este Cuestionario de Personalidad es que el análisis factorial es un método necesario, pero no suficiente, para aislar y definir las dimensiones principales de la personalidad y para construir los instrumentos destinados a su evaluación. Los análisis de las correlaciones son importantes, pero no dan más que indicaciones. Además, sería posible presentar de innumerables formas diferentes las relaciones observadas entre los rasgos, todas ellas matemáticamente equivalentes entre sí, pero muy diferentes desde un punto de vista psicológico” (Eysenck, 1978, pg 7)

Por tanto, para Eysenck, “es necesario el ir más allá del tratamiento estadístico y confrontar y estructurar las dimensiones de la personalidad en el cuerpo principal de la psicología experimental teórica (Eysenck y Eysenck, 1968)” (Eysenck, 1978, pg. 7).

El trabajo que Eysenck presenta tiende, en su conjunto, a confirmar la opinión de que el factor N (Neuroticismo) está en estrecha relación con el grado heredado de labilidad del SNA, mientras que el factor E (Extraversión) lo estaría con el grado de Excitación Inhibición del SNC (Eysenck, 1960).

Aunque hemos seguido rigurosamente los baremos que para la evaluación del EPI da Eysenck, a la hora de valorar el factor neuroticismo (N) y de cara a lograr una mayor riqueza diagnóstica, hemos establecido a partir del Centil 50 y hasta el centil 99 dos divisiones “artificiales”. De esta manera, la puntuación comprendida entre el Centil 50 y el 75 será indicativa de una personalidad “lábil”, mientras que la puntuación com-

prendida entre el Centil 76 al centil 99 indicará un componente de personalidad más “neurótica”. Insistimos en que es una división artificial que en nada modifica el diagnóstico de la prueba ni induce a interpretaciones erróneas. No obstante, de esta manera nos permite, en primer lugar, ajustar el diagnóstico de personalidad en base al centil medio que la muestra o grupo haya obtenido. Así, por ejemplo, una puntuación media con una Centil 60 tendrá distinta interpretación diagnóstica a la que tendría si tuviese un Centil de 85. En segundo lugar, nuestra experiencia nos ha demostrado, a través de estudios previos que hemos llevado a cabo, que el factor neuroticismo (N) del EPI, con un centil igual o superior a 80 suele llevar muchas a veces a las personas a la consulta demandando ayuda, dado que en este tipo de personas las manifestaciones psicósomáticas suelen ser frecuentes y sobre todo cuando existen situaciones de cierta tensión mantenida. En tercer lugar, este tipo de interpretación nos permite aproximar la terminología diagnóstica del neuroticismo del EPI al Balance Psicopatológico del PSY, que como más adelante veremos utiliza también este tipo de diagnóstico.

1.3.1.2. Test de Investigación Psicológica (PSY)

1.3.1.2.1. Ficha técnica

- Autores: J. Bernot; M.L. Dumont; P. Laurent, M.A. Philonenko.
- Adaptación española: Mepsa. Madrid.
- Significación: Evaluación de dos áreas:

A. Integración social

- I.- Adaptación familiar
- II.- A.- Adaptación matrimonial
B.- Adaptación profesional
- III. Contactos sociales

B. Balance psicopatológico

- IV. A. Hiperemotividad
B. Depresión
- V. Ansiedad
- VI. Astenia-hipocondría

- VII. A. Tendencias esquizoides
 - B. Tendencias paranoides
- VIII. A. Impulsividad-descontrol
 - B. Hipomanía
- IX. Síntomas psiquiátricos
- X. A. Antecedentes neurológicos y psiquiátricos
 - B. Histeroidismo

1.3.1.2.2. Características generales

Se trata de un cuestionario que permite a todo profesional detectar en la población a aquellas personas con tendencia a sufrir trastornos psiquiátricos, que posteriormente deberán ser ratificados por el especialista. El cuestionario es pues una técnica de ayuda al estudio de la salud mental y predispone al estudio clínico.

El psicorater ha sido diseñado para que permita:

- Realizar un balance psicológico y psiquiátrico lo más amplio posible, respetando el espíritu de la clínica.
- Efectuar en la población una clasificación eficaz que permita al profesional detectar a aquellas personas que necesitan un estudio psicológico-psiquiátrico en profundidad.
- Permitir al profesional utilizar con rapidez la información clínica que se adquiere por medio de la aplicación de la prueba.
- Puede ser aplicado a todo tipo de personas, independientemente de su nivel cultural, económico, sexo, etc.

El psicorater ha sido elaborado en función de la problemática que es propia de nuestra cultura y ha sido igualmente adaptado a sus estructuras psicológicas.

1.3.1.2.3.- Elaboración del cuestionario

Teniendo en cuenta que la prueba no intenta dar diagnósticos, sino más bien detectar tendencias a sufrir dichos trastornos, en función de este fin el cuestionario intenta detectar indaptaciones en su aspecto sociológico

o clínico. Con esta finalidad el cuestionario está formado por dos partes claramente diferenciadas:

- La primera, de naturaleza psicosociológica, analiza al individuo desde los ámbitos matrimonial, profesional y social. Investiga el medio en el que el individuo se relaciona e intenta detectar la problemática que de él se deriva.
- La segunda parte, la más importante, comprende 167 preguntas de las 236 de las que está formado el cuestionario. En esta parte se investiga exclusivamente la personalidad, a la vez que se hace un despistaje de la predisposición a sufrir trastornos psiquiátricos.

Las preguntas están formuladas en un lenguaje usual de las entrevistas psicológicas. Buscan no solo las tendencias constitucionales en el sujeto (este ámbito sería el que mediría, según Eysenck, el factor N y el factor E de EPI), sino también el despistaje de las manifestaciones patológicas que estas tendencias pueden implicar cuando sobrepasan los umbrales de normalidad.

La naturaleza clínica de estas manifestaciones se corresponde con los síndromes de la terminología psiquiátrica clásica. No se nos escapa el carácter arbitrario de dicha terminología a la que nos referiremos por cuestiones prácticas.

Las preguntas están formuladas de manera directa y redactadas de forma que solo se pueden responder de forma positiva o negativa. La forma directa en la que se formulan las preguntas viene fundamentada por el hecho de que solo lo que se pregunta directamente te permite obtener respuestas claras sobre lo que se busca. En este sentido, cuando se quiere ocultar lo que se busca, no se tiene la seguridad de detectar lo que se pretende buscar.

1.3.1.2.5. Justificación de elección de la prueba

En el apartado 2.5.1 hemos justificado cómo las características del EPI se ajustaban perfectamente al estudio de personalidad que queríamos realizar en los grupos investigados. Pero los factores N (Neuroticismo) y E (Extraversión) del EPI, con ser clarificadores, nos resultaban excesivamente

restrictivos como exponentes de las características de la personalidad de los sujetos. Necesitábamos otra prueba de personalidad que complementase al EPI, que estructurase, que atomizase más las características de personalidad y los posibles desajustes de cada sujeto de estudio; de manera que pudiésemos profundizar más en el análisis de la personalidad y en los factores relacionales con otros ámbitos del comportamiento humano.

Con estos objetivos, las pruebas que nos parecían más ajustadas a nuestras metas fueron el PSY y el MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (1985).

CUADRO 2. Descripción evaluativa del balance psicopatológico

		PUNTUACION TOTAL	N (normal)	L (lábil)	P (patolog.)
IV	Hipereactividad	12	0-8	9-12	
	Depresión	66	0-16	17-32	33-66
V	Ansiedad	72	0-16	17-32	33-72
VI	Astenia-Hipocon.	80	0-17	18-29	30-80
VII	T. Esquizoides	63	0-12	13-31	32-63
	T. Paranoides	41	0-14	15-17	18-41
VIII	Impuls-Descont.	34	0-8	9-34	
	Hipomanía	38	0-4	5-12	13-38
IX	Sint. Psiquiátr.	134	0-15	16-33	34-134
X	Ant. Neur. y Psiquiátr.	53	0-6	7-19	20-53
	Histeroidismo	47	0-6	7-17	18-47

Ambas pruebas analizaban la personalidad por áreas de una manera selectiva. La elección definitiva del PSY como prueba a aplicar se debió a las siguientes razones:

- a. Factor tiempo: El factor tiempo era para nosotros una variable importante a considerar, dado que el estudio que realizábamos se componía de varias pruebas de investigación, algunas de larga duración, con un tipo de contenidos que a veces provocaban tensión en los

sujetos investigados y ello llevaba a un cansancio sobreañadido en los mismos. El número de ítems a realizar en el PSY por los sujetos era de 236, menos de la mitad de los ítems de los que está compuesto el MMPI (550 ítems).

- b. Validación estadística: Cada una de las áreas medidas por el PSY había sido adecuadamente validada estadísticamente, teniendo como punto de referencia las áreas del MMPI, con lo cual los resultados que se obtuviesen en el PSY nos merecían garantía.

Este desglose de tendencias patológicas, manifestado en el PSY en el Cociente de Ponderación y en el Balance Psicopatológico, nos permite conocer más en detalle que tipo de trastorno de personalidad puede llegar a tener o tiene cada uno de los sujetos. Además, nos permite establecer más puntos de comparación entre las distintas áreas analizadas, a la vez que establecer relación de comparación, significación, etc, entre los factores N (Neuroticismo) y E (Extraversión) del EPI con cada una de las áreas del PSY: Hiperemotividad, Depresión, Ansiedad, etc. Por otra parte, el estudio de la personalidad por áreas nos hacía posible el aproximar las “denominaciones patológicas” del PSY, consideradas en la misma prueba por los autores como arbitrarias “.... no se nos escapa el carácter arbitrario de la nosología a la que nos referimos y que utilizamos por razones prácticas...” (Bernot, pg. 6), a la terminología del DSM-III (1984), internacionalmente reconocido e igualmente asumida, a su terminología psiquiátrica y a la denominación de los trastornos que en él se describen. Esto nos permitiría dar a las áreas detectadas en el PSY un valor más ajustado en su terminología y un valor más real como trastorno inmediato.

- c. Por ultimo, el PSY en su evaluación recoge un área general denominada de Integración Social, en especial, compuesta por ítems que hacen referencia a la Adaptación Matrimonial, Adaptación Profesional y Contactos Sociales. Este análisis nos sirve de elemento evaluativo y de comparación con la Escala de Ajuste Marital (Locke-Wallace, 1959) y el Inventario de Interacción Sexual (Lo Piccolo, J y Steger, J.C., 1974), que tratan específicamente el nivel de satisfacción- disatisfacción de las relaciones de pareja. Pero, además, nos permitiría también relacionar las pruebas anteriormente mencionadas con el “Balance Psicopatológico” y los diversos trastornos medidos en él.

II. Análisis y tratamiento de las variables

II. 1. Identificación de las variables

Con el objetivo de que la muestra estudiada pudiese ser pormenorizadamente investigada, se introdujeron variables de diverso contenido a fin de lograr una mayor profundización en el estudio de las hipótesis formuladas.

La diversidad de variables introducidas no solo nos permitirían comparar el antes y el después en el grupo de mujeres que solicitan E/T. (G.E.), sino que, al mismo tiempo, nos permitirían analizar las posibles diferencias existentes entre el Grupo Experimental (principal grupo de investigación) y el Grupo Control (G.C.).

Por otro lado, las variables introducidas nos permitirían investigar la relación entre estímulos medio-ambientales de las personas y cogniciones, personalidad y comportamiento de cada uno de los grupos de investigación.

Las variables sobre las que se fundamentó la investigación evaluaban los siguientes ámbitos:

II.1.1. Variables de identificación

- | | | |
|-------------------|----------------|----------------------|
| – Edad | – Estado civil | – Años de matrimonio |
| – Número de hijos | | – Profesión |
| – Población | | – Comarca |

II.1.2. Variables de Personalidad

Anteriormente, al tratar de especificar la descripción de los diferentes instrumentos de los que nos hemos servido para la investigación, hemos podido apreciar las distintas variables que componen los diferentes Cuestionarios aplicados en nuestro estudio.

- Eysenck Personality Inventory (EPI)
- Test de Investigación Psicológica (PSY)

II.2. Tratamiento de las variables

El tratamiento estadístico de las variables que hemos llevado a cabo en esta investigación se refleja en los siguientes procesos:

- Se han obtenido estadísticos de tendencia central: media, Desviación Standar, Confidencia de intervalos, Percentiles, simetría y Kurtosis.
- Posteriormente se han podido llevar a cabo una matriz de correlación de todas las variables con sus respectivos niveles de significaciones más representativos como los del cinco (5) y del uno (1) por ciento (%).
- Otro estadístico empleado ha sido el Análisis de la Varianza (ANOVA) para poder calcular, a través de ella, las diferencias estadísticas existentes entre las diversas variables. Igualmente se han propuesto los niveles de significación del 5 y del 1 %.
- Todos estos resultados han sido debidamente expresados a través de diferentes gráficas en las que se expresan los diversos valores y significaciones estadísticas si existieran, siendo al mismo tiempo comentadas.

III. Resultados

Los resultados obtenidos vamos a referirlos a través de los comentarios efectuados a las diferentes gráficas.

III.1. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPI) (Gráfica I)

Las puntuaciones medias obtenidas por el Grupo Experimental antes de la E/T. (13,31) y después de la misma (13,43), así como las obtenidas por el Grupo Control (13,42), no permiten apreciar diferencias significativas entre ellas, siendo las tres puntuaciones prácticamente idénticas.

A la vista de estos resultados podemos hacer las siguientes reflexiones:

- 1ª). La labilidad emocional (Centil 70) que manifiesta la mujer experimental, antes de la E/T. no corresponde a los desajustes emocionales y de personalidad (conducta de enfermedad) que ésta decía sentir a su llegada al Centro de Orientación Familiar y, que como se aprecia en

la gráfica no difiere de la labilidad emocional que igualmente presenta el G. C. (Centil 70). Ambas puntuaciones indican una ligera labilidad emocional, sin que ello indique desajustes e inadaptaciones en la conducta diaria.

- 2^a). Los resultados obtenidos después de la E/T. no modifican ni equilibran los niveles de neuroticismo (labilidad emocional) que la mujer presentaba antes de la E/T.
- 3^a). Ante estos resultados hay que admitir la hipótesis formulada por Eysenck, en el sentido de que el factor "Neuroticismo" evalúa rasgos de personalidad que tienden a ser estables en el tiempo y con una base hereditaria.

Otra posibilidad a contemplar ante la invariabilidad de los resultados es el hecho de que para percibir cambios tal vez sean necesarios espacios de tiempo superiores a los contemplados en la investigación (un año), y también que los cambios significativos en los niveles de neuroticismo no sólo se encuentren asociados a un único hecho por importante que éste sea (E/T.), sino como parece desprenderse del estudio de las correlaciones, se deba a un conjunto de variables de más lenta modificación en el tiempo.

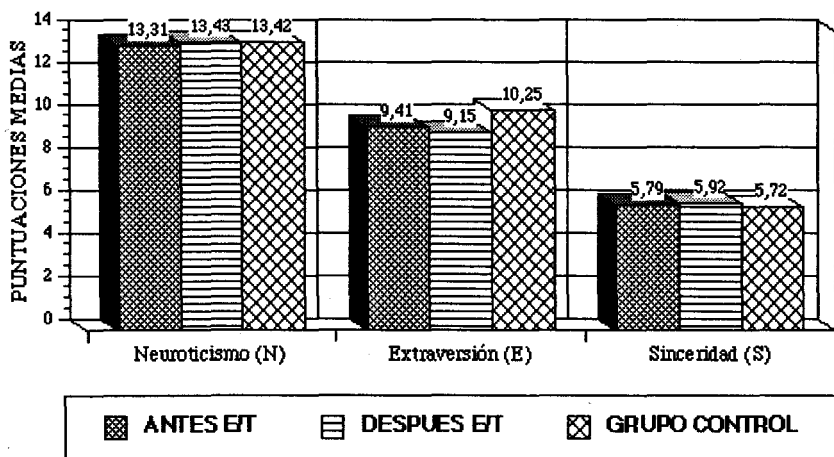
Debemos tener presente que la realización de la E/T., en principio, lo que logró de manera inmediata, fue liberar a la mujer de la posibilidad de nuevos embarazos; pero, con ser este hecho de gran importancia, no por ello logra modificar la vida de relación, de obligaciones, etc.. En este sentido, es una mujer que sigue teniendo el mismo nivel cultural, nivel económico (medio-bajo) un número de hijos elevado (cuatro hijos de media), un inadecuado espaciamento entre los mismos, continua dedicación a su cuidado, percepciones cognitivas negativas de su propia imagen y autoestima al tener que renunciar con demasiada frecuencia a ella misma y a lo que son sus gustos, debido a las obligaciones adquiridas y haciendo de estas valoraciones cognitivas negativas una proyección igualmente negativa sobre el futuro.

Finalmente, como ya comentábamos anteriormente, entendemos que estos niveles de neuroticismo (Centil 70) no son tan intensos como

cabría esperar después de escuchar las motivaciones aducidas en su demanda de E/T., porque las expectativas de esta mujer, y para las que fue educada, estaban en esta misma dirección, preparándola para asumir el rol que efectivamente estaba desarrollando; aunque es posible que la rapidez de los cambios sociales, de los medios de comunicación y del rol asignado a la mujer, introdujesen, sobre la marcha, modificaciones en el rol que ella misma desea realizar, produciéndose, en consecuencia, una disociación entre el rol que la ansiedad le asigna de manera estereotipada por ser mujer (lo aprendido cultural y educativamente), y el rol que ella misma quiere desarrollar: más libre, más actual, con mayor tiempo para el ocio, cultivando más la imagen personal, la autoestima, y exigiendo estos mismo valores a las personas religadas afectiva y emocionalmente a ella.

- 4ª). Por lo que respecta a la Extraversión, las puntuaciones medias obtenidas por el G.E. antes de la E/T. (9,41; Centil 40) y después de la misma (9,15; Centil 40), así como las obtenidas por el G.C. (10,25; Centil 50), no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas, aunque, no obstante, sí se aprecia una ligera aproximación en el G.C. hacia conductas más abiertas, más extrovertidas.

GRAFICO I. Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPI)



III.2. Test de Investigación Psicológica (PSY) (Gráficas II. III. IV y V)

En el análisis del PSY, y con la finalidad de no extendernos en exceso, nos limitaremos a realizar las reflexiones de aquellas puntuaciones que, como se aprecian en las distintas gráficas, permitieron apreciar diferencias estadísticamente significativas en los distintos momentos de la investigación o entre los grupos investigados.

III.2.1. Adaptación matrimonial (Gráfica II)

Indudablemente las variables investigadas en el PSY, que permitió apreciar mayores diferencias tanto entre los grupos investigados como en los distintos momentos de la investigación, fue la "Adaptación matrimonial" (Adpt. Matrim.). En este sentido, la puntuación media obtenida por el G.E., antes de la E/T. (5,48) y la obtenida un año después de la misma (2,97), así como la obtenida por el G.C. (4,77), permiten apreciar diferencias significativas, en el sentido de una mayor adaptación matrimonial en el G.E. después de la E/T., que a su vez es igualmente superior a la adaptación matrimonial del G.C. (a mayor puntuación, mayor desajuste).

Estos resultados asociados a la E/T. parecen ser incontestables, y los aspectos relacionales concretos que han logrado, después de la E/T. está mejoría, son los que a continuación vamos a ir comentando.

1. *Temor a tener hijos (Gráfica II)*: Los porcentajes obtenidos por el G.E., antes de la E/T. (84%) y después de la misma (28%), así como los obtenidos por el G.C. (58%), indican diferencias significativas en el sentido de una sensible disminución en el miedo a tener hijos que la mujer experimental tiene después de la E/T., aspecto que por otro lado es esperable después de la E/T.

Sí merece destacarse el hecho del elevado porcentaje de mujeres del G.C. que ven condicionadas, de alguna manera, sus relaciones de pareja debido al miedo a posibles embarazos no deseados (58%), a pesar de estar utilizando métodos anticonceptivos de alta seguridad (hormonal, DIU) y a la vez tener en expectativa la posibilidad de nuevos hijos en un futuro.

Este hecho que ahora estamos comentando, y dadas las repercusiones del mismo en otros ámbitos relacionados de la pareja (sexuales, afectivos, de comunicación, etc.), puede ser uno de los factores, sino el más importante, que haya producido la mejoría en la adaptación matrimonial.

Por primera vez en mucho tiempo, y tal vez desde siempre, la mujer puede mostrarse con su pareja tal y como ella es, cómo siente, puede igualmente manifestar sus impulsos sexuales liberados, ya de los estados emocionales negativos que bloquean el deseo sexual. De esta manera es igualmente posible que se sienta más forzado directa e indirectamente por su pareja (respondiendo más la mujer a la actividad sexual y siendo más demandado por ella, a la vez que ésta puede mostrar más sus estados emocionales positivos sin miedo a las consecuencias) de lo que había sido nunca.

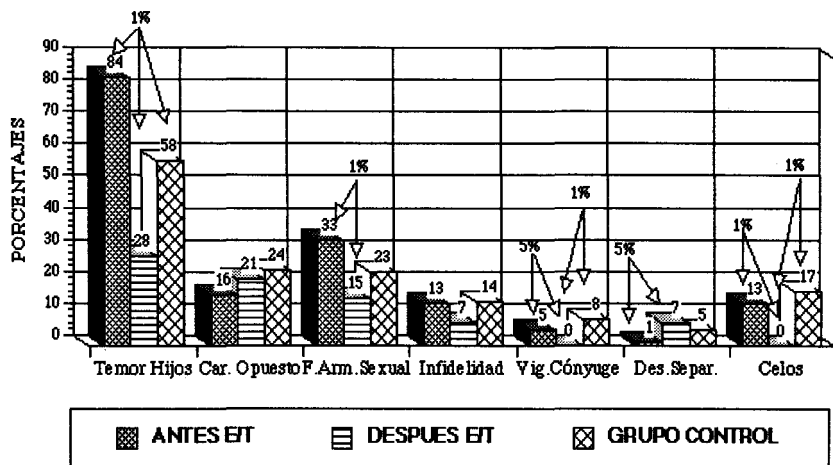
Carácter opuesto (Gráfica II). En cambio, y en contra de lo que razonablemente pudiera pensarse después de la E/T., el G.E. muestra un mayor porcentaje de puntuación en el ítem “Carácter opuesto” (“Car. Opuesto” en Gráfica II) (21 %) del que este mismo grupo manifestaba antes de la E/T. (16%), si bien las diferencias entre ambas puntuaciones no son significativas.

Este hecho, en principio desconcertante, se confirma igualmente cuando anteriores puntuaciones del G.E. son comparadas con las obtenidas por el G.C. (24 %). Este grupo, a pesar de tener una mayor adaptación matrimonial que lo que tenía el G.E. antes de la E/T. (G.E. = 5,48; G.C. = 4,77) también manifestaba una mayor puntuación en “Carácter Opuesto”, indicativo de un mayor enfrentamiento con su pareja por cuestiones varias.

Este resultado entre el G.E. antes de la E/T. y después de la misma, nos sugiere dos posibilidades:

- En primer lugar, la posibilidad de que haya habido variables o factores contaminantes en este intervalo de tiempo entre el antes y el después de la E.T. que haya deteriorado el carácter de ambos; lo cual es posible, pero poco probable porque el entorno medio-personal de la pareja ha mejorado.

GRAFICO II. Elementos de la adaptación matrimonial (PSY)



- En segundo lugar, la posibilidad de que la mujer, una vez liberada de sus miedos, se sienta más ella misma, como parece ocurrir en el G.C., siendo a la vez más exigente con su pareja, produciendo este hecho un “choque” entre ambos.
3. *Falta de armonía sexual (Gráfica II)*: Otros de los ítems que se han visto significativamente mejorados después de la E/T., y que están contribuyendo a la mejoría significativa producida en la adaptación matrimonial entre el “antes” y el “después” de la E/T. es el ítem “Falta de armonía sexual” (“F. Arm. Sexual” en gráfica II).

En él los porcentajes obtenidos por el G.E. antes de la E/T. (33 %), y un año después de la misma (15 %) indican una diferencia significativa, en el sentido de una mayor armonía sexual después de la E/T. que, a su vez es también superior a la que manifiesta tener el G.C. (23 %) que está utilizando métodos anticonceptivos de alta seguridad.

Estos porcentajes obtenidos por el G.C., después de la E/T. que contribuyen a una mejor adaptación de la pareja, son coincidentes con los evaluados en las variables sexuales, y a la vez están altamente correlacionados con la desaparición del miedo al embarazo, con el

mayor deseo sexual, mayor excitación sexual, mayor orgasmo, mayor satisfacción en las relaciones y la práctica desaparición del espaciamiento de las relaciones sexuales por miedo al embarazo evaluadas en otro trabajo (Merino, V., Jiménez, F. y Sánchez, G., 1993).

Dentro de las comparaciones que se realizaron entre variables sexuales y otras variables o ítems de pruebas de personalidad, merece destacarse el hecho de la confluencia de sintonía que existe entre ambas respuestas, y esto lo queremos hacer notar porque las respuestas obtenidas en las variables sexuales son preguntas directas, susceptibles de ser respondidas en cualquier dirección, pudiendo ser sesgadas por este motivo o pudiendo dudarse de los resultados por la simplicidad de las mismas (se hace una sola pregunta para cada variable investigada), o por el peligro de la excesiva subjetividad con la que pueden ser respondidas. Por contra, los ítems de las pruebas de personalidad suelen ser más complejos (cada variable consta de varias preguntas), suelen ser preguntas que forman parte de un todo, no sabiendo la persona en muchas ocasiones el objetivo de la pregunta.

A pesar de estas características propias de las variables sexuales y de las pruebas de personalidad, los ítems referidos a los mismos contenidos suelen tener la misma orientación de respuesta y a la vez ser sensibles a los cambios que a E/T. ha producido en el G.E.

Infidelidad (Gráfica II): Otro de los factores que han contribuido a mejorar la adaptación matrimonial ha sido la “Infidelidad” (“Infidelidad” en Gráfica II). Los porcentajes obtenidos por el G.E., antes de la E/T., (13 %), y después de la misma (7 %), no permiten apreciar diferencias significativas, pero sí una disminución en el porcentaje de respuestas, en el sentido de un menor número de mujeres que dicen sufrir a causa de la infidelidad de su pareja. Este último porcentaje (7 %) es también claramente inferior al obtenido por el G.C. Es decir, la E/T. no sólo mejora la sensación de seguridad en la mujer experimental con respecto a su pareja, sino que a la vez esta confianza es superior a la que la mujer del G.C., con menos problemática sexual, manifiesta respecto a la suya.

Todas estas diferencias encontradas en la mujer experimental nos parecen especialmente significativas, porque tampoco podemos reducir los posibles desajustes en la adaptación de la pareja al hecho de la E/T. Muy al contrario, sabemos que hay una serie de factores no estudiados en este trabajo que, indudablemente, pueden por sí mismos estar justificando el 7 % de mujeres que un año después de la E/T. dicen estar sufriendo a causa de la infidelidad de su pareja.

5. *Vigilancia del cónyuge (Gráfica II)*: Otra de las variables que, aunque en escaso porcentaje (5 %) contribuía en el G.E. de la E/T. a crear alguna tensión en la pareja, es el hecho de que esta mujer haya hecho "vigilar a su cónyuge" ("Vig. cónyuge" en Gráfica II) porque sospechaba que le era infiel. Los porcentajes obtenidos en este sentido por el G.E. antes de la E/T. (5 %), y después de la misma (0 %), indican que después de la E/T. la mujer del G.E. ha desechado tal posibilidad.

Estos porcentajes del G.E., tanto antes (5 %) como después (0 %) de la E/T. están por debajo de la problemática que parece estar dándose en el G.C. y que parecen no deberse únicamente a la utilización de un determinado método anticonceptivo, sino que, lógicamente, en ello intervienen variables que no han sido posible controlarlas adecuadamente.

6. *Deseos de separación (Gráfica II)*: Dentro de la baja incidencia que presenta esta variable ("Des. Separ." en Gráfica II) podemos apreciar el aumento del deseo expresado por las mujeres que realizaron la E/T. (7 %) frente a estas mismas personas antes de realizar la E/T. (1 %) y de aquellas otras mujeres que solicitaron diversos anticonceptivos reversibles (5 %). Entre el "antes" y el "después" de la E/T. se manifiesta una diferencia en el deseo de separación que la hace ser estadísticamente significativa en sus puntuaciones.
7. *Celos (Gráfica II)*: En este mismo sentido, los celos ("Celos" también en Gráfica II) que, antes de la E/T. contribuían en el G.E. (13 %) a generar tensiones en algunas parejas y, en consecuencia a deteriorar la adaptación matrimonial de las mismas, han desaparecido por completo un año después de la E/T. (0 %). Y al igual que ya ocurría en anteriores ítems analizados, el G.C. muestra un mayor porcentaje

de desajuste (17 %) en este ítem del que presentaba antes de la E/T. el G. E. Estos porcentajes de ambos grupos están en la misma línea de los manifestados en anteriores ítems de la adaptación matrimonial.

III.2.1. Contactos Sociales (Gráfica III)

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E., antes de la E/T. (10,72) y un año después de la misma (10,04), así como las obtenidas por el G.C. (11,17) no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, si bien se aprecia una ligera tendencia, después de la E/T. a un mayor ajuste en los contactos sociales. Las puntuaciones de ambos grupos se encuentran dentro de los límites de la normalidad; lo que indica que los grupos investigados presentan una buena capacidad de contacto social, lo que es sinónimo de una adecuada relación social, comunicación, etc.

III.2.2. Hiperemotividad (DSM-III-R: Trastorno por ansiedad - Trastorno fóbico) (Gráfica III)

La puntuación media obtenida por el G.E. antes de la E/T. (4,87) y la obtenida después de la misma (4,59), así como la conseguida por el G.C. (5,06) no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas, si bien se aprecia una ligera disminución en la puntuación del G.E. después de la E/T., lo que indica una tendencia a un mayor ajuste. Las puntuaciones de ambos grupos se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

III.2.3. Depresión (DSM-III-R: Trastorno afectivo - Trastorno distímico) (Gráfica III)

La puntuación media obtenida por el G.E. antes de la E/T. (10,31) y la obtenida después de la misma (9,85), así como la obtenida por el G. C. (10,92), no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas, aunque sí se aprecia una disminución de la puntuación media en el G.E. después de la E/T. en la dirección de un mayor ajuste. Las puntuaciones obtenidas por ambos grupos se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

III.2.4. Ansiedad (DSM-III-R: Trastorno por Ansiedad y Trastorno Afectivo) (Gráfica III)

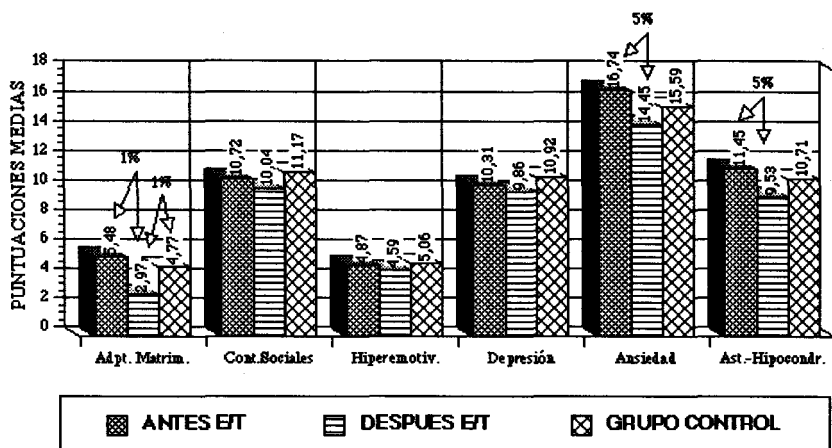
La puntuación media obtenida por el G.E. antes de la E/T. (16,74) y la obtenida después de la misma (14,4), permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas (al n.c. del 5 %) en el sentido de menores niveles de ansiedad después de la E/T.

La puntuación obtenida por el G.E. antes de la E/T. (16,74) implicaba ya unos niveles de labilidad (> 16: labilidad) que eran coincidentes con la labilidad que también mostraba la población experimental antes de la E/T. en el factor Neuroticismo (N) del EPI (13,31). Las puntuaciones obtenidas después de la E/T. (13,43) eran prácticamente idénticas a las mantenidas antes de la E/T., con lo que la E/T. no produjo ninguna modificación en la labilidad emocional, como ya fue comentado al hablar de esta prueba (EPI). Este hecho nos hizo concluir que los estados emocionales negativos que la mujer manifestaba a su llegada al Centro de Orientación Familiar, y que había razones para pensar que habían desaparecido después de la E/T., no eran detectados por el Neuroticismo (N) del EPI, siendo ésta una prueba que posiblemente evaluase estratos de personalidad más estables en el tiempo (rasgos de personalidad).

Por contra, cuando hemos realizado la evaluación de la Ansiedad del PSY entre el “antes” (16,74) y el “después” (14,4), sí hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad de la muestra que permiten pasar a la misma desde unos niveles de ansiedad por encima del umbral de la “normalidad” (que implicaba una labilidad de la personalidad), a unas puntuaciones medias de ansiedad, después de la E/T., significativamente inferiores y que además se encuentran ya dentro de los umbrales de normalidad.

De estos resultados puede concluirse que los estados de ansiedad y fóbicos a los que hemos hecho referencia a lo largo de este estudio, y que eran manifestados por la mujer experimental a su llegada al Centro de Orientación Familiar, así como su posterior desaparición, o al menos disminución de los mismos, como hemos podido constatar en diversas variables, son detectables y evaluables por el factor de ansiedad del PSY y no lo han sido por el factor Neuroticismo (N) del EPI. De lo que parece deducirse que la Ansiedad del PSY tiende a evaluar “estados” de personalidad.

GRAFICO III. Cuestionario de investigación psicológica (PSY-I)



Comparando estos niveles de ansiedad del G.E. con los manifestados por el G.C. (15,59), no encontramos diferencias entre el “antes” y el “después” de la E/T. con este grupo; pero aunque la puntuación del G.. también se encuentra dentro de los límites de la normalidad, queremos destacar una vez más el hecho de que la E/T. logra en la mujer experimental tener niveles de ansiedad por debajo de los que manifestaba tener el G.C., a pesar de que este grupo tiene unas mejores condiciones medio-familiares (mayor nivel cultural, económico, menor número de hijos, mayor inserción laboral, etc.).

III.2.5. Astenia - Hipocondría (DSM-III-R: Trastorno Somatoformes - Hipocondría) (Gráfica III):

La puntuación media obtenida por el grupo experimental antes de la E/T. (11,45) y la obtenida después de la misma (9,53), permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas (n.c. 5 %) en el sentido de menores tendencias hipocondríacas “después” de la E/T.. No obstante, ambas puntuaciones se encuentran dentro de los umbrales de normalidad (> 17: labilidad).

Este factor pudiera tener más importancia de lo que en principio pudiera atribuírsele por estar asociados a trastornos somatoformes (DSM-

III-R), estando sus puntuaciones más elevadas (> 30) relacionadas con los factores de personalidad evaluados por el Neuroticismo (N) del EPI a partir del Centil 80 (manifestaciones psicósomáticas sin causa orgánica que lo justifique).

Y como ya viene siendo habitual, la puntuación del G.C. (10,71), en esta misma variable, se encuentra en una zona intermedia entre las puntuaciones del “antes” (11,45) y el “después” de la E/T. (9,53), sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos y estando las puntuaciones del G.C. también dentro de los umbrales considerados como normalidad.

III.2.6. Tendencias esquizoides: (DSM-III-R: Trastorno de la Personalidad-Trastorno Esquizotípico) (Gráfica IV).

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E., antes de la E/T. (9,22) y después de la misma (7,41), permiten apreciar diferencias estadísticas significativas en el sentido de una menor tendencia a comportamiento esquizoides “después” de la E/T.. Ambas puntuaciones se encuentran dentro de los límites de la normalidad (> 12: labilidad). Este resultado, junto a otros ya evaluados nos va permitiendo afirmar que la problemática manifestada por el G.E. no ha implicado un desajuste general en los factores de personalidad, sino que más bien dicha problemática parece haber afectado a factores puntuales de la misma (Ansiedad, Adaptación matrimonial, etc.).

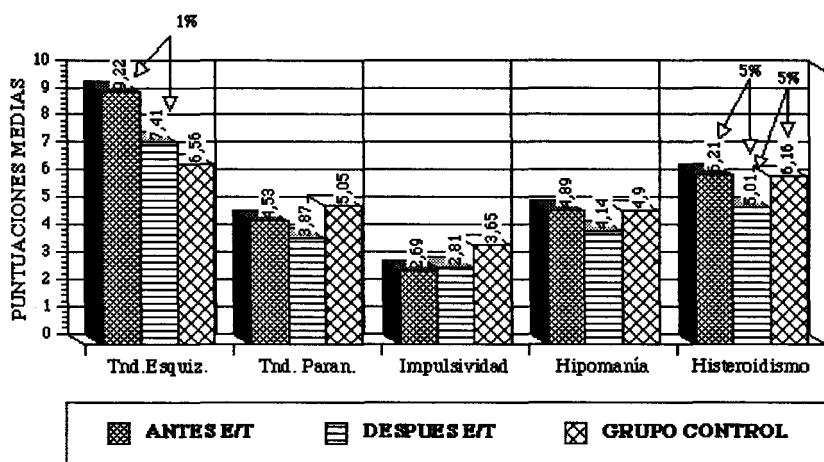
Ahora bien, lo que sí parece estar provocando la E/T. es una mejoría general en todos los factores analizados, aunque estos indicasen y a niveles de normalidad antes de la misma, como es el factor que ahora estamos analizando. En este sentido la E/T. parece mejorar las condiciones preventivas de salud general de la muestra y en este factor concreto disminuir aún más las tendencias a comportamientos esquizoides.

III.2.7. Tendencias paranoides: (DSM-III-R Trastornos de la Personalidad - Trastorno Paranoide) (Gráfica IV).

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E. antes de la E/T. (4,53) y después de la misma (3,87), así como las obtenidas por el G.C. (5,05)

no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, aunque sí se aprecia, después de la E/T. una menor puntuación, indicativa de un mayor ajuste, como ya viene siendo habitual en el contexto general de la prueba. Las puntuaciones de ambos grupos se encuentran dentro de los umbrales de la normalidad (> 14: labilidad).

GRAFICO IV. Cuestionario de investigación psicológica (PSY-II)



Estos resultados nos permiten confirmar, una vez más, que estos factores de personalidad parecen ser independientes de la problemática investigada; aunque sí parece mostrar cierta sensibilidad a los beneficios que la mujer obtiene de la E/T. que, en la mayoría de las variables analizadas, termina mejorando los perfiles factoriales del G.C.

III.2.8. Impulsividad-Descontrol: (DSM-III-R: Trastorno de la Personalidad - Trastorno Antisocial) (Gráfica IV)

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E. antes de la E/T. (2,69) y después de la misma (2,81), así como las obtenidas por el G.C. (3,65) no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, si bien se percibe un ligero incremento de las puntuaciones después de la E/T., que van en la dirección que igualmente muestra el G.C.

Las puntuaciones de ambos grupos se encuentran dentro de los límites de la normalidad (>8: labilidad) y, al igual que otros factores de personalidad analizados, no parecen estar directamente influenciados por la problemática personal y de pareja estudiada. Este hecho nos parece normal, dado que si traducimos este factor a DSM-III-R, el trastorno de Personalidad ahora evaluado (Trastorno Antisocial de la Personalidad) suele ser detectado y/o tener su posible origen en la infancia (DSM-III-R: Trastornos de conducta de la infancia, niñez y adolescencia) con lo que este potencial trastorno formaría parte de la Personalidad (rasgo de Personalidad) con mucha anterioridad al inicio de la problemática investigada.

III.2.9. Hipomanía: (DSM-III-R: Trastorno afectivo - Trastorno ciclotímico) (Gráfica IV)

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E. antes de la E/T. (4,89) y después de la misma (4,14), así como las obtenidas por el G.C. (4,19) no permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, observándose “después” de la E/T. una ligera disminución de las puntuaciones en la dirección de un mayor ajuste. Las puntuaciones de ambos grupos superan los límites de la normalidad (> 4: labilidad) entrando ya en umbrales de fragilidad o labilidad.

Merece destacarse el hecho de que la E/T., también en este caso, ha producido, como en la mayoría de los factores del PSY analizados, una tendencia al equilibrio “después” de la E/T. Pero al contrario de lo que hemos observado en otros factores (como p.e.: tendencias esquizoides, paranoides, impulsividad, etc. etc.), este factor sí podría mostrar cierta sensibilidad con la problemática mostrada por la pareja.

A pesar de la ligera superación del umbral de normalidad (> 4: labilidad) que se da en este factor, el Balance Psicopatológico general de la prueba hasta ahora analizado se encuentra tan normalizado que esta puntuación por sí sola carece de valor diagnóstico alguno. Pero lo que sí indica es la tendencia del G.E. a conducta hipomaniacas y en especial en situaciones de tensión mantenida.

En este mismo sentido en la medida en que las situaciones potencialmente estresantes vayan desapareciendo como podrían darse en el G.E.

“después” de la E/T., las tendencias hipomaníacas tenderían a ir progresivamente solapándose hasta quedar en un plano subclínico.

Las conductas hipomaníacas suelen darse, en primer lugar, en personas que muestran cierta labilidad emocional, como es el caso de nuestra muestra (Neuroticismo: Centil > 70; niveles de ansiedad por encima de los umbrales de normalidad en el PSY), y además se acentúa en la medida que en la persona tiene mayor introversión (< Centil 40), implicando, además, un substrato de inseguridad general. Estas afirmaciones son calificadas por los elevados niveles de correlación que la hipomanía tiene, por ejemplo, con el Neuroticismo (.402), la Ansiedad (.533) y la Depresión (.513), entre otros.

III.2.10. Histeroidismo: (DSM-III-R: Trastorno de la Personalidad - Histriónico) (Gráfica IV)

Las puntuaciones medias obtenidas por el G.E. antes de la E/T. (6,21) y después de la misma (5,01) permiten apreciar diferencias estadísticamente significativas, en el sentido de un mayor ajuste de conductas histriónicas después de la E/T.. Igualmente, si comparamos la puntuación media del G.C. (6,16) con la del G.E. después de la E/T. (5,01) encontramos diferencias estadísticamente significativas (n.c. 5%) en la dirección de un mayor ajuste en el G. E. después de la E/T..

Tanto la puntuación del G. E. antes de la E/T. como la obtenida por el G.C., superan los umbrales de normalidad (> 6), mientras que la obtenida después de la E/T. (5,01), además de existir diferencias estadísticamente significativa se encuentra ya dentro de los umbrales de normalidad.

En consecuencia, las conductas y comportamientos histriónicos (histeroides) que se deban por igual tanto en el G.E. “antes” de la E/T. como en el G.C., sí parecen ser sensibles a la E/T. y por tanto haber tenido un porcentaje significativo de causalidad en la problemática que el G.E. manifestaba antes de la E/T.. Estos resultados parecen ser confirmados por el resto de las variables aquí tratadas, que se han mostrado sensibles en sus puntuaciones a la E/T. y que han mejorado su ajuste “después” de la misma. Algunas de estas variables comentadas guardan un elevado nivel

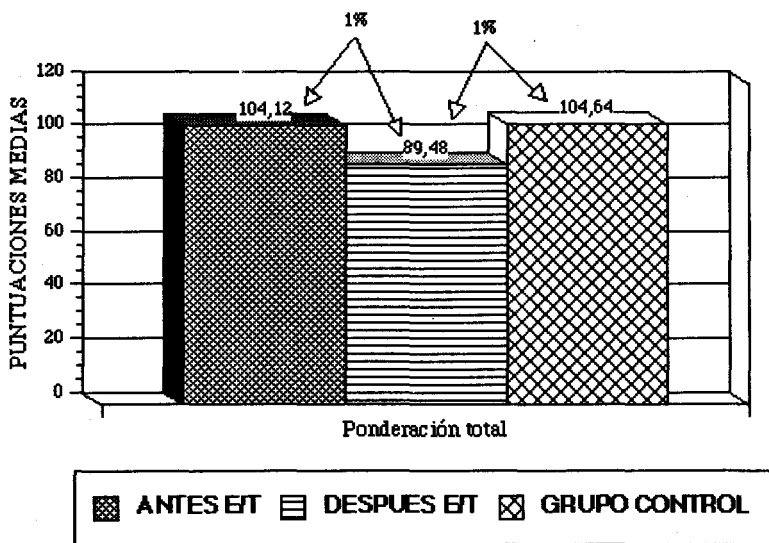
de correlación con el Histeroidismo, como por ejemplo, la Adaptación Matrimonial (.664), Depresión (.505), Ansiedad (.508), Hipomanía (.478) y Tendencias Esquizoides (.508).

III.2.11. Ponderación absoluta: (Gráfica V)

La suma de puntuaciones hechas del Total Adaptación más la puntuación media del Total Ponderación del Balance Psicopatológico nos permite obtener una ponderación Absoluta de todos los factores de Personalidad evaluados en el Test PSY. En consecuencia la Ponderación Absoluta del PSY obtenida por el G.E. antes de la E/T. (104,12) y la obtenida después de la misma (89,48), nos permite apreciar diferencias estadísticamente significativas (n.c. 1 %) en el sentido de un mayor ajuste en el cómputo total de factores de personalidad evaluados.

Esta diferencia significativa (n.c. 1 %) vuelve a darse cuando comparamos la puntuación de la evaluación final de factores de personalidad del G.C. (104,64) con la puntuación del G.E. después de la E/T. (89,48).

GRAFICO V. Cuestionario de investigación psicológica (PSY-III)



La gráfica V expresa con claridad la semejanza en las puntuaciones medias del G.E. antes de la E/T. (104,12) y las puntuaciones del G.C., no existiendo diferencias significativas entre ambas muestras. en cambio la E/T. produce en el G.E. una mejoría de las características generales de Personalidad que las hace superiores a las de la población general.

El resume final del análisis de los factores evaluados nos permite hacer las siguientes reflexiones:

- 1ª). Mientras que “antes” de la E/T. los factores que superaban el “umbral de normalidad” del PSY eran la Ansiedad (16,74), Hipomanía (4,89) e Histeroidismo (6,21), “después” de la E/T., sólo la Hipomanía (4,14) supera ligeramente los umbrales de normalidad.
- 2ª). Según la interpretación que la prueba hace de las puntuaciones absolutas, y a pesar de las diferencias estadísticamente significativas entre el “antes” y el “después” de la E/T. la muestra experimental seguiría teniendo una personalidad general dentro de los umbrales de labilidad o fragilidad, según los diagnósticos del PSY, al existir un factor “después” de la E/T. (Hipomanía) que sigue superando los umbrales de normalidad.
- 3ª). A pesar de lo comentado en el punto anterior, se aprecia una mejora significativa en los ajustes de personalidad de la muestra después de la E/T., que puede ser debida a la misma y a la eliminación de toda la problemática asociada a ella.
- 4ª). El umbral de labilidad que manifiesta la Hipomanía “después” de la E/T. (4,14) carece de valor diagnóstico al estar el resto de factores de personalidad dentro de los umbrales de normalidad. Sí manifiesta la muestra, en cambio, propensión hacia ese tipo de conductas en situaciones de tensión mantenida. En este contexto, ésta u otras puntuaciones que superasen el umbral de normalidad, podría tener un valor de pronóstico.
- 5ª). Destacar, finalmente, que la Ansiedad, la Astenia-Hipocondría y las Tendencias Esquizoides, se muestran especialmente sensibles a la E/T., mejorando significativamente su nivel de ajuste después de la E/T.

IV. Conclusiones

- a. El G.E. manifiesta en el factor Neuroticismo (N) del EPI ligeros niveles de neuroticismo o de labilidad emocional (centil 70), que implica ya cierta “sensibilidad” a los estímulos externos, produciéndose respuestas emocionales a los mismos y siendo ya difícil lograr el equilibrio después de cada estímulo ambiental que provoca una elevación emocional. Por otro lado la muestra parece manifestar una ligera tendencia a la Introversión (centil 45), además de existir una buena Sinceridad (centil 50), garantizando de esta manera los resultados obtenidos en la prueba. Establecida la posibilidad de que la labilidad emocional (Neuroticismo) tuviese relación con el número de hijos, los estudios realizados a tal efecto no confirmaron dicha hipótesis.
- b. Dentro de PSY se perciben ciertas tensiones en la Adaptación Matrimonial, como igualmente habíamos visto en las variables sexuales, que están motivadas principalmente por el temor que la mujer tiene a tener nuevos hijos y el subsiguiente espaciamento de las relaciones sexuales, al no existir un método anticonceptivo adecuado. Algunos de los aspectos generadores de tensiones en la Adaptación Matrimonial son la falta de armonía sexual, el carácter opuesto, la infidelidad del marido y los celos de la esposa.
- c. El Balance Psicopatológico realizado en el despistaje psiquiátrico del PSY indica unas características de personalidad lábil, como ya se confirmó en el factor Neuroticismo (N) del EPI. Esta labilidad de personalidad vendría marcada por ciertos niveles de ansiedad por encima de lo normal e igualmente cierta tendencia a conductas hipomaníacas e histriónicas. El resto de los factores están dentro de la normalidad. No se encontró ningún factor que estuviese dentro del umbral patológico.

V. Discusión

A pesar de que prácticamente en casi todos los países desarrollados y en vías de desarrollo la E/T. ha sido despenalizada hace escasas décadas, como ya ha quedado expuesto en anteriores apartados, las posibles implicaciones en la salud mental de la mujer después de la realización de

la E/T. y también el estado de salud previo a la misma, han dado lugar a numerosos trabajos e investigaciones de los que a continuación expon-dremos los de mayor interés.

En relación con los estados de ansiedad que sufre la mujer por miedo a nuevos embarazos y que pudiera ser una de las motivaciones finales de la esterilización tubárica, Kopit (1976) realiza un estudio entre septiembre de 1969 y junio de 1973, en Harvard (USA), con una muestra de mujeres de una media de edad de 33,9 años, donde la media de embarazos era de 5 y con una media de partos de 3,8, que solicitaban voluntariamente la E/T. por entender que ya habían tenido suficientes hijos. La mayoría (un 85,6%) informaron sentirse satisfechas de su decisión y en estos mismos porcentajes informaron de una sustancial mejoría en sus niveles de ansiedad en particular y de salud mental y física en general. Su nivel de mejoría era interpretado tan favorablemente que el 93,5% informaron de que ellas mismas volverían a hacer la misma elección de nuevo y más de la mitad (54,7%) habrían querido haberse practicado esta operación con anterioridad.

Esta mejora en los niveles de ansiedad de la mujer a raíz de E/T. es confirmada en un estudio llevado a cabo por Turner y Penfield (1978) en Siracusa. En dicho estudio se investiga a una muestra que solicita esterilización tubárica, donde la edad de las mujeres es de 33 años, igual que la edad de las mujeres investigadas por Kopit (1976). El número de hijos en el estudio de Turner y Penfield (1978) es de 3 o 4 en un 46% de la muestra y su decisión de E/T. venía igualmente motivada por su deseo de un método permanente de control de la natalidad, dado que entendían haber tenido ya suficientes hijos. Los resultados obtenidos por Turner y Penfield (1978) muestran que un 54% de las mujeres esterilizadas informaron haber mejorado sustancialmente su salud emocional y sus niveles de ansiedad. Igualmente, como ya ocurrió en la investigación de Kopit (1976), el 96% se sienten satisfechas de la operación realizada y un 66% deseaban haberse operado antes.

En la investigación llevada a cabo por Turner y Penfield (1978) el 46% de la muestra que es la que tiene mayor número de hijos (3 o 4) es la que subjetivamente se siente más satisfecha de la operación, deseando haberla hecho antes (66%) y manifestando una mayor mejoría en su equilibrio

emocional. De lo que parece deducirse que el número de hijos es un factor de posible deterioro emocional, y sobre todo si a ello se añaden factores económicos y de un inadecuado espaciamiento entre los hijos.

Ballon y Bryson (1983) realiza un estudio en la misma dirección de anteriores investigaciones, pero introduce un elemento nuevo: analiza también a un grupo de mujeres que habiendo realizado la E/T. desean posteriormente la reversibilidad de la misma ante el deseo de tener nuevos hijos.

Nos llama poderosamente la atención el hecho de que mientras el grupo operado con una media de edad de 31,4 años se mantiene satisfecha de la decisión tomada y ratifica los niveles de mejoría emocional; por el contrario, el grupo de mujeres que igualmente hizo la esterilización tubárica voluntaria, pero con una media de edad de 25,8 años, es la que desea insistentemente la recanalización de las trompas, por mostrarse insatisfecha con dicha decisión.

De dicho estudio parecen extraerse las siguientes conclusiones:

En primer lugar, la mayor edad de la mujer asociada a un mayor número de hijos parece ser un factor de satisfacción con la decisión voluntaria de E/T., después de un tiempo de realización de la misma.

En segundo lugar, en el mismo contexto sociocultural, la E/T. en mujeres más jóvenes (30 años o menos), con menor número de hijos (1 o 2), debe ser adecuadamente evaluado, dado que los motivos por los que se solicita la E/T. puede que no estén directamente relacionadas con la fecundidad, y sí, como dice Ballou (1983), relacionados con factores coyunturales, económicos, de relación de pareja, de estrés temporal o intrapsíquicos.

Estos mismos resultados parecen obtenerse en un estudio llevado a cabo en la India por Ammal (1983). En su investigación, Ammal (1983) compara a un grupo de mujeres que habían realizado la E/T. voluntariamente, con una media de edad de 25,7 años, con otro grupo de mujeres de la misma edad que va a dar a luz al mismo hospital. A ambos grupos se les aplica la Escala de Ansiedad Manifiesta, obteniéndose el siguiente resultado: El grupo de mujeres que solicita voluntariamente la E/T., con

una media de edad de 25 años, como ya ocurriera en la investigación llevada a cabo por Ballou (1983), manifiesta tres meses después de la E/T. un significativo incremento en los niveles de ansiedad respecto de los que había manifestado tres meses antes de la realización de la esterilización.

Además de la evidencia de los resultados obtenidos, esta investigación obliga a nuevas reflexiones. La India, como ya hemos comentado anteriormente, responde a unos valores culturales, religiosos, además de económicos, totalmente distintos a los que tenía la muestra evaluada por Ballou (1983), típicamente occidentales. En este contexto cultural, la mujer suele ser pactada en matrimonio desde el inicio de la adolescencia, por lo que a los 25 años puede tener completado su deseo de número de hijos y en consecuencia no debiera implicar un arrepentimiento posterior, ni un aumento en los niveles de ansiedad, circunstancia ésta que se da en la investigación de Ammal (1983).

Estos resultados nos llevan a pensar que, si bien la escasa edad de la mujer que hace la E/T. parece ser un factor de riesgo, este pudiera no deberse solamente al deseo de tener más hijos, como es el caso de la investigación de Ammal (1983), sino que, además, pudiera deberse a otras variables no controladas y más intrapsíquicas, culturales o de autoestima (sentir la posibilidad de nueva maternidad, posibilidad de tener hijos con otra persona o pensar que ya no es adecuadamente valorada por su pareja al no poder darle más hijos), factor éste que es más probable se de a los 25 años que a los 35 años.

Otra investigación es llevada a cabo también en la India por Ganesan (1989), teniendo como objetivo la evaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en tres grupos de mujeres, un primer grupo que solicita E/T., un segundo grupo de embarazadas y un tercer grupo de mujeres intervenidas quirúrgicamente de abdomen. La investigación se hizo antes y después del hecho que motiva su ingreso en el hospital.

Por lo que respecta al grupo de mujeres que solicitaron E/T., los resultados de la prueba de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) indican que la mujer que solicita E/T., antes de la misma, tiene ya unos niveles elevados de ansiedad. Comparada por grupos, la mujer que solicita E/T. tiene unos niveles de ansiedad similares estadísticamente a la ansiedad de las mujeres

embarazadas, pero superior a las del grupo que es intervenido quirúrgicamente de abdomen. Después de la E/T., las mujeres que realizan voluntariamente la misma no experimentan diferencias significativas en sus puntuaciones de Ansiedad Estado-Rasgo.

Una investigación similar a la de Ganesan (1989) es realizada por Ammal (1983) cuando compara dos grupos de mujeres (un primer grupo de mujeres embarazadas y un segundo grupo de mujeres que solicitan E/T.), por medio del Inventario de Personalidad de Eysenck. El inventario es aplicado a ambos grupos meses antes de la intervención y tres meses después de la misma.

Los resultados, como ya decíamos anteriormente, son coincidentes con los de Ganesan (1989). El grupo de mujeres esterilizadas voluntariamente tenía significativos aumentos en neuroticismo (N) y extraversión (E) tres meses después de la intervención, si bien debemos destacar que la edad media de este grupo estaba en 25 años, por lo que se le podían aplicar las mismas reflexiones que ya hemos hecho en páginas anteriores al comentar las investigaciones de Ballon y Bryson (1983) y Ammal (1983).

Los resultados obtenidos por Ammal (1983) a través del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), son coincidentes con los obtenidos por el mismo autor (Ammal, 1983) en otro trabajo en el que se evaluaban los niveles de ansiedad de dos grupos de investigación (mujeres embarazadas y mujeres que habían solicitado E/T.). En ambas evaluaciones (Escala de Ansiedad Manifiesta y el Inventario de Personalidad de Eysenck) y en grupos de escasa edad (25 años), tanto la ansiedad como el neuroticismo aumentan después de la esterilización tubárica.

Es digno de destacar el resultado experimentado por el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) en cuanto a los mayores niveles (con diferencias significativas) de neuroticismo que experimenta la mujer entre el antes y el después de la E/T. (Ammal, 1983). Según Eysenck, el EPI, en su escala N (neuroticismo), estaría en estrecha relación con el grado heredado de labilidad emocional del Sistema Nervioso Autónomo, mientras que el factor E (extraversión), lo estaría con el grado de excitación inhibición imperante en el Sistema Nervioso Central (Eysenck, 1960). Según Eysenck, ambos factores (neuroticismo y extraversión) serían difícilmente modificables por las situaciones ambientales.

La modificación significativa de los resultados entre el antes y el después en el factor neuroticismo del EPI es un hecho que también hemos constatado en investigaciones llevadas a cabo por nosotros y de las que hablaremos más adelante.

En 1986, Ammal (1986) publica una nueva investigación con los mismos componentes de población, de método y de objetivos de investigación que la que había publicado tres años antes (Ammal, 1983). La muestra a investigar serían mujeres embarazadas a quienes después del parto se les practicó la E/T. por ellas solicitada y se comparó con otro grupo de mujeres a quienes no se realizó la E/T. Se aplicó el EPI como inventario de evaluación.

Las conclusiones de la investigación indicaron que el factor extraversión (E) aumentó significativamente después del parto en ambos grupos. El factor neuroticismo (N) disminuyó después del parto en las mujeres que solo dieron a luz y aumentó significativamente en las que habían hecho la esterilización tubárica después del parto.

Es necesario destacar la escasa edad de la población investigada. Por otro lado se produce una variación significativa de puntuaciones del EPI entre el antes y el después, contraviniendo, en principio, los supuestos teóricos de Eysenck.

En esta investigación nuevamente vuelven a repetirse los resultados que tres años antes (Ammal, 1983) ya había obtenido en la investigación anteriormente mencionada.

Pero la E/T. elegida como método anticonceptivo no solo ha sido evaluada en las variables neuroticismo y ansiedad. Numerosos estudios se han basado en el análisis factorial de personalidad y en análisis psiquiátricos, intentando abarcar todas las posibles repercusiones de la E/T. en la salud mental general de la mujer.

Con este objetivo, Khorana y Vías (1975) publica una investigación en la que se evalúan 500 mujeres, con edades entre los 22 y los 42 años que habían solicitado E/T. La investigación se hizo previa a la esterilización y posterior a la misma. Por lo que hace referencia a la salud mental de la mujer los resultados fueron los siguientes:

- El 83% de la muestra se queja después de la E/T. de varios síntomas específicos de origen psicológico.
- Los síntomas psiquiátricos habían pasado de un 0,83% antes de la operación a un 4,35% después de la operación, lo cual resultaba altamente significativo.
- Paradójicamente, la satisfacción con la operación de E/T. era manifestada por un 92% de los sujetos.

En este estudio, Khorana y Vías (1975), elige una población con un intervalo de edad muy amplio, lo cual no nos permite juzgar la media de edad de la población, que por las investigaciones precedentes parece mostrarse como un factor importante de evaluación. En principio pudiéramos pensar que los resultados de Khorana y Vías (1975) son acordes con los de Ammal (1.983 y 1.986) y con los de Ballon y Bryson (1983) y que todos ellos son referidos a una población joven (media de edad de 25 años). Pero hasta ahora, el alto nivel de aceptación de la E/T. por parte de esta muestra de Khorana y Vías (1975) con nivel de satisfacción por la operación de un 92% era patrimonio de grupos de edad comprendidos entre los 30-35 años, lo que se contradice con lo anteriormente comentado, quedándonos una duda razonable en la evaluación de los resultados.

Una investigación realizada por Enoch y Jones (1975), en Inglaterra coincide en sus resultados con la realizada por Khorana y Vías (1975).

Enoch y Jones (1975) investiga a 100 mujeres esterilizadas en un periodo superior a los tres años. Con una investigación pre y posoperatoria en la que son evaluados factores de salud mental de la mujer.

Las conclusiones a las que llega Enoch y Jones (1975), es a detectar una alta morbilidad psiquiátrica y mental después de la operación. Pero la investigación aporta un dato nuevo: los síntomas parecían estar en relación directa con factores anteriores a la operación. Las conclusiones de la investigación, según Enoch y Jones (1975), aconsejan la necesidad de asesoramiento previo a la mujer antes de la E/T.

Ansari y Francis (1976), investiga a 49 mujeres que habían sido operadas por indicación eugenésica, por razones médicas y socio-económicas. Se realizó un estudio previo y posterior a la esterilización siendo

sus resultados coincidentes con los de Enoch y Jones (1975). Según estos resultados un porcentaje significativo de mujeres veía negativamente afectada su salud mental después de la E/T.

Según Enoch y Jones (1975), los factores más significativos que influían en los resultados negativos eran factores de personalidad previos a la operación. En consecuencia, se recomienda la necesidad de un estudio psiquiátrico previo a la E/T.

Wig (1977), estudia un grupo de 357 mujeres que solicitan E/T., con una media de edad de 30,4 años. El estudio se realiza previo a la operación y posterior a la misma obteniendo los siguientes resultados: - En 70 personas de la muestra investigada (un 19,6%) se detectaron trastornos psiquiátricos en el periodo que siguió a la operación.

Los síntomas psiquiátricos, al igual que ocurrió en la investigación de Enoch y Jones (1975), detectados después de la operación tenían su base en un deterioro de la salud mental de la mujer, previa a la E/T.

Los estudios de Ansari y Francis (1976), de Enoch y Jones (1975), de Wig (1977) al igual que los de Ballon y Bryson (1983), vienen a confirmar el hecho de que la salud mental de las mujeres que solicitan E/T., y previa a la misma, está significativamente más desajustada que, al menos, la de los grupos de referencia que no solicitan E/T. y con las que se las compara. No obstante, no tenemos los suficientes elementos de juicio para saber si por esta causa solicitan la E/T., lo que parecía deducirse en algunos de los grupos de edad de mujeres jóvenes, con medias de edad próximas a los 25 años, que luego manifiestan su deseo de recanalización de las trompas; o si, por el contrario, la salud mental deteriorada previa a la E/T. era consecuencia del miedo a posibles embarazos, inadecuado espaciamiento entre los mismos, etc, que se da en mujeres de más edad (32-33 años), en cuyo caso la mujer después de la E/T. tiende a mejorar su salud mental, además de reafirmarse en la decisión tomada, si bien no siempre queda probada dicha relación.

Una investigación realizada en Inglaterra por Bledin y Cooper (1984), confirma anteriores resultados ya comentados, referentes a la mayor satisfacción de la mujer después de la E/T. cuando la edad de esta supera los 30 años.

Bledin y Cooper (1984) estudia dos grupos de mujeres multíparas sanas y embarazadas en el momento de la investigación. Un primer grupo de ellas que solicita E/T. y un segundo grupo que no lo solicita. A ambos grupos se les realiza el Examen del Presente Estado, tanto antes de la esterilización como después de la misma. Los resultados obtenidos indican lo siguiente:

- No se encuentran diferencias significativas entre el grupo experimental (que solicita E/T.) y el grupo de control en la salud mental de ambos, en el estudio que se llevó a cabo previo a la E/T.
- Las mujeres esterilizadas (grupo experimental) informaban de una mejoría en la salud mental, superior al que experimentaba el grupo de control (mujeres multíparas que no habían realizado la E/T.), después de haber realizado la E/T.

Cooper y Bledin (1985) realiza en Inglaterra un estudio en el que son evaluadas 116 mujeres que solicitan E/T., con una edad comprendida entre los 23 y los 45 años. Al mismo tiempo es realizado un estudio a 135 mujeres, de una media de edad de 31 años que también fueron investigadas para su comparación. La investigación es realizada tanto antes como después de la E/T. Las conclusiones de su estudio fueron las siguientes:

- No se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que se hicieron la E/T. y el grupo de control en la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica, que a su vez no era más alto que el de la población general.
- Se encontraron beneficios derivados de la E/T. en otros ámbitos, como relaciones de pareja, sexualidad, etc, de los que hablaremos en sucesivos apartados.

Un estudio muy interesante sobre las repercusiones de la E/T. en la salud mental de la mujer es el realizado por la O.M.S. a través de Who (1985). En dicha investigación son estudiadas 926 mujeres a quienes se practicó la E/T. voluntaria para el control de la natalidad y 924 mujeres de grupos de control usando otros métodos de contracepción. El estudio se realiza a ambos grupos antes de la E/T. y entre 6 y 12 meses después de la operación.

Lo interesante y novedoso de la investigación es que la muestra (control y experimental) corresponde a varios países con distinto nivel cultural, económico, político, religioso y de cultura. Como ya hemos comentado anteriormente cuando hablábamos de la E/T., este es un aspecto que nos parece fundamental en la investigación por englobar las distintas interpretaciones y valoraciones que las distintas culturas dan al hecho de la E/T.

La muestra proporcionalmente repartida correspondía a los siguientes centros: Agra y Chandigar (India), Cali (Colombia), Ibadán (Nigeria), Manila (Filipinas), y Nottingham (Reino Unido).

A ambos grupos se les hicieron estudios de diagnóstico psiquiátrico junto a otras pruebas de historia general.

Los resultados obtenidos indicaron lo siguiente:

- No se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de los problemas de salud mental entre los casos de esterilización y los sujetos de control en algunos centros.
- Más aún, no había diferencias significativas en la prevalencia de los problemas de salud mental en relación a la E/T.
- En conclusión, la investigación realizada por Who (1985) a más de 900 mujeres, con una cobertura multinacional, no apoya la impresión de impacto significativo de la E/T. en la salud mental de la mujer.

Dichos resultados coincidían con los obtenidos en Inglaterra por Cooper y Blendin (1985).

Como estamos viendo existen numerosas investigaciones que intentan establecer la relación entre E/T. y salud mental de la mujer. Hasta ahora hemos podido apreciar que los resultados de dichas investigaciones no son concluyentes. Es más, a veces parecen ser contradictorios entre unas muestras y otras.

Las investigaciones comentadas últimamente hablaban más bien de influencias negativas de la E/T. sobre la mujer o, en el mejor de los casos, de no existir diferencias entre el grupo experimental (E/T.) y el grupo de

control, como lo indicaban las investigaciones de Cooper y Bledin (1985) y de Who (1985).

Otras investigaciones llevadas a cabo en este mismo contexto de la mujer han producido resultados diferentes de los anteriormente comentados y que vienen a generar una mayor necesidad de análisis y de reflexión e inclusive de una más amplia investigación en este campo.

Smith (1979), investiga a 192 mujeres que habían solicitado E/T. Se hace un estudio previo y posterior a la E/T.

El estudio previo indicó que el 25% de la muestra (32,5 años de media) tenían problemas psiquiátricos, según las pruebas evaluadas.

El estudio realizado un año después de la operación indicó que el malestar psiquiátrico experimentado previamente había disminuido significativamente. Siendo a partir de ese momento el perfil psiquiátrico similar al de la población general.

Cooper, Gath, y Fieldsend (1981) toma una muestra de 201 mujeres que solicitan E/T., con una media de edad de 35,4 años. A dicha muestra se les hace un estudio previo (4 semanas antes) a la E/T. y posterior a la misma (6 meses después).

En el estudio realizado previo a la E/T. las mujeres se quejaban de un fuerte desajuste emocional y psiquiátrico, entre otros.

Los resultados de la investigación indicaron los siguiente:

- Antes de la E/T. el nivel de morbilidad psiquiátrica estaba en un 10,4% y después de la intervención quirúrgica se reducía a un 4,7%. Otros aspectos de la personalidad y relacionales fueron mejorados, pero serán comentados en sus apartados respectivos.
- El nivel de satisfacción por la E/T. se elevaba al 92,8% de los sujetos esterilizados.

Esta investigación realizada por Cooper, Gath, y Fieldsend (1981) es similar a la realizada por Kopit (1976) y Turner y Penfield (1978), tanto en lo que se refiere a la edad de la muestra, como al número de hijos y

en especial a la mejora significativa experimentada en la salud mental de los sujetos una vez realizada la E/T.

Otra investigación original respecto a la muestra y a ciertos objetivos que se investigan es el realizado por Burnell y Norfleet (1986). Realiza la investigación a 297 hombres que habían solicitado vasectomía y 215 mujeres que habían solicitado E/T. Ambas muestras fueron investigadas, entre otros aspectos, respecto a los motivos por los que habían tomado la decisión de hacerse una esterilización. Igualmente fueron investigados sobre factores de salud mental. Las conclusiones fueron las siguientes:

- Casi la mitad de los sujetos eran hijos de familias numerosas.
- Más mujeres que hombres informaron de una historia médica, ginecológica y de problemas psiquiátricos.
- La mitad de las mujeres habían estado embarazadas 4 o más veces.
- Un tercio de las mismas informaron de un reciente embarazo.
- La mayoría de las personas esterilizadas informaron de una historia anticonceptiva insatisfactoria .
- Una vez realizada la E/T., las mujeres mejoraron su ajuste psicológico y dicho cambio fue más general en las mujeres que en los hombres.

Las revisiones de las investigaciones realizadas relativas a la incidencia de la E/T. en la salud mental de la mujer nos llevan a realizar un análisis muy flexible de los resultados.

Es difícil, cuando no imposible, establecer una conclusión única. Los estudios han sido amplios, pero diversos en la concepción y distintos en el ámbito de aplicación y distintas las personas que fueron investigadas como eran diferentes sus culturas, su religión, su concepción de los hijos, de la vida, etc. En consecuencia, tal vez pudiera resultar erróneo esperar conclusiones únicas.

No obstante, nos parece necesario destacar algunas de las conclusiones que dentro de los distintos resultados parecen tener cierta afinidad.

1. Aunque en algunas investigaciones no ha podido ser confirmado, parece detectarse un desajuste emocional y psicológico en la mujer previo a la solicitud de E/T.
2. La mayor edad de la mujer que solicita E/T., treinta o más años, unido a un elevado número de hijos, 3 o más, está más asociado a beneficios psicológicos y psiquiátricos y de salud mental después de la E/T. Igualmente, el nivel de satisfacción por la E/T. realizada es muy elevado.
3. Las mujeres jóvenes, con una media de edad próxima a los 25 años, suelen sentirse menos satisfechas de la E/T. y un porcentaje considerable de las mismas tiende a solicitar la reversibilidad.
4. Las investigaciones aconsejan la conveniencia de información y apoyos previos a la operación.
5. La decisión de E/T. en las edades jóvenes puede estar asociada a factores no de fecundidad, sino a factores ambientales, socio-emocionales y coyunturales.
6. Las mujeres jóvenes (25 años de media), aún con muchos hijos (3 o más), tienden a mostrarse menos seguras y satisfechas con la E/T.

Una presentación resumida de estos estudios puede encontrarse en el siguiente cuadro:

CUADRO 3. Influencia de la E/T. en la salud mental de la mujer

Autor	Año	País	Edad	Hijos	Resultado (vaor./desfav./=)
Kopit	1.976	Usa	33,9	3,8	favorable
Turner	1.978	Ital	33	3-4	favorable
Ballou	1.978	Usa	31,4	2-4	favorable
			25,8	2-4	desfavor.
Ammal	1.983	India	25,7	2-4	desfavor.
Ganesan	1.989	India	25-30	3-4	=
Khorana y Vías	1.975	Ingl.	22-42	3-5	desfavor.
Enoca	1.975	Ingl.	25-42	2-5	desfavor.
Ansari y Francis	1.976	Ingl.	25-40	2-4	desfavor.
Wing	1.977	India	30,4	2-5	desfavor.
Smith	1.979	Ingl.	27.40	3-5	favorable
Cooper	1.981	Ingl.	35,4	2-5	favorable
Ammal	1.983	India	25-32	2-4	desfavor.
Bledin	1.984	Ingl.	32,8	2-5	=
Cooper	1.985	Ingl.	23-45	2-5	=
Who	1.985	OMS	22-45	2-6	=
Burnel	1.986	USA	25-45	3-5	favorable
Ammal	1.986	India	25-32	2-5	desfavor.

Referencias

- Ammal, R. (1983). The effect of post partum sterilization on manifest anxiety. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 305-307.
- Ammal, R. (1983). The effect of post partum sterilization on the personality dimensions of extraversion-introversion and neuroticism-stability. *Indian Journal of Psychology*, 10(2), 308-312.
- Ammal, R. (1986). Effect of post partum sterilization on extraversion, introversion and neuroticism. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 13(1), 51-54.
- Ansari, J.M. & Francis, H.H. (1976). A study of 49 sterilized females. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 54(5), 315-322.

- Ballon, J., Bryson, N. J. (1983). The doing and undoing of surgical sterilization: A psychological profile of the tubal reimplantation patient. *Psychiatry*, 46(2), 161-171.
- Bernot, J; M.L. Dumont; P. Laurent y M.A. Philonenko: *Test de Investigación Psicológica*. MEPSA, Madrid.
- Bledin, K. D., Cooper, V.E. (1984). Psychological Sequelae of female sterilization: short-term outcome in a prospective controlled study: A report from the UK field Research Centre of a Who Collaborative Project. *Psychological Medicine*, 14(2), 379-390.
- Burnell, G.M. & Norfleet, M.A. (1986). Psychosocial factors influencing american men and women in their decision for sterilization. *Journal of Psychology*, 120(2), 113-119.
- Cooper, J. E., Blendin, K.D. (1985). Effects of female sterelization: one year follow-up in a prospective controlled study of Psychological and psychiatric outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 13-22.
- Cooper, P., Gath, D, & Fieldsend, R. (1981). Psychological and Physical outcome after elective tubal sterilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(5), 357-360.
- Enoch, M.D. & Jones, K. (1975). Sterilization:A review of 98 sterilized women. *British Journal of Psychiatry*, 127, 583-587.
- Evans, A. & Mckinlay, I. (1988). Sexual maturation in girls with severe mental handicap. *Child Care, Health and Development*, 14(1), 59-69.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, M. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1968). *Personality structure and measurement*. San Diego, California: Krapp.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1978). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck (E.P.I)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, H.J. (1960). *The structure of human personality*. Londres: Methuen.
- Ganesan, V. & Palaniswamy, K. (1989). Tubectomy and anxiety: An experiment. *Indian Journal of Applied Psychology*, 26(2), 44-49.
- I.P.P.F. (1976). Esterilización masculina y femenina.
- Khorana, A.B. & Vyas, A.A. (1975). Psychological complications in women undergoing voluntary sterilization by salpingectomy. *British Journal of Psychiatry*, 127, 67-70.

- Kopit, S. & Barnes, A. (1976). Patient's response to tubal division. *Journal of the American Medical Association*, 236(24), 2761-2763.
- López de Medina, R. (1990). *Contribuciones a la planificación familiar*. Madrid: Cea.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- Smith, A.H. (1979). Psychiatric aspects of sterilization: a prospective survey. *British Journal of Psychiatry*, 135, 304-309.
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.
- Turner, M. & Penfield, A. (1978). Laparoscopic sterilization at an outpatient clinic. *Public Health Reports*, 93(1), 55-59.
- Who, (1985). Mental health and female sterilization: a follow-up. *Journal of Biosocial Science*, 17(1), 1-18.
- Wig, N.N. (1977). Usefulness of preoperative assessment in the prediction of psychiatric disturbance following tubal ligation. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 4(1), 39-43.