

# ANALISIS DE FACTORES DE SALUD MENTAL EN LA MUJER SOMETIDA A ESTERILIZACION TUBARICA (Analysis of the factors of mental health in the women who have undergone tubal sterilization )

Jiménez, F.; Merino, V. y Sánchez, G. (Universidad de Salamanca)

*Resumen.* Este trabajo ha analizado diferentes factores de personalidad integrantes en la mujer que solicita esterilización tubárica como método anticonceptivo irreversible a través de los Cuestionarios de Personalidad de H.J. Eysenck y S. B.G. Eysenck (EPI), en su adaptación española (TEA) y del Test de Investigación Psicológica de J. Bernot; M.L. Dumont; P. Laurent y M.A. Philonenko (PSY), en su adaptación española (MEPSA). El diseño metodológico de esta investigación fue realizado a través de un análisis comparativo de una muestra de 100 mujeres (edad media = 35 años y 7 meses; media de años de matrimonio = 13 años y 7 meses; y media de número de hijos = 4,11) a las que se les ha realizado la esterilización tubárica como método anticonceptivo irreversible (Grupo Experimental), y una muestra de 100 mujeres (media de edad = 31 años y 3 meses; media de años de matrimonio = 8 años y 10 meses; y media de número de hijos = 2,28) que solicitan un método anticonceptivo reversible (Grupo Control). Los resultados muestran, como más sobresaliente, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Experimental y de Control) con respecto a las variables de Neuroticismo (N-EPI) y de Balance Psicopatológico (PSY).

*Summary.* This work analyzed different personality factors in the women to want tubal sterilization as irreversible birth-control methods across of the Eysenck Personality Inventory of H.J. Eysenck y S. B.G. Eysenck (EPI), in the Spanish adaptation realized by TEA Press, and the Psychological Research Test of J. Bernot; M.L. Dumont; P. Laurent and M.A. Philonenko (PSY), in the Spanish adaptation by MEPSA Press. The methodology design in this research realized across comparative analysis of a sample of 100 women, (mean age = 35 years and 7 months; mean of the children number = 4,11; and mean years of married = 13 years and 7 months), who they underwent the tubal sterilization as irreversible birth-control methods (Experimental Group), and a sample of the 100 women (mean age = 31 years and 3 months; mean of the children number = 2,28; and mean years of married = 8 years and 10 months), who they underwent reversible birth-control methods (Control Group). The results showed, as main thing, the absence of statistical significance between Experimental Group and the Control Group in respect whit the factors of Neuroticism (N-EPI) and Psychopathology Levels (PSY).

## Introducción

El Comité Medico 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, 1.981)

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 ricas 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.

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.

Todo ello originó, 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.

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 ello implicaría 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 METODOLOGICO

### I.1.- Hipótesis

#### 1.1.1.-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 económico, 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 disposición, 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.

## **1.2.- ANALISIS 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.). Hemos adoptado esta denominación (G.C.), como ya se indicó en la primera parte de este trabajo, porque no es un Grupo de Control en sentido estricto, dado que no se cumple la condición básica de asignación al azar y dado que nos consta que no es realmente homogéneo con el Grupo Experimental (G.E.).

### **1.2.1.- 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 1.984 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.

**Tabla I: Identificación de la muestra (%)**

	Gr. Experim (G.E.)	Gr. Control (G.C.)
<b>Edad</b>		
≥ 20-24 años	0	8
≥ 25-29	6	29
≥ 30-34	28	39
≥ 35-39	48	18
≥ 40-44	17	6
<b>Nivel económico</b>		
- Bajo	43	28
- Medio	57	69
- Alto	0	3
<b>Profesión:</b>		
- 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
<b>Nivel cultural</b>		
- Analfabeta	0	0
- Sin estudios	31	12
- Est. Primarios	60	65
- Estudios medios	3	14
- COU	1	7
- Est. superiores	5	2
<b>Población</b>		
- Rural	35	35
- Urbana	65	65
<b>Métodos anticonceptivos</b>		
- Hormonal	19	18
- DIU	6	18
- Barrera	8	4
- Coitus interruptus	67	60
- Otros	0	0
<b>Número de hijos</b>		
- 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 son expuestas en la parte práctica de esta investigación.

### 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.<sup>1</sup>

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 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 tercera 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 disminuida 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:

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

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)<sup>1</sup>.

##### 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 tiene, 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).

##### 1.3.1.1.3.- Descripción de los factores.

#### Neuroticismo-estabilidad (N)

*"Las puntuaciones elevadas en N son indicativas de labilidad emocional e hiperactividad; las personas que obtienen esas puntuaciones tienden a ser emocionalmente hipersensibles, con dificultades para recuperarse después de una situación emocional. Estos sujetos se quejan de frecuentes desarreglos somáticos de poca importancia, tales como jaquecas, trastornos digestivos, insomnio, dolores de espalda, así como manifiestan estados de preocupación y ansiedad y otros sentimientos desagradables"* (Eysenck,1978. pg 9).

Según sigue indicando, dichos individuos serían personas predispuestas a manifestar problemas neuróticos ante situaciones de estrés.

No obstante, según Eysenck (1.978), no deben confundirse tales predisposiciones con una verdadera depresión neurótica (T. distímico. DSM III). Según él mismo afirma, un sujeto puede perfectamente obtener una puntuación alta en la escala N (Neuroticismo) y adaptarse de manera adecuada al trabajo, a la sociedad y a la vida sexual y de familia.

#### **Extraversión-introversión (E)**

*"Las puntuaciones altas en E (Extroversión), significativas en Extroversión, son obtenidas por sujetos que tienen tendencia ser expansivos, impulsivos y no inhibidos, que tienen numerosos contactos sociales y frecuentemente toman parte en actividades de grupos" (Eysenck, 1978. pg.9).*

Por contra, las puntuaciones bajas en E, nos hablan de un individuo tranquilo, retraído, reservado y distante, amigo de sus amigos, pero pocos amigos. Tiende a ser calculador, previsor y no se fía de los impulsos del momento. Controla sus sentimientos y rara vez se comporta de manera agresiva. Tiende al pesimismo, da mucha importancia a los valores éticos y suele ser una persona en la que se puede confiar.

**Sinceridad (S).** Es una escala elaborada a partir de una adaptación de la variable "L" del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

*"La escala está constituida por una serie de cuestiones relativas a pequeñas faltas, morales o sociales, cuya omisión se sabe que es frecuente en casi todas las personas, pero cuya confesión pública o en un cuestionario que va a ser leído puede resultar molesta e inducir a no ser sincero. Estas preguntas, ligeramente embarazosas, poseen una interconsistencia relativamente alta. Sin embargo, la interpretación de la escala, es decir, determinar si realmente mide sinceridad o auténtica asimilación de las normas sociales no es fácil" (Eysenck, 1978. pg.9).*

No obstante, según indica Eysenck (1978), una puntuación directa de 3 o 4 puntos indicaría que los resultados obtenidos en el cuestionario serían de dudosa validez.

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 comprendida entre el Centil 76 al Centil 99 indicará un componente de personalidad más "patológico". 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.

#### **1.3.1.1.4.- Justificación de la elección de la prueba.**

A la hora de elegir una prueba que nos permitiese evaluar de una manera seria y lo suficientemente contrastada por estudios anteriores la ansiedad o neuroticismo del G.E. y del G.C. que pretendíamos investigar, nos surgió la duda entre el Cuestionario de Personalidad (EPI) de Eysenck (Eysenck, 1978) y el STAI (Spielberger, 1982).

En principio, ambas pruebas reunían las condiciones previas que nosotros necesitábamos para investigar las hipótesis motivo de nuestro trabajo. Ambas pruebas habían sido ampliamente validadas y contrastadas en estudios e investigaciones previas. Finalmente se eligió el EPI y no el STAI para evaluar el nivel de alteración emocional y neuroticismo.

Realmente fue una duda que mantuvimos durante mucho tiempo, dado que, como ya hemos indicado anteriormente, ambas pruebas nos parecían válidas, al haber sido utilizadas previamente en estudios similares al que nosotros pretendíamos realizar.

El STAI tenía la ventaja de que era un test rápido, que medía ansiedad (estado-rasgo) y además era una prueba comúnmente utilizada para este tipo de estudios, siendo igualmente



válida para mujeres con un nivel cultural bajo, mayoritario en nuestras muestras.

Como factores en contra, nos parecía que, para lo que nosotros pretendíamos investigar, el factor "Estado" del STAI era demasiado superficial como respuesta al estado emocional de los sujetos que pretendíamos evaluar y que podían ser supuestos desajustes en la personalidad de la mujer, que entendíamos eran factores estables en la personalidad de la misma, como consecuencia de una serie de circunstancias familiares, de pareja y socioambientales supuestamente nocivos para la salud mental de la mujer: número de hijos elevado, inadecuado espaciamiento de los mismos, nivel económico bajo-medio, miedo a posibles embarazos, no utilización de métodos anticonceptivos fiables que podían llevar en las relaciones de pareja a un supuesto espaciamiento de las relaciones sexuales y, en consecuencia, a un posible enfrentamiento entre la pareja, por lo general más propensa a la actividad sexual coital. Pensábamos que la ansiedad "Estado" del STAI podía estar "contaminada" por otros ámbitos de la vida diaria que no tuviesen mucho que ver con lo que nosotros pretendíamos investigar y, en consecuencia, sus resultados no responder a los que nosotros pretendíamos medir, que eran factores de ansiedad y neuroticismo más estables y continuados en el tiempo, pudiendo ser denominados como "rasgos" de personalidad.

En consecuencia, si por lo anteriormente dicho eliminábamos el factor Ansiedad Estado del STAI, por entenderlo como muy sensible a los estímulos cotidianos no necesariamente relacionados con nuestra investigación, nos quedaba como elemento de evaluación y elección el factor Ansiedad Rasgo del STAI y el factor Neuroticismo del EPI, que podían ser ambos válidos para el estudio.

El elegir definitivamente el EPI fue debido a que este nos permitía un mayor número de posibilidades de evaluación y de investigación, ya que junto al factor Neuroticismo (N) se estudiaba el factor Extraversión (E), existiendo, además, un factor de Sinceridad que nos permitiría ratificar la validez de las respuestas; aspecto, por otra parte, que no permitía evaluar el STAI. Además, estos factores que evaluaba el EPI (N,E,S) eran más ricos como elementos valorativos y comparativos con el PSY, que también era aplicado en la investigación como elemento básico de despistaje psicológico-psiquiátrico, muy similar al MMPI, pero más reducido en tiempo y que también evalúa

factores sexuales y de pareja, que son elementos esenciales de nuestro estudio.

No obstante y a pesar de su validez para nuestros objetivos, como ya hemos comentado anteriormente, el EPI como prueba de evaluación y diagnóstico nos ofrecía cierta duda razonable si partíamos de las afirmaciones de su autor en las que atribuye un componente biológico- hereditario al factor "N" y el factor "E". Bajo estas premisas eliminábamos la posibilidad de percibir cambios en la personalidad del G.E. e igualmente renunciábamos a encontrar diferencias de personalidad entre el G.E. y el G.C.

No obstante y a pesar de las afirmaciones que hace Eysenck y sin querer cuestionar en ningún momento la valía de la prueba, dichas afirmaciones no parecían confirmarse en investigaciones previas que nosotros habíamos llevado a cabo. Dicha experiencia estaba fundamentada en el estudio que realizábamos sobre un grupo de mujeres que solicitaban E/T, con una determinada edad, número de hijos elevado, nivel económico bajo, que presentaban niveles de neuroticismo elevados. A la vez, estudiábamos también a un segundo grupo de mujeres, mucho más jóvenes, embarazadas, sin hijos o con pocos (1-2 máximo), con nivel cultural y ocupacional más elevado, en el cual los niveles de neuroticismo estaban muy por debajo de los que tenía el grupo de E/T

Esto no hizo pensar que dado que eran mujeres que compartían una misma zona geográfica, que vivían en el mismo ambiente socio-cultural, etc., si el factor neuroticismo del EPI tuviese una base únicamente biológica, como dice Eysenck, no deberían existir las diferencias tan evidentes que existían en el factor Neuroticismo entre los dos grupos de mujeres que nosotros estudiábamos. Luego, si las diferencias entre ambos grupos eran significativas en el Neuroticismo, era posible que los factores que evaluaba el EPI (Neuroticismo y Extraversión) no solo tuviesen una base biológica y hereditaria, como afirma Eysenck, sino que, según los datos obtenidos, pudiera responder también o ser sensibles en su evaluación a estados emocionales derivados de formas de vida, de evaluaciones cognitivas positivas o negativas sobre el presente y futuro, de habilidades sociales, medios de autorrealización en el medio, ocio, nivel económico, relaciones de pareja, etc., que se hubieran mantenido estables el tiempo suficiente como para que esos factores terminen siendo parte estable de la personalidad y del repertorio de conductas de la mujer. En este sentido el EPI y sus factores de

evaluación (N,E,S,) nos servían adecuadamente a lo que pretendíamos medir.

Además de las razones anteriormente mencionadas, el EPI nos permitía la posibilidad de transformar su factor Neuroticismo a diagnósticos del DSM III (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), lo cual permitía hacer más comprensibles los resultados obtenidos. En este sentido la puntuación obtenida entre el Centil 80-99 tiende a indicar una predisposición a Trastornos Somatoformes (T. por Somatización), mientras que un Centil comprendido entre 65-80 manifiesta predisposición a padecer un T. por Ansiedad (T. Fóbicos o Estados de Ansiedad).

Otro de los motivos que nos ayudaron definitivamente en la elección del EPI estaba, como indica López (1977), en la alta correlación que el cuestionario mantiene con la mayor parte de las escalas de neuroticismo y ansiedad y, por tanto, tiene una validez paralela probada.

Además, la prueba entre sus ventajas contaba con el favor de que sin negar la existencia de factores adicionales al neuroticismo, el neuroticismo y la extraversión, como comenta López (1977), contribuyen a una descripción de la personalidad en el área no cognitiva.

Por otra parte, la utilización del cuestionario implicaba dos ventajas:

a.- *El hacer referencia a una dimensión básica del neuroticismo común a todo neurótico.*

b.- *El detectar una base de reacción neurótica aunque ésta no se manifestase. Este segundo aspecto viene indicado por Eysenck cuando dice: "conviene no confundir tales predisposiciones con la verdadera dimensión neurótica ..." (Eysenck,1978. pg.9).*

Otra razón que nos facilitó la elección de la prueba, es el estudio realizado por Eysenck entre personalidad y conducta sexual (Eysenck,1971), que podía ser igualmente objeto de estudio en nuestra investigación.

En dicho estudio Eysenck (1971, 1976), a partir de su teoría de la personalidad, considera que en el terreno sexual los extrovertidos tienden a buscar una estimulación más fuerte que los ambivalentes y éstos, a su vez, una estimulación más fuerte que los introvertidos. De esta forma, según el mismo autor, cabría esperar, que los introvertidos busquen menos la estimulación sexual, llegando a eludir las formas más fuertes

de estimulación, mientras que los extrovertidos tenderían a buscar con mayor interés los estímulos sexuales, incluso más fuertes.

Por otra parte, si como supone esta misma teoría, los introvertidos son más condicionables socialmente (al suponerseles mayor activación cortical), es probable que tiendan a tener conductas sexuales mejor socializadas y adaptadas, mientras los extravertidos, menos condicionables, tolerarían mejor las conductas sexuales antisociales o desadaptadas.

A partir de este doble razonamiento, como indica López (1991, pg.152), "Eysenck supone, como hipótesis de sus investigaciones en este campo que:

*"- los introvertidos tienen relaciones sexuales antes que los extravertidos.*

*- Los extravertidos tienen relaciones sexuales con más frecuencia que los introvertidos".*

### 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 psicoterapeuta 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 psicoterapeuta 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 inadaptaciones 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. Pero además de la

terminología que utiliza la prueba, por nuestra parte hemos elaborado una adaptación terminológica más actualizada, teniendo como referencia el DSM III, y que expondremos más adelante.

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).

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).

**Cuadro 1: Descripción evaluativa del balance psicopatológico**

	<b>Punt. Total</b>	<b>N (Normal)</b>	<b>L (Lábil)</b>	<b>P (Patológico)</b>
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

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: Hipermotividad, 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.- ANALISIS 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 Estándar, 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 (%).

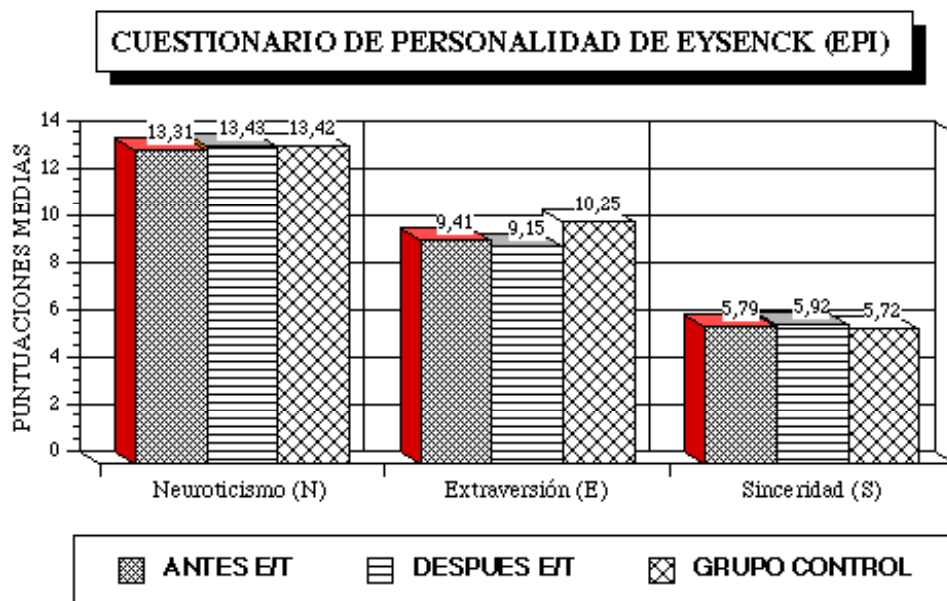
- Otro estadístico empleado ha sido el Análisis de la Varianza (ANOVA) para poder calcular, a través de ella, las diferencias estadísticas existentes entre las diversas variables. Igualmente se han propuesto los niveles de significación del 5 y del 1 %.

- 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.

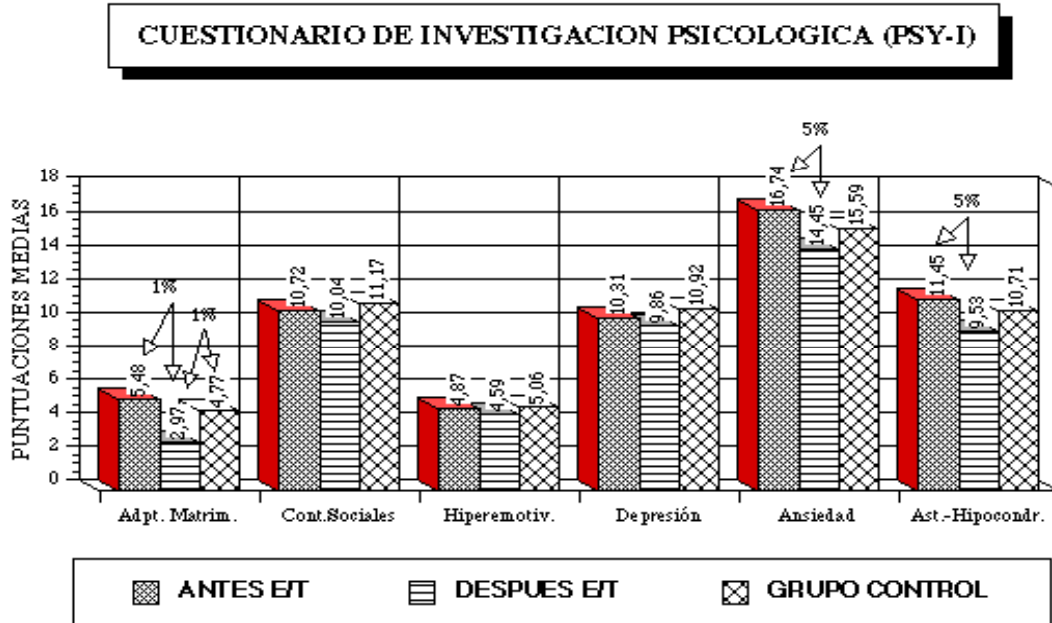
### III.- RESULTADOS

Se muestran los resultados a través de estas cinco gráficas.

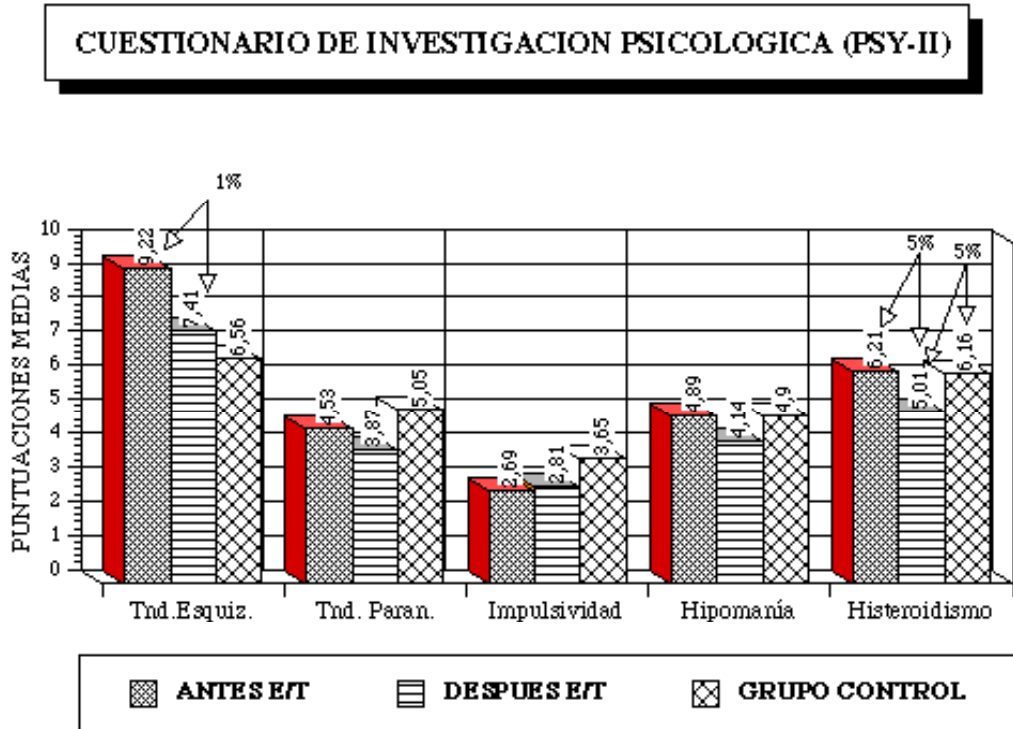
Gráfica I



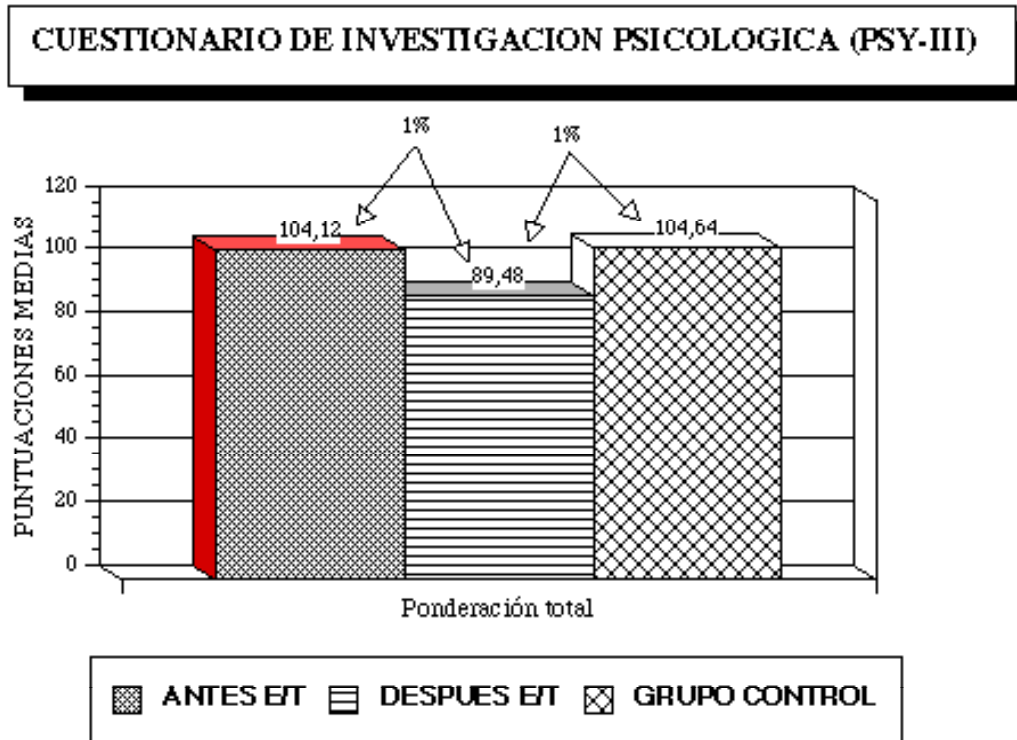
Gráfica II



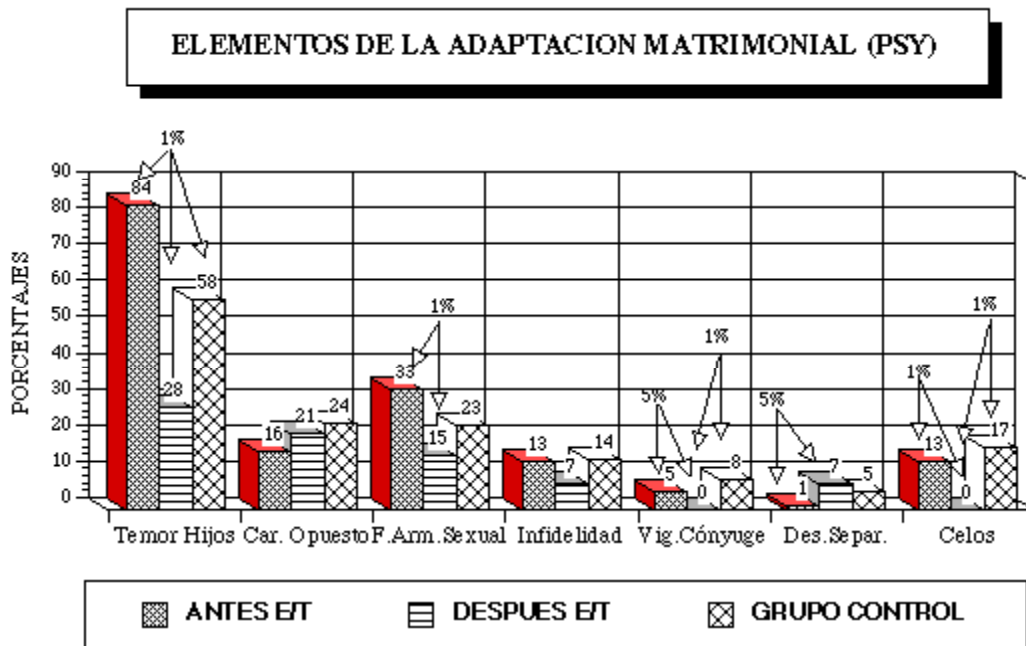
Gráfica III



Gráfica IV



Gráfica V



## 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 espaciado 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 hipomaniacas 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 expondremos 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 espaciamento entre los hijos.

Ballou 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 re canalización 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 occidental. 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 Chandigarh (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 Blendin (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 lo 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 previa 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:

**INFLUENCIA DE LA E/T EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER**

Autor/es	Año	País	Edad	Hijos	Resultado (favor./desfav./=)
Kopit	1.976	Usa	33,9	3,8	favorable
Turner	1.978	Ital	33	3-4	favorable
Ballou	1.978	Usa	31,4 25,8	2-4 2-4	favorable 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.

Ballou, J., Bryson, 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 sterilization: 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*. Pirámide. Madrid.

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1968). *Personality structure and measurement*. Knapp. San Diego (California).

Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1978). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck (E.P.I)*. TEA Ediciones. Madrid.

Eysenck, H.J. (1960). *The structure of human personality*. Methuen. London.

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.
- Lopez De Medina, R. (1990). *Contribuciones a la planificación familiar*. Cea, Madrid.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Díaz Santos, Madrid.
- 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*. Siglo XXI, México.
- 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.