



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS DE LOS CONFLICTOS DE LA PAREJA  
ANTE LA INFERTILIDAD Y LA ESTERILIDAD  
(INVESTIGACION DOCUMENTAL)

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
LETICIA RIOS LOPEZ  
MARIA LAURA ARELLANO COBIAN

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. FRANCISCO MORALES CARMONA  
AUTONOMA DE MEXICO  
DIRECTOR DE LA FACULTAD. DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE, 1993



EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

## RESUMEN

## INTRODUCCION

### CAPITULO 1.— LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD EN EL HOMBRE Y LA MUJER

1.1 Antecedentes históricos	2
1.2 Esterilidad	15
1.2.1 Primaria	21
1.2.2 Secundaria	22
1.3 Infertilidad	24
1.3.1 Primaria	27
1.3.2 Secundaria	28
1.4 Esterilidad masculina	29
1.4.1 Factores físicos de la esterilidad masculina	32
1.4.2 Factores psíquicos de la esterilidad masculina	36
1.5 Esterilidad e infertilidad femenina	45
1.5.1 Factores físicos de la esterilidad e infertilidad femenina	49
1.5.2 Factores psíquicos de la esterilidad e infertilidad femenina	54
1.6 Duelo	59

### CAPITULO 2.— PAREJAS ESTERILES E INFERTILES

2.1 Pareja	69
2.1.1 Concepto	73
2.1.2 Características	76
2.1.3 Conflictos	85
2.2 Pareja estéril e infértil	94
2.2.1 Crisis de la pareja estéril-infértil	98

**CAPITULO 3.- CAMBIOS EMOCIONALES EN LA PAREJA ANTE  
LA ESTERILIDAD Y LA INFERTILIDAD.**

3.1	Sorpresa, Negación, Agresión o Enojo, Aislamiento, Culpa, Depresión, Estrés, Frustración y Ansiedad, Tensión y Angustia, Ajuste, Cambio y Satisfacción Sexual, Duelo y Resolución.	118
3.2	Adopción	143
3.3	Relación Médico-Psicólogo y la Pareja Estéril e Infértil	146

**CAPITULO 4.- ANALISIS Y CONCLUSIONES.** 152

**BIBLIOGRAFIA** 158

**GLOSARIO** 171

## RESUMEN

El presente trabajo corresponde a una investigación documental, basada en la recopilación de información bibliográfica y hemerográfica sobre los conflictos de la pareja ante la infertilidad y la esterilidad. La información obtenida se sistematizó, ordenándola y clasificándola para llegar al análisis, mediante el método analítico-sintético propuesto por Iglesias S. (1976). El objetivo del presente fue analizar los conflictos de la pareja ante la infertilidad y la esterilidad, esclareciendo los conceptos de esterilidad, infertilidad, los factores físicos y psíquicos que presentan tanto el hombre como la mujer ante estas situaciones, conceptos de pareja, pareja estéril-infértil y la crisis emocional que viven éste tipo de parejas ante el diagnóstico, las penalidades del tratamiento y el posible fracaso de éste.

Este trabajo demostró que básicamente en la literatura extranjera, no existe diferencia clara entre los términos de esterilidad e infertilidad; que el proceso de duelo es el aspecto que marca la diferencia entre la pareja estéril y la pareja infértil; que los conflictos responden a los cambios emocionales que sufre la pareja y que una adecuada relación paciente, médico y psicólogo es importante para seleccionar el tratamiento y tratar de resolver el problema en cuestión.

El adecuado manejo de estos conflictos coadyuvaría a que las parejas tengan una relación más plena y se adapten mejor al medio en que se desarrollan.

## INTRODUCCION

En las dos últimas décadas se ha incrementado el número de parejas estériles e infértiles, lo cual influye para que la medicina y la psicología aumenten la calidad y cantidad de estudios al respecto. Calculando que tanto la esterilidad como la infertilidad afectan de un 10% a un 25% de las parejas en etapa reproductiva (Kably y Maya, 1989). Por tal motivo surge el interés por realizar la presente investigación documental.

Las causas de la esterilidad y la infertilidad son tan variadas y a veces tan ocultas que se requiere una exploración más profunda para poder diagnosticar con exactitud. Tanto el hombre como la mujer pueden ser responsables de la falta de progenie y ambos pueden ser estudiados y tratados.

Por un lado las aportaciones de la fisiología y la neuroendocrinología han permitido reducir los casos de esterilidad e infertilidad los cuales se creían eran causados solamente por factores psicológicos (Klemer et.al., 1966; Langer, 1966; Botella, Caballero y Clavero, 1971; Videla y Savransky, 1984; Proccacini, 1988; Morales, 1989; González, 1990; Peralta, 1992). Al incrementarse el conocimiento

biomédico pueden encontrarse más fácilmente causas fisiopatológicas. Por otro lado, aún ahora, no se excluye la posibilidad de que en algunos opere un mecanismo psicosomático como causa del problema en la fertilidad del hombre y la mujer y por ende de la pareja.

El objetivo de la presente investigación documental es analizar los conflictos de la pareja ante la infertilidad y la esterilidad a fin de dar puntos de referencia a los profesionales tanto para la investigación como para el tratamiento clínico de estas parejas.


Para tal efecto se llevó a cabo la revisión de material bibliográfico y hemerográfico para su categorización y clasificación; de esto surge la inquietud por esclarecer ciertos cuestionamientos: las diferencias conceptuales entre esterilidad e infertilidad; los factores psíquicos y físicos más frecuentes en el hombre y la mujer ante problemas de su fertilidad; características generales de la pareja; la crisis emocional que sufren las parejas estériles e infértiles ante el diagnóstico, tratamiento y su posible fracaso y los conflictos que presentan estas parejas.

A partir de lo anterior se elaboró el análisis utilizando el método analítico-sintético planteado por Iglesias S. (1976); el cual consiste en la correlación del análisis y la síntesis, donde el análisis busca los elementos y las relaciones necesarias, y la síntesis de manera dependiente se



integra formando sub-estructuras o nuevos elementos a lo largo del análisis.

Por lo tanto el presente trabajo documental tiene la finalidad de resaltar los conflictos más frecuentes en las parejas ante la infertilidad y la esterilidad, para que el clínico elija el tratamiento más adecuado para el manejo de éstas parejas; y al mismo tiempo promover futuras investigaciones de carácter teórico o empírico sobre el tema.



# CAPITULO I

## LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD EN EL HOMBRE Y LA MUJER

## **1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS**

La fertilidad es un problema que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes. Estatuillas de barro y de piedra de mujeres embarazadas o seres, hombres-dioses, con grandes falos atestiguan que debieron haber sido usados en ritos para propiciar la fertilidad desde tiempos prehistóricos. Siendo esencial en este tiempo la fertilidad en los campos, los animales y del propio ser humano (Larraitz 1980).

La esterilidad y la infertilidad tienen su origen a la par del desarrollo de la familia a través de la historia de la humanidad, cuyas etapas según Morgan (citado por Engels, 1992), se dividen en salvajismo, barbarie y civilización. Se denomina salvajismo al período durante el cual surge el lenguaje articulado, se emplea el fuego el arco y la flecha; el período de la barbarie comienza con la introducción de la alfarería, la domesticación de los animales, la agricultura el uso de los metales y el aprendizaje para el incremento de la producción de la naturaleza por medio del trabajo humano. La civilización es el período en el que el hombre y la mujer siguen aprendiendo a elaborar los productos naturales, dando lugar a la industria.

Según Morgan (citado en Engels, 1992), existen tres formas principales de matrimonio o de familia que corresponden a estos tres estadios. El primero corresponde al salvajismo, en

el cual se establece el matrimonio por grupos, a la barbarie el matrimonio sindiásmico y a la civilización la monogamia Engels (1992), menciona que en el matrimonio por grupos, cada hijo tenía varios padres y madres, ya que los hombres practicaban la poligamia y sus mujeres la poliandria, por tanto los hijos de unos y otros se consideraban comunes.

Bachofen (citado por Engels, 1992), señala que en ninguna forma de familia por grupos se sabía con certeza quién era el padre del niño, pero si quien era la madre, por lo que la descendencia solo podía establecerse por línea materna, lo que se conoce como descendencia matrinal.

Las uniones en grupos, se dieron con menos frecuencia al surgir prohibiciones en el matrimonio, conformándose así la familia sindiásmica, que se caracterizaba por el hecho de que el hombre vivía con una mujer pero que por ser varón tenía privilegios para convivir con otras mujeres y ser infiel ocasionalmente. Por otro lado se exigía la más estricta fidelidad a las mujeres mientras duraba la vida en común, el adulterio se castigaba cruelmente.

Esta forma de vida y de familia empezaba a darle importancia a la procreación. Morgan (citado por Engels, 1992) considera que el matrimonio entre miembros no consanguíneos engendraba una raza más fuerte, tanto en el

aspecto físico como en el mental, lo cual se conoce como exogamia.

Al iniciarse la agricultura el hombre dejó su vida nómada, de cazador-recolector y al mejorar las condiciones de manutención del ser humano, las familias comenzaron a agruparse y a multiplicarse. Tener hijos era una necesidad, para cultivar la tierra, atender y cuidar a los animales, así como para defender el territorio donde habitaban (Larraitz, 1980); los hijos, tenían también su repercusión en los ancianos y difuntos, pues sólo a través de ellos se podía esperar reconocimiento y culto (Peralta, 1992).

El hombre obtenía una posición más importante que la mujer en la familia, a medida que la riqueza iba en aumento, y ante la necesidad de heredar los bienes a sus hijos abolió el matriarcado e instituyó el patriarcado, heredando así los bienes a sus hijos (Engels, 1992).

La familia monogámica se funda en el predominio del hombre, su fin expreso es el de procrear hijos, cuya paternidad sea indiscutible para tener fuerza de trabajo y para adquirir un patrimonio, que se hereda al hijo mayor. Esta se caracteriza porque los lazos conyugales son mucho más sólidos, pues no pueden ser disueltos por el deseo de la mujer; sólo el hombre como regla puede romper estos lazos y repudiar a su mujer. El comienzo de la esclavitud estaba relacionado con la

presencia de mujeres jóvenes y bellas cautivas que pertenecían en cuerpo y alma a su hombre, esto es lo que imprime de carácter específico a la monoandria, para la mujer, pero no así para el hombre (Engels, 1992).

La mujer representaba una inversión para el patrilinaje de su padre y su marido, de ahí que la riqueza se midiera con base en el número de hijos, existían dos elementos que contribuían a garantizar la expansión y continuidad del grupo; eran los hijos y el trabajo del horticultor (Peralta, 1992).

Levi-Strauss (citado en Peralta, 1992), afirma que la mujer era valorada por el número y cualidades de los hijos, cuando una mujer era estéril, el hombre podía tomar a la hermana de su esposa para reemplazarla; la esterilidad, una infertilidad relativa, la frecuencia de abortos, la incidencia en la mortalidad infantil, eran atribuciones que reducían notablemente la categoría de la esposa.

El embarazo y parto eran acontecimientos importantes. Entre los antiguos existían supersticiones, ritos ceremonias, y eventos especiales, por lo que la mujer embarazada los llevaba a cabo para protegerse.

Martin en 1978 dice que la esterilidad como la soltería producían sentimiento de repulsión. Sin duda la pareja o el

individuo sin hijos podía ganarse la vida pero nunca podía alcanzar un estatus dentro del grupo (Peralta, 1992). Se consideraba entonces que una pareja sin hijos había perdido el favor de los dioses, puesto que la habían castigado sin progenie (Larraitz, 1980), causaba una disminución en el patrimonio familiar, la imposibilidad de heredar los bienes y el poder (Peralta, 1992); constituyéndose en una cuestión meramente económica, según Engels (1992), cuando la venta de un lote de tierra no bastaba para cubrir el importe de una deuda, el deudor vendía a sus hijos como esclavos a los extranjeros para cubrir su deuda y satisfacer al acreedor.

Entre los griegos la mujer tenía valor a la par de su fertilidad, por ejemplo, la mujer fuera de la procreación de los hijos significaba para el varón sólo simple servidumbre (Engels, 1992).

Los documentos existentes que narran la historia de nuestro país indican que para la sociedad mexicana, la fertilidad era un aspecto importante desde sus orígenes. Como en todas las sociedades, la familia constituía la base de la cultura azteca, se practicaba la poligamia y estaba regida a través del patriarcado (Soustelle, 1992).

El hombre estaba obligado a cultivar un campo por cada mujer que tenía; por lo general los hombres se conformaban con una sola mujer, los que podían mantener un mayor número

de mujeres eran los varones con mejor posición económica y social (Peralta, 1992).

La mujer azteca no tenía más misión que procrear y atender sus labores domésticas. Cuando una mujer estaba encinta, la noticia originaba en las dos familias grandes muestras de regocijo y fiestas a las cuales se invitaba a los parientes y a los notables del barrio y de la ciudad; se comía, se bebía y se agradecía a los dioses por permitir la fertilidad de dicha mujer. La mujer encinta quedaba bajo la protección de las diosas de la generación y de la salud (Teteoinnan, madre de los dioses y patrona de las parteras y de Ayopéhcatl, divinidad menor femenina que presidía los partos). En las familias de las clases superiores, la futura madre recibía atentos cuidados y contrataban a una partera con gran ceremonia para cuidarla (Soustelle, 1992).

El parto mismo tenía lugar bajo la dirección exclusiva de la partera, quien bañaba y daba masaje al vientre de la paciente. A la mujer que moría durante el parto se le consideraba como "mujer valiente" y se le adoraba, antes de ser sepultada se realizaba una ceremonia para que la difunta pudiera penetrar en la casa del sol donde residían las mujeres guerreras y valientes (Soustelle, 1992).

Entre los aztecas se tenía la creencia de que la esterilidad era un castigo a la promiscuidad y a su vez, la



monogamia era recompensada con la concepción. Los tribunales autorizaban al hombre a repudiar a su mujer si probaba que era estéril o descuidaba su hogar; el abandono del domicilio conyugal por el hombre o por la mujer constituía la disolución del matrimonio (Soustelle, 1992).

Ramírez en 1977, menciona que entre los aztecas la mujer es progenie, no sexo, por el contrario, para los conquistadores colonizadores, la mujer azteca es objeto de sexualidad más no de progenie. La familia la constituye el conquistador con su esposa española. Al engendrar mestizos se favorece el matriarcado.

Ramírez (1977), le adjudica a la mujer dos tipos fundamentales de expresión de su femineidad: realización femenina de tipo genital y realización femenina de tipo maternal; estas dos expresiones pueden encontrarse ausentes, asociadas o trabajando alternativa y antagónicamente. Una realización orgásmica intensa debe acompañarse con la fecundación, de lo contrario se asocia la frigidez con la esterilidad y la infertilidad. Sin embargo, esto no es científico, ya que la concepción no tiene que ver con el orgasmo.

Por ejemplo Ramírez en 1977, nos refiere a Margaret Mead quien hizo un estudio en un pueblo perteneciente al archipiélago polinésico; los Arapesh de Samoa, quienes forman

una sociedad de gente pobre y trabajadora; en dicha sociedad cuando la niña llega a los seis o siete años de edad es prometida a su futuro esposo, el cual es ocho años mayor que ella. Esta se traslada a casa del prometido, quien trabaja en compañía de su familia para mantenerla.

Al llegar la menarca se llevan a cabo diversos tipos de ritos de iniciación, los cuales culminan en el ayuno. Durante éste, es el propio novio quien prepara a su prometida una sopa compuesta con distintas hojas de valor ritual; después de varias cucharadas la novia sigue comiendo sola; a partir de este momento la sociedad los considera marido y mujer (Ramírez, 1977).

Durante las primeras semanas del embarazo de la mujer, el marido está obligado a realizar el coito con más frecuencia, creyéndose que el semen alimenta y hace crecer al feto. En esa cultura las madres suelen ser muy cariñosas con sus hijos y los niños muy bien recibidos en la comunidad; la lactancia es prolongada y la relación entre la madre y el hijo está cargada de afecto. El niño mama cada vez que lo exige, la lactancia se prolonga hasta los dos o tres años de edad (Ramírez, 1977).

A las niñas, se les responsabiliza del cuidado de los menores, es decir, desde muy temprana edad las niñas se identifican con su propia madre. En la vida samoana los

patrones culturales no son particularmente competitivos, se trata de un pueblo alegre y con pocas aspiraciones; concluyendo existen determinadas situaciones vitales que son el resultado de la cultura en la que se vive y no de cambios físicos, pues no se pudo descubrir en esta cultura, esterilidad, frigidez y tampoco transtornos en la lactancia (Ramírez, 1977).

Una cultura contrastante con la anterior, es la que describió Kardiner en las Islas Marquesas; se trata de gente fuerte, alta, hermosa, de caracter violento y orgulloso. La mujer sirve al hombre únicamente de objeto sexual, es muy apreciada y muy odiada por la gran dependencia sexual que el varón tiene para con ella. La mujer para satisfacer al marido principal y a los múltiples maridos secundarios, tiene que renunciar a sus instintos maternales. El periodo máximo de amamantamiento es de cuatro meses, quedando el niño después al cuidado de los maridos segundones (Ramírez, 1977).

En Samoa, donde la niña es bien tratada, bien alimentada, el embarazo es recibido con gusto, En las Marquesas por el predominio de sujetos del sexo masculino, la maternidad es considerada como algo no deseable y molesto; la mujer responde de acuerdo con las demandas que le hace su propia cultura, fecundidad en un caso y esterilidad en el otro. El tipo de conducta procreativa y maternal entre los arapesh es bastante parecida a la conducta procreativa y maternal en

nuestra cultura y medio actual, tanto en clases proletarias como en las sociedades de tipo rural; la maternidad es bien recibida, las prácticas anticonceptivas poco utilizadas y la lactancia amplia y generosa (Ramírez, 1977).

En cambio en lo que se manifiesta en las Marquezas se observa como la caricaturización de nuestra actual cultura occidental, en particular en las clases media superior y alta, y en las zonas urbanas industrializadas. En la cultura mexicana se vive antagónicamente la satisfacción genital y procreativa (Ramírez, 1977).

Conforme el hombre evoluciona sus interacciones sociales se vuelven más complejas, toma consciencia de las normas de vida sexual y de la asociación entre relación sexual y la procreación, por otro lado, el desarrollo económico que posibilitaba la propiedad privada, dió lugar a mejor posición económica, la cual permitía legar bienes a los hijos (Morales, 1989). Actualmente esto es cada vez más difícil, puesto que en los últimos 20 años no ha habido desarrollo.

Así se va conformando una división del trabajo en el núcleo familiar, constituido por los papeles distintos que posee cada sexo. La mujer asume su papel de madre, cuidadora de los hijos, elaboradora de alimentos y en general actividades domésticas; adjudicándole una imagen débil, pasiva, dependiente y sumisa. En tanto que para el varón las

actividades se concentran fuera de la casa a través del trabajo, las actividades relacionadas con la guerra, lo que conforma su imagen de protector, proveedor, fuerte e independiente (Morales, 1989).

Ante estas situaciones la conducta reproductiva denota, la superioridad del hombre y la posibilidad de ejercer un control que le garantice la legitimidad de los hijos, para que éstos disfruten de un legado de riqueza otorgado por la figura paterna. Este aspecto empieza a ser flexible, pues la decisión de tener hijos ya no puede ser exclusiva del varón, sino que se tiene que compartir en la misma medida en que la mujer encuentra nuevos valores fuera de la maternidad y el maternaje (Morales, 1989).

Ya que en estos momentos la inferioridad de la mujer se cuestiona al enaltecer con objetividad que el "sexo debil" puede desempeñar con igual o mayor eficacia. Labores que tradicionalmente eran masculinos; por lo tanto su imagen frente al mundo se revaloriza (Morales, 1989).

Es así, como hoy en día la mujer tiene que distribuir el tiempo entre el trabajo, actividades sociales, culturales y los hijos; encontrándose ante un dilema que en la mayoría de los casos no tiene solución; en este sentido tiene que optar por su condición maternal, satisfaciendo sus necesidades u optar por renunciar a satisfacciones procreativas, por las

gratificaciones de tipo social (Ramírez, 1962; Pérez-Peña, s/a; Benson, 1981; Morales, 1988; Zarate, 1990).

La mujer sin hijos puede ser feliz siempre y cuando su forma de vida sustituya adecuadamente el instinto maternal, por el contrario, si no logra esa sustitución sentirá no haberse realizado como madre y la sensación de desperdicio de sí misma (Langer, 1987).

Actualmente la función procreativa de la mujer, se está transformando y al mismo tiempo limitando por el uso de medidas anticonceptivas, así como por sus intereses sociales y culturales que originan la escasa lactancia y el abandono temprano del hijo (Ramírez, 1962).

La procreación es un objetivo importante dentro del matrimonio mexicano, de ahí que la pareja sin hijos se considera poco feliz, (Peralta, 1992). Esto de algún modo nos indica que la fertilidad aún hoy en día sigue siendo un aspecto importante para el ser humano.

Veevers en 1980 (citado en Larraitz, 1980), menciona que sólo el 5% de las personas casadas en el mundo no desean tener hijos, argumentando que el rol de la paternidad-maternidad continúa siendo uno de los objetivos de la vida para muchos hombres y mujeres. En ocasiones las dificultades económicas, los problemas y las vicisitudes de la vida hacen

poco deseables los hijos; incluso la misma sociedad por el exceso de población demanda el control de la natalidad, en ningún momento se postula que no se tengan hijos. El ideal en el crecimiento de cada pareja es tener de dos a tres hijos, para reponer a los que no procrean (Larraitz, 1980).

Aunque hoy en día exista una tendencia a reducir el número de hijos o a negar el deseo de tenerlos, la fertilidad sigue siendo importante para el ser humano, la esterilidad afecta por tanto el contexto general del mismo.

La esterilidad y la infertilidad se ha considerado entonces, en cualquier época, sociedad y lugar como un castigo a la conducta inadecuada del ser humano; la persona estéril debe ser repudiada, rechazada por la sociedad y hasta por su pareja.

Por lo anterior se piensa que, el concepto de fertilidad y sus antagonismos a través de los tiempos, son considerados como algo muy importante, pues tienen una influencia personal y social que presupone una madurez sexual y el ajuste emocional del individuo. La infertilidad y la esterilidad, son aspectos que han preocupado a las generaciones pasadas y continúan afectando a las presentes, ya que para la mayoría de los seres humanos la reproducción es un evento importante y un proyecto a alcanzar en la vida.

## **1.2 ESTERILIDAD**

En los últimos años se ha incrementado el interés y la preocupación por el aumento en la esterilidad. Los estudios epidemiológicos demuestran que prácticamente se ha duplicado el número de casos de esterilidad; tomando como base a la población general, se calcula que la probabilidad de que ocurra es del 10% a 15%; indicando que en el 40% de dichos casos la causa radica en el hombre y en el 60% en las mujeres. Los pacientes estériles ya no son en su mayoría personas jóvenes, ahora es más probable que sean parejas de edad más avanzada que han usado anticonceptivos orales (o de otro tipo) y ahora están deseosos de tener familia (Benson, 1981).

Por la dificultad que existe de establecer conceptos y definiciones de los términos; esterilidad e infertilidad y el gran número de sinónimos que se manejan con respecto a estos rubros, así como la diferente conceptualización de los autores ante estos términos (Botella, Caballero y Clavero, 1971), se hace necesario mencionar definiciones que esclarezcan estos conceptos.

Botella, Caballero y Clavero (1971), aceptan las definiciones ya establecidas por el Comité de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.), ya que ellos participaron en la redacción de tales definiciones.



Fertilidad la definen como la propiedad de reproducirse los organismos vivos, dando lugar a seres normales, conservando características específicas; Peralta (1992), dice que la fertilidad es la capacidad que tiene el ser vivo para reproducirse, lo cual varía de una persona a otra.

Por otro lado, definen la esterilidad como la falta de fertilidad o la falla de la reproducción, ligada a un concepto de tiempo. Larraitz (1980), menciona que Forsham (s/f), proporciona una definición típica sobre esterilidad siendo ésta la incapacidad para concebir en el curso de una vida sexual activa normal; y la incapacidad del espermatozoide y del óvulo para unirse y formar un cigoto.

La Asociación Americana para el Estudio de la Esterilidad indica que a la falta de embarazo después de un año de coito regular y sin contracepción se le denomina esterilidad (Botella, Caballero y Clavero, 1971; Aguilar-Cortazar, 1992).

Del mismo modo Benson en 1981, y Kably y Maya en 1989, consideran la esterilidad como la absoluta incapacidad para reproducirse, es decir, si una pareja después de un año de realaciones maritales, sin empleo de anticonceptivos, no han conseguido que ocurra el embarazo.

En nuestro país el concepto de esterilidad tiene la misma connotación que para los autores antes mencionados; algunos

autores le dan implicaciones de irreversible y absoluta (Pérez-Peña, s/a).

Con las definiciones anteriores podemos observar que existe un consenso entre varios autores sobre el concepto de esterilidad el cual implica la falta de embarazo, generalmente utilizando el factor tiempo y sin el empleo de anticonceptivos.

Cabe señalar que existen varios tipos de esterilidad (Botella, Caballero y Clavero, 1971):

-Esterilidad fisiológica. El hecho de que no todos los coitos son fecundos, debe admitir que existe una esterilidad fisiológica, la cual se define como la incapacidad temporal de concebir de una mujer, normal y capaz de tener o de haber tenido descendencia.

Por ejemplo; la mujer es estéril fisiologicamente entre la pubertad y la nubilidad, unos años antes de la menopausia, generalmente durante la lactancia, y también es estéril durante la gestación (Mac Leod citado en Botella, 1971), esto es, existen esterilidades temporales en la mujer no ligadas a factores permanentes, Farris (citado en Botella, 1971) demostró que el coito muy repetido agota la capacidad de fecundación del hombre y lo hace temporalmente estéril. Se

considera entonces que no se debe hablar de esterilidad fisiológica sino de una esterilidad temporal.

-Esterilidad patológica. Los mismos autores refieren que este tipo de esterilidad debería conceptualizarse como esterilidad permanente, es decir, la incapacidad de concebir ya sea por factores masculinos o factores femeninos.

-Esterilidad relativa. Denominan esterilidad relativa a la disminución de la capacidad de concebir, sin llegar a la imposibilidad de concepción, este concepto tiene gran importancia en cuanto a la esterilidad humana pues aquí se cuenta con la pareja como factor biológico indivisible. Sucede así que, una mujer con fertilidad disminuida pero no abolida, puede tener hijos con varones de alta fertilidad, pero no con varones con baja o mediana fertilidad, aunque, varones y mujeres subfértiles pueden procrear en condiciones reproductivas muy buenas y favorables. De tal manera que llamamos subfértiles a los sujetos que tienen su fertilidad disminuida sin tenerla totalmente abolida.

Esterilidad absoluta.- la causa es definitiva e irreparable. Este tipo es cada vez es menos frecuente por la intervención del avance de tecnología y conocimientos (Botella, 1971; Procaccini, 1990; González, 1990). Un tratamiento puede corregir la infertilidad pero no la

esterilidad, que es la incapacidad absoluta de reproducirse (Benson, 1981).

Existe otro tipo de esterilidad la que se denomina como esterilidad inexplicable o sin causa aparente (Zarate, 1990; Figueroa-Casas, 1990 y Botella, 1971). La incidencia de esterilidad sin causa aparente es muy variable, desde 1970 se mencionan cifras entre 6 y 27% (Figueroa-Casas, 1990).

Zarate (1990), ha encontrado que en una de cada diez parejas que acuden a consulta por esterilidad no es posible encontrar la causa de ella, lo cual implica que se diagnostique como "esterilidad inexplicable". Se acepta como diagnóstico tentativo en las parejas con ciclos aparentemente ovulatorios, con pruebas endocervicales poscoito normales y permeabilidad tubaria. No existe una terapia racional para este tipo de esterilidad a pesar de haberse intentado todo tipo de tratamientos (farmacoterapia, cirugía, inseminaciones, lavados vaginales, uso temporal del condón y psicoterapia) por lo que la posibilidad de que se logre el embarazo es muy reducida (Botella, 1971).

La esterilidad no solamente se diagnostica en personas que no han tenido hijos (esterilidad fisiológica y esterilidad relativa), en ocasiones las parejas han concebido hijos, y por razones diferentes pierden la capacidad de procrear diagnosticándolas como estériles. Algunos autores manifiestan

que existe esterilidad primaria y esterilidad secundaria (Kably y Maya 1989; Peralta, 1992; Zarate y Mc Gregor, 1987; Ramirez, 1962; González, 1990; Procaccini, 1990).

### **1.2.1 ESTERILIDAD PRIMARIA**

Esta considerada como la más común, en la mayoría de los casos obedece a un trastorno de la ovulación, con menor frecuencia a la obstrucción tubouterina y a las anormalidades en el esperma. Aún si se efectua un estudio minucioso puede permanecer obscura la causa de la esterilidad por lo que se deduce de manera hipotética que puede deberse a cualquiera de las siguientes causas: a) presencia de anticuerpos antiesperma, b) hostilidad cervical, c) alteración psicógena y d) incompatibilidad de la pareja. El hecho de conocer las anteriores causas de esterilidad nos permite seleccionar el orden o métodos diagnósticos para sugerir la terapia adecuada (Zarate y Mc Gregor, 1987). Kably y Maya mencionan en 1989 que, la esterilidad es primaria cuando la pareja nunca ha logrado embarazo. Entonces se habla de esterilidad primaria cuando la persona que desea concebir hijos nunca lo ha hecho (Peralta, 1992).

### **1.2.2 ESTERILIDAD SECUNDARIA**

La esterilidad secundaria se determina analizando los antecedentes del embarazo anterior, habría que observar si este ocurrió sin el auxilio de un tratamiento específico, cuando la esterilidad secundaria se presenta en parejas que no tuvieron dificultad en concebir la primera vez, se procede a investigar de inmediato las causas a las que puede deberse esa esterilidad. Por otro lado si hubo un tratamiento previo, se puede inferir que al aplicar el mismo tratamiento resolverá el problema (Procaccini, 1990).

Aún no se explica la razón, pero resulta que en la mitad de los casos en los cuales se intenta repetir el tratamiento anterior sólo la mitad de ellos terminan en una nueva concepción (Zárate y Mc Gregor, 1987). En este aspecto Kably y Maya (1989), dicen que la esterilidad secundaria es cuando la pareja tiene el antecedente de uno o varios hijos; pero que, actualmente no lo consigue (Peralta, 1992).

A continuación se presenta un cuadro en el que se puede observar más claramente la diferencia entre los conceptos anteriores.

**ESTERILIDAD**

**PRIMARIA**

**SECUNDARIA**

\*NO EXISTE CONCEPCION NI EMBARAZO

\*EXISTE EMBARAZO E HIJO(S)

\*PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIESPERMA

\*SIN AUXILIO DE UN TRATAMIENTO

\*HOSTILIDAD CERVICAL

ESPECIFICO

\*ALTERACION PSICOGENA

\*TRATAMIENTO PREVIO AL EMBARAZO

\*INCOMPATIBILIDAD DE LA PAREJA

\*ALTERACION PSICOGENA

\*ESTERILIDAD PERMANENTE

\*INCOMPATIBILIDAD DE LA PAREJA

\*ESTERILIDAD INEXPLICABLE

\*ESTERILIDAD FISIOLÓGICA

\*ESTERILIDAD ABSOLUTA

\*ESTERILIDAD RELATIVA



### **1.3 INFERTILIDAD**

Al igual que en los conceptos anteriores es necesario establecer definiciones para esclarecer el término de infertilidad:

En primer lugar se menciona que en el diccionario así como en muchos textos médicos la palabra esterilidad e infertilidad tienen el mismo significado, sin embargo debemos esclarecer que estos términos, pues tienen connotaciones diferentes. Botella, Caballero y Clavero en 1971, definen la infertilidad como la falta de descendencia, es decir, el aborto habitual que priva a la mujer de hijos, la muerte habitual del feto y del recién nacido, deben incluirse en la infertilidad.

Por su parte Ruiz de Velasco (1976), dice que la infertilidad es la incapacidad de una pareja para llevar a buen término el producto. Cooper señala que implica un estado reversible a diferencia de la esterilidad que es irreversible (González 1990).

Gutmacher (1969), considera que existe infertilidad en aquellos casos en los que la unión entre el óvulo y el espermatozoide no se produce, también cuando el óvulo fertilizado no se desarrolla normalmente o si el embrión o

feto es expulsado del claustro materno antes de que pueda sobrevivir fuera de él (Larraitz, 1980).

Link y Darling (1986), nos dicen que la infertilidad es la inhabilidad de concebir antes de un año o de llevar a buen término el embarazo, siendo este un tópico de interés para los médicos, clínicos y para la misma pareja infertil. El término infertilidad se utiliza entonces, para definir el estado en el que se logra la concepción, pero no hijos viables (Perez-Peña s/a; Aguilar-Cortazar, 1992).

Maldonado-Gómez (1989) y Cordova-Eguez (1987) y el Manual de Ginecología y Obstetricia (1988), están de acuerdo en que la infertilidad se entiende como la incapacidad para que una mujer pueda llevar a buen término la gestación incluyendo aquellos casos en los que el recién nacido muere en el período neonatal inmediato; comprendiendo la pérdida repetida y consecutiva de los embrazos. Los sinónimos utilizados con respecto a la infertilidad son:

-El aborto habitual.- tres o más abortos espontaneos consecutivos.

-Muerte intrauterina.- aborto espontáneo o nacimiento de feto muerto.

-Muerte intrauterina recurrente.- dos o más fracasos del embarazo consecutivos en cualquier combinación de los fenómenos señalados.

-Suma de muerte intraruterina.- Total de abortos y mortinatos.

-Resultados adversos al embarazo.- relación con los trastornos maternos, abortos espontáneos, mortinatos, malformaciones congénitas, retardo en el crecimiento intrauterino, prematurez y enfermedades neonatales.

El término de infertilidad abarca las siguientes etapas:

- a) Aborto del primer trimestre (con o sin embrión).
- b) Aborto del segundo trimestre o parto inmaduro con feto vivo o muerto.
- c) Parto pretérmino o de término con feto muerto o muerte neonatal.
- d) Malformaciones congénitas repetidas (es necesario que las pérdidas no sean inducidas o que el proceso de trabajo de parto y parto no existan).

Otro de los aspectos a considerar en éste concepto es la infertilidad primaria y la infertilidad secundaria.

### **1.3.1 INFERTILIDAD PRIMARIA**

La infertilidad primaria se determina por los abortos continuos o habituales donde existe la presencia de algún síntoma, el cual ha sido manejado por la literatura psicológica y la cual menciona que pueden ser: fobias, acontecimientos relevantes en la infancia, padre "psicológicamente ausente", la relación existente entre madre-hija etc., y la incapacidad de llevar a buen término el producto (Videla y Savransky, 1984).

### 1.3.2 INFERTILIDAD SECUNDARIA

Videla y Savransky (1984), utilizan el término esterilidad, sin embargo, para esta investigación se considero que este aspecto debería caer dentro del concepto de infertilidad ya que nos dicen que la infertilidad secundaria, denominada también pasajera o de poca duración, con ciclos menstruales carentes de ovulación, pueden lograr formar un cigoto entre el óvulo y el espermatozoide y llevar a buen término el producto.

A continuación se presenta un cuadro en el que se establecen las diferencias entre la infertilidad primaria y secundaria.

INFERTILIDAD	
PRIMARIA	SECUNDARIA
*PASAJERA O DE Poca DURACION	*ABORTOS CONTINUOS
*CICLOS MENSTRUALES CARENTES DE OVULACION	*ABORTOS HABITUALES
*FORMA UN CIGOTO Y LLEVA A BUEN TERMINO AL PRODUCTO	*INCAPACIDAD DE LLEVAR A BUEN TERMINO EL PRODUCTO
*ALTERACIONES PSICOGENAS	*ALTERACIONES PSICOGENAS

#### **1.4 ESTERILIDAD MASCULINA**

La esterilidad por cuestiones culturales generalmente ha sido asociada al sexo femenino, hasta la segunda mitad del siglo XX es cuando existe la preocupación más abierta por la esterilidad masculina, la cual resulta ser un campo de investigación interesante y virgen en muchos aspectos (Peralta, 1992).

Es por ello que sin duda, durante largo tiempo el estudio del hombre en el área de la fertilidad humana ha sido poco o nada estudiado. Los avances de la ciencia han ido brindando mayor conocimiento de la biología genital del hombre y por ende de la pareja superando el desconocimiento sobre la esterilidad e infertilidad atribuida en épocas anteriores como causas de factores externos; dioses o fenómenos naturales (Videla Savransky, 1984).

En los últimos 20 años se han producido cambios radicales en el campo de la esterilidad masculina. Dado que, la afirmación de que en el 40% de los casos el hombre puede ser el causante de la esterilidad de la pareja, incrementó los estudios sobre la fisiología del sistema reproductor masculino (Martini, citado por Rodríguez-Ogaz, 1992). González en 1990, indica que hasta un 10% de los transtornos de la fertilidad pueden ser parcial o completamente explicados en base a una disfunción sexual masculina. Así

pues, de una manera aproximada se estima que en una de cada dos parejas, la esterilidad es de origen masculino (Netter y Thibault, 1972).

La capacidad de reproducción en el hombre principia aproximadamente a los 16 años y la declinación de la fertilidad se inicia más o menos a los 45 años , pero existen casos de hombres que han engendrado hijos después de los 80 años de edad (Benson, 1981).

El hombre tiene normalmente de 60 a 200 millones de espermatozoides por ml. de esperma, y el eyaculado tiene de 2 a 5 ml. Estos espermatozoides deben ser móviles, al menos, en una proporción del 70%, así como un 70% de ellos debe presentar una morfología normal. Si de 20 millones por ml. el 80% son móviles y normales el esperma tiene un poder fecundante adecuado (Netter y Thibault, 1972).

Es fundamental, conocer la fisiopatología del aparato reproductor masculino y las distintas técnicas de diagnóstico con que se cuenta actualmente para poder hallar el factor causal y de esta manera aplicar tratamientos adecuados (Carrere, 1990); del mismo modo es importante establecer un diagnóstico integral, en donde la historia clínica sea lo más completa posible; abordando antecedentes, familiares, personales, patológicos, maritales y sexuales (Giner, 1976).

Es esencial el diagnóstico de los factores que provocan la esterilidad masculina, para que de esta manera se puedan distinguir aquellos pacientes cuya esterilidad no puede ser tratada (alteraciones cromosómicas, aplasias germinativas, trastornos morfológicos específicos del espermatozoide), de aquellos cuyas soluciones serán quirúrgicas (varicocele, obstrucciones o agenésias de la vía seminal) y de los que pueden ser sometidos a tratamiento médico (Carrere, 1990).



#### **1.4.1 FACTORES FISICOS DE LA ESTERILIDAD MASCULINA.**

Las alteraciones en la capacidad reproductora del varón corresponden a defectos específicos anatómicos o funcionales que son a veces susceptibles de corrección; el estudio andrológico no siempre, es lo más completo posible, sigue una serie de lineamientos que facilitan el reconocimiento de dichas alteraciones (Villanueva-Díaz y Díaz-Pérez, 1989).

Los diversos autores revisados ennumeran factores causales de esterilidad en el hombre (Botella, 1971; Larraitz, 1980; Benson, 1981; McCary, 1987; Villanueva-Díaz y Díaz-Pérez, 1989; Carrere, 1990; González, 1990; Zarate, 1990; Peralta, 1992; Velilla, 1990; Rodríguez-Ogaz, 1992), los cuales se explican a continuación:

a) Alteraciones en el descenso testicular. Cuando esto aparece debe conocerse cual fue el tratamiento y a que edad se aplicó, sobretodo cuando es bilateral ya que esto puede ser causa de esterilidad en un alto porcentaje.

b) La edad de la pubertad indica si la maduración del eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, es adecuada o no.

c) Orquitis urliana (inflamación del testículo), ya sea unilateral o bilateral. Se acompaña de un fuerte dolor y afecta al testículo en forma progresiva, pudiendo llegar a la fibrosis completa.

d) Traumatismos testiculares. Su intensidad y efecto sobre el contenido escrotal serán los que determinen la trascendencia del dato.

e) Padecimientos que incluyen enfermedades venereas en especial uretritis, la repercusión que ésta puede tener sobre el sistema reproductor debe ser evaluada en forma integral mediante el examen bacteriológico de la secreción del semen y de orina.

f) La tuberculosis origina alteraciones genitourinarias o epididimostesticulares, las cuales rara vez se observan.

g) Nutrición deficiente.

h) Pene y uretra. Las malformaciones congénitas y las cicatrices pueden hacer imposible la erección y el coito. Las cicatrices en la uretra suelen impedir la eyaculación.

i) Varicocele e Hidrocele. Pueden alterar la maduración espermática al elevar la temperatura escrotal.

j) Coital. La penetración vaginal del pene puede ser incompleta por anomalías congénitas en la apertura de la uretra u obesidad extrema.

k) Prostata y vesículas seminales. El fluido producido por estos órganos sirve de vehículo a los espermatozoides. Solamente 5% de la eyacuación está constituida por semen.

l) Epidídimo y vasos deferentes. Estas estructuras tubulares permiten la emigración del esperma, de los testículos a las vesículas seminales, y proveen elementos para la nutrición o la maduración de éste.

m) Después del uso de drogas antidepresoras, se acelera la producción de esperma y disminuye la fecundidad, la cual se manifiesta por el aumento en el apetito sexual.

n) La exposición al calor excesivo, como el producido en los cuadros febriles o baños calientes frecuentes puede afectar de manera adversa la producción y movilidad de los espermatozoides.

ñ) El uso prolongado o intenso de marihuana afecta la esterilidad masculina, reduciendo significativamente la producción de testosterona y de espermatozoides.

o) Modificaciones en el volumen, movilidad, y número del eyaculado que se manifiesta de las siguientes maneras:

- Azoospermia.- ausencia de espermatozoides
- Oligospermia.- disminución del número de espermatozoides.
- Astenospermia.- disminución de la movilidad de los espermatozoides
- Oligo-astenospermia.- disminución en el número y movilidad de los espermatozoides.
- Teratospermia.- presencia aumentada de formas anormales de

**espermatozoides.**

**-Necrozoospermia.-** la totalidad de los espermatozoides muertos.

**-Hipozoospermia.-** disminución en el volúmen del semen.

#### **1.4.2 FACTORES PSIQUICOS DE LA ESTERILIDAD MASCULINA**

En nuestro medio los aspectos socio-culturales contribuyen de forma muy importante para que aparezcan alteraciones en la relación de pareja y en el individuo que las padece. Esta depende de la dinámica que previamente se ha establecido, se modifica el equilibrio, ya que al perder la posibilidad procreativa, disminuye la imagen de potencia, capacidad y fortaleza del hombre, hechos que llevan a un nuevo arreglo en la jerarquía de la relación (Morales, 1988).

En algunos casos el varón es devaluado por su mujer, llegando incluso hasta el desprecio; es un hombre que "no sirve", y por ende "ya no es capaz" de seguir siendo cabeza de familia.

Por otra parte, el hombre se ve obligado a modificar su proyecto de vida y sus expectativas, ya que se le ha enseñado que su valor está en la capacidad de tener hijos ("soy padre de más de cuatro"), de mostrar su virilidad y desde luego es la forma más clara de trascender. La esterilidad con frecuencia provoca un estado depresivo que va ligado al autoconcepto afectando la dinámica que se genera en la vida en común utilizando mecanismos muy variados con la finalidad de disminuir la angustia, y que dependen fundamentalmente de la personalidad de cada individuo (Morales, 1988).

El negarse o vacilar a someterse a un examen de semen, la incapacidad para llevar a término el coito para un examen poscoital, manifestar antecedentes de problemas en el ajuste sexual, o una actitud de culpar a otros son signos que reflejan posibles problemas inherentes a la evaluación de la esterilidad (Seibel y Taymor, 1982; Peralta, 1992), es frecuente que el paciente encuentre dificultades para continuar un tratamiento médico y psicológico, pues estará presente la fantasía del fracaso terapéutico y por ende la confirmación de que todo aquello que conforma la imagen de sí mismo, de la pareja y desde luego su rol social, se ve afectado. De ahí que sea más funcional negar un problema que enfrentarlo (Morales, 1988).

Es claro que en el hombre el hecho de ser estéril, tiene mayor relevancia, ya que lo que se pone en tela de juicio es su virilidad y su concepto de hombre, aunque desde luego una no tenga que ver con la otra (Morales, 1989).

Sin negar lo trascendental del fenómeno procreativo, es necesario indicar que el impacto emocional que se sufre, no es a consecuencia de su importancia sino al valor que ello representa para el hombre, en términos de aceptación y valor social, ya que para la sociedad es de mayor valor procrear un hijo que la ejecución del papel parental (Morales, 1989).

Langer (1987), al respecto dice, que el hombre generalmente siente amor, excitación, necesidad del acto sexual, en el cual se centra su participación biológica en el proceso de la procreación; siente el afán psicológico de ser padre, pero no establece una relación directa entre su deseo genital y una posible paternidad. Sus sentimientos paternos no pueden ser interpretados como manifestaciones de un instinto de paternidad, sino que corresponden a causas y necesidades meramente psicológicas, de autoafirmación masculina.

Cuando se habla del impacto emocional en la reproducción, es imposible que sea apartado del contexto social y de la historia ontogenética del individuo (Morales, 1989).

Peralta (1992), realizó un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), para observar la personalidad de los hombres estériles y el impacto emocional que les causa la falta de descendencia, y encontró que los pacientes estériles utilizan principalmente la fantasía y los mecanismos obsesivo-compulsivo. Confirmó que la esterilidad produce cambios en la personalidad o bien acentúa características que desequilibran el estado emocional, físico y la interacción con el ambiente. También encontró que utilizaban principalmente mecanismos, tales como: la fantasía, el aislamiento, defensas de tipo obsesivo y tendencias a manifestar quejas somáticas. Las características de

personalidad que presentan los hombres estériles están influenciadas amén del factor cultural.

Peralta (1992), señala que, el perfil de los varones estériles presenta una necesidad de impresionar en forma favorable a través de apegarse a lo socialmente establecido, actitud que les permite, por un lado negar que la esterilidad les afecta emocional y físicamente y por otro frenar el rechazo social que perciben del medio.

Los hombres estériles utilizan la racionalización y la intelectualización para justificar la falta de descendencia o bien niegan el impacto emocional que sufren ante ésta; tienden hacia intereses materiales, presentando dificultades para expresar sus sentimientos, aspecto muy fomentado en el varón mexicano (Weissman, 1981 citado por Peralta, 1992). Los varones estériles se sienten ansiosos, agitados, tensos y en ocasiones irritados. No son lo bastante eficientes para llevar a cabo sus responsabilidades carecen de originalidad en sus pasatiempos y son estereotipados en la solución de problemas. Son básicamente personas dependientes e ineficaces.

Estos individuos desean mostrar un buen autocontrol de sus emociones, equilibrio, seriedad, madurez en la forma de enfrentar la vida, e integridad, tienden a mostrarse irritables, poco tolerantes, de tal manera que son suspicaces



con los intereses de los demás y evitan así el compromiso emocional profundo (Peralta, 1992).

Esta actitud, le permite a este tipo de pacientes evitar el cuestionamiento de los demás acerca de su virilidad, su papel sexual y social como varón, ya que se sienten en desventaja con respecto a las personas que tienen hijos. Es una forma de evitar el rechazo que perciben de los demás, ya que como se sabe, la esterilidad desde la antigüedad es un hecho descalificado por la sociedad, ésta no es socialmente aceptada ni común, a la mujer estéril e infértil se le compadece, se le protege o repudia, y al varón estéril se le rechaza y discrimina.

Gringberg (citado en Peralta, 1992), considera que a los varones estériles estudiados les impacta en mayor grado la esterilidad que a las mujeres, pues la ansiedad y la depresión son estados de ánimo que tienden a funcionar como señal de alarma frente a ciertos peligros.

Esto reafirma lo que dice Mahlstedt (1985), quien comenta que la esterilidad es percibida de manera opuesta entre hombres y mujeres ya que afecta de diferente forma a los mismos. Por un lado el hombre estéril se siente poco culpable de que la esposa quiera divorciarse y de no lograr la concepción, el por su parte no se siente tan deprimido e insatisfecho como la mujer.

En el estudio realizado por Larraitz en 1980, encontré que en los esposos existía impotencia, que se intensificaba en los días fértiles del mes, manifestando quejas somáticas y disgustos en la pareja. Bullock (1974), en su investigación señala que la impotencia psicógena es una bien documentada causa de esterilidad, sin embargo, la disfunción sexual ocasionalmente puede desarrollarse durante una evaluación de la esterilidad, como el resultado de las demandas del desempeño sexual que el hombre puede ser incapaz de llevar a cabo. En algunas parejas una investigación extensiva puede producir o exacerbar la impotencia.

Zarate (1976), considera a la impotencia sexual como:

- a) Somática
- b) Psicológica

Los factores emocionales posiblemente afectan negativamente la fertilidad en el hombre. Más del 10% de hombres estériles han tenido prolongados periodos de tratamiento. Por ejemplo, el estrés emocional puede dar como resultado la oligospermia (Seibel y Taymor, 1982)

Varios autores han propuesto explicaciones psicológicas para la oligospermia administrando epinefrina intravenosa para reducir la producción de testosterona, el exceso de secreción de epinefrina y corticoides por la adrenalina pueden influir sobre el hipotálamo, hipófisis o directamente los testículos. Palti (citado por Seibel y Taymor en 1982)

reporta cuatro tipos de alteraciones influenciadas por factores psicológicos en la infertilidad masculina; impotencia, falsa eyaculación, eyaculación precoz y oligospermia. El efecto más obvio del estrés emocional en la esterilidad masculina es la ocurrencia de la impotencia, se estima que en más del 10% de esterilidad puede ser particular o completamente explicada por las bases de la disfunción sexual masculina.

En nuestra cultura se equipara potencia sexual con función genésica, y el hombre siente por lo tanto, la esterilidad como un signo revelador de su impotencia. Necesita del hijo para demostrar a los demás, y a sí mismo la vigencia biológica de su virilidad (Videla y Savransky, 1984).

Así también la esterilidad despierta intensas ansiedades persecutorias y depresivas, por la equiparación de lo viril con lo genésico; es frecuente observar que la esterilidad del hombre suele estar acompañada de cuadros depreivos, impotencia laboral, bloqueo afectivo u otros síntomas (Videla y Savransky, 1984).

No debe olvidarse que hay muchos varones en los que una causa psíquica, a veces muy compleja y sin tener ninguna lesión orgánica o trastorno endócrino, presentan una impotencia emocional que, hace creer en una verdadera esterilidad matrimonial psicossomática. Rowan y Howley han

descrito casos de erección sin eyaculación, y Kroger, de oligospermia de origen psíquico, presumiblemente por espasmo de los conductos eferentes (Botella, Caballero y Clavero, 1971).

Evidentemente, el hombre, por vía hipotálamo-hipofisiaria, puede tener una insuficiencia testicular, pero esto da la impresión de que es mucho menos frecuente que en la hembra. También un espasmo de los conductos deferentes podría dar lugar a una obstrucción funcional y a una azoospermia. Sin embargo, se tiene la impresión de que éstos no sean mecanismos frecuentes. En cambio, Farris (Citado por Botella, 1971), menciona que los hombres que realizan coitos muy frecuentes agotan su capacidad espermatogénica. En matrimonio estériles es frecuente que la actividad sexual se redoble en la falsa idea de que así aumentan las posibilidades de fecundar.

Por todo lo anterior, y en el mismo sentido en que Botella, Caballero y Clavero en 1971 llegan a una conclusión, se considera que, aunque al parecer difícil; el que existan casos de esterilidad de origen psíquico, nos parece indudable. Pero delimitarlos parece mucho más complicado. Por otro lado, la vida moderna con sus tensiones crea un freno a los procesos reproductivos, es una verdad ecológica que afecta a todas las especies, pero en tanto no progrese en cuanto al psicodiagnóstico, así como en las técnicas médicas

de exploración de la reproducción, será difícil fijar metas para darle alcance al problema.

### **1.5 ESTERILIDAD E INFERTILIDAD FEMENINA**

La mujer participa biológicamente más que el hombre en el proceso de la reproducción. No solo contribuye como él con una célula germinal, sino que además aporta el escenario donde ha de verificarse la fecundación y el terreno nutritivo ulterior en el que han de realizarse la anidación y el desarrollo (Botella, Caballero y Clavero, 1971).

Paralelamente a esta mayor participación encontramos una mayor responsabilidad de la mujer en los fracasos de la reproducción. La mayor frecuencia corresponde a las mujeres que tienen entre 25 y 29 años, seguidas por las mujeres de 30 a 34 años de edad; generalmente las mujeres no se impacientan por tener hijos hasta las edades anteriormente indicadas, es entonces cuando acuden al ginecólogo o al especialista en esterilidad e infertilidad (Botella, Caballero y Clavero, 1971).

La vida procreativa de la mujer se está transformando en algo precario y limitado, ya que existe un deseo por controlar la maternidad, pues actualmente la mujer está interesada más abiertamente por la satisfacción sexual, social y cultural (Ramírez 1962)

Así que cada mujer vivirá su ciclo sexual, ovulación y menstruación y sus reacciones procreativas, de acuerdo a su

particular historia personal. El conflicto entre el deseo procreativo y el temor a embarazarse las hace reaccionar con sentimientos ambivalentes, por un lado frustradas por el deseo de concebir, por el otro liberadas de un temor (Ramírez, 1962).

La mayor parte de las teorías que hablan del ejercicio de la maternidad dan por supuesto que es algo natural y funcional; a nivel social, biológico y psicológico. El ejercicio maternal de las mujeres es un hecho biológico; entonces, se visualiza como un hecho natural (Chodorow, 1978).

Las experiencias fisiológicas de las mujeres (el embarazo, la menstruación, el parto, la menopausia, la lactancia); son sin duda aspectos biológicos importantes en la vida de la mujer. En nuestra sociedad y en muchas otras se les da un fuerte significado social y psicológico (Chodorow, 1978)

La mujer actual que se adapta totalmente a una sociedad antiinstitutiva y antimaternal sufrirá, de alguna manera, las consecuencias, siempre que no sepa integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre. Y esta integración a menudo no será fácil de alcanzar (Langer, 1987).

Antes sabía que la finalidad de su vida era casarse y tener hijos. Actualmente la maternidad ya no es tan deseada, dada

nuestra organización social -con el trabajo femenino, la crisis de vivienda, el elevado costo de la educación de un niño- el nacimiento de un hijo es sentido a menudo más bien como un estorbo económico y social, que como una alegría. La mujer, para dar valor a su vida, tiende a buscar nuevos contenidos. El ideal de la maternidad se ha sustituido por múltiples ideales, distintos en cada esfera social, en cada ambiente y muy frecuentemente en pugna con la maternidad.

Las normas de vida de una mujer casada de clase media, no están bien establecidas y se ve avocada a muchos problemas de orden práctico, en su intento de conjuntar la vida profesional con la del hogar; ella debe afrontar exigencias del medio ambiente mayores de las que se le piden al hombre. Atender bien la casa y a su marido, dedicarse a la crianza y educación de sus hijos y simultáneamente cumplir fuera de su casa con un horario de trabajo igual al del hombre. Al mismo tiempo se espera dedique parte del tiempo a su arreglo personal y corporal (Langer 1987; Borbolla-Hano 1982).

La mujer hace el intento por coordinar todas estas tareas, y no le es posible cumplir con todo, por lo que sufre por su supuesta incapacidad y se siente culpable frente a su marido, sus hijos y su jefe; se reprocha a sí misma por no rendir todo lo necesario.



Por otro lado la mujer que prefiere ser ama de casa, puede vivir una vida "femenina" pero limitada y restringiendo el número de hijos, pero ni ella, ni la mujer que trabaja gozan bien su maternidad.

Las madres de hoy en día sometidas a una sociedad altamente civilizada y competitiva se han resignado a reprimir su ternura maternal, pues únicamente con autorización médica se animan a manifestarla.

Todo lo dicho hasta ahora se refiere a la mujer que, a pesar de todas las dificultades externas e internas, logró su maternidad, pero muchas no alcanzan ésta realización. Langer (1987), reporta que un 20% de las mujeres estadounidenses llegan a la menopausia sin haber tenido hijos, quedando frustradas y truncadas por no haberse realizado como mujer o madre.

La mujer que está en conflicto puede expresarlo en diferentes terrenos, puede tener dificultades con los hijos, sufrir distintos trastornos en su vida procreativa o puede esquivar del todo la maternidad.

En la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos que va desde la menarquía hasta la menopausia, pues se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad (Langer, 1987).

### **1.5.1 FACTORES FISICOS DE LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD**

#### **FEMENINA**

La concepción sucede con mayores probabilidades cuando la ovulación se ha establecido en forma prácticamente regular, es decir, en el período comprendido después de la adolescencia hasta cinco u ocho años antes de presentarse la menopausia (Benson, 1981).

El embarazo y el parto normales de un feto viable dependen de la sucesión de los hechos siguientes: a) el óvulo fértil es expelido del ovario, b) el óvulo consigue introducirse en la trompa de falopio en el curso de pocas horas, c) tiene lugar la inseminación y los espermatozoides emigran hacia la trompa, d) la fertilización del óvulo ocurre en la porción externa de la trompa e) el óvulo fertilizado se implanta y desarrolla en sitio favorable del endometrio, f) la maduración prosigue normalmente hasta alcanzar el parto (Benson, 1981).

Los diversos autores consultados señalan que la esterilidad e infertilidad femenina puede obedecer a las siguientes causas:

(Botella, 1971; Netter y Thibaolt, 1972; Larritz, 1980; Benson, 1981; Videla y Savransky, 1984; McCary, 1987; Langer, 1987; Kably y Maya, 1989; González, 1990; Zarate, 1990; Arrighi y Cogorno 1990; Peralta, 1992; Rodríguez-Ogaz, 1992).

a) Disfunción del sistema hipotálamo- hipófisis-ovario, que trae como consecuencia varias alteraciones:

-La anovulación.- es la manifestación de los trastornos que ocurren en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, la cual puede ser ocasional y constante.

-Psicógena

-Deficiencia selectiva de gonadotropinas

-Abuso de alcohol y drogas

-Obesidad

-Anorexia Nervosa

-Tumor hipofisiario

b) Factor tubárico.- La obstrucción de la luz tubaria obedece casi siempre a una infección pero también pueden presentarse casos congénitos de atresia o de falsas vías. En pacientes con esterilidad primaria la obstrucción tubaria bilateral tiene tres de cuatro posibilidades de corresponder a una tuberculosis genital.

c) Factor cervical y uterino.- Los trastornos a nivel de cuello uterino pueden ser la causa de la esterilidad, según diversas estadísticas, aproximadamente del 5% al 10% inciden en este factor aún cuando no se encuentra claramente limitado ni es fácil de identificar, las causas más frecuentes son:

-Anomalías congénitas o de desarrollo.- (doble cervix, incompetencia del orificio), pueden impedir el avance de los espermatozoides o ser causa de aborto.

-Los tumores cervicales.- (Polipos, miomas) pueden obstaculizar parcialmente el paso de los espermatozoides y causar escurrimiento que puede hostilizar al espermatozoide.

d) Alteraciones funcionales.- El moco cervical actúa como una barrera física y sirve como medio de discapacitación espermática. Cuando existe una deficiencia en el moco se observa como causas la insuficiencia estrogénica o infecciones cervicales. La cervicitis da lugar a secreciones viscosas, ácidas y a veces purulentas que afectan a los espermatozoides.

e) Alteraciones uterinas.- Las anomalías congénitas del cuerpo uterino (hipoplasia, útero bicorne o tabicado), previenen la maduración normal a la viabilidad, reduciendo la capacidad del útero.

-Los tumores uterinos (pólipos, miomas) adelgazan el endometrio, causan hemorragia y flujo, alteran la circulación sanguínea y distorsionan o reducen la capacidad uterina.

-Los padecimientos endometriales (pólipos, endometritis, refracción a los estímulos hormonales) impiden la nidación o el desarrollo del embarazo

f) Alteraciones ováricas.- Las anomalías congénitas (por ejemplo, disgenesia ovárica) están asociadas a insuficiencia ovárica primaria.

-Las infecciones del ovario pueden causar infertilidad por prolongar la fase preovulatoria y por acortar o eliminar la fase secretora del ciclo. El engrosamiento de la albuginea ovárica producido por infección crónica, impide la expulsión del óvulo.

-Los tumores del ovario (poliquistosis ovárica) pueden alterar la función o destruir el órgano. Cuando un estado de anovulación se mantiene por un tiempo determinado, tiende a la formación de ovarios poliquísticos.

-La endometriosis altera la arquitectura ovárica y deteriora la función gonadal. Es un padecimiento que se origina por la proliferación del endometrio fuera de la cavidad uterina.

g) Alteración coital.- Las duchas, lubricantes y antisépticos, desodorantes, pueden diluir inactivar o destruir a los espermatozoides.

h) Hay pruebas que sugieren que el fumar marihuana altera las concentraciones de hormonas femeninas debido que se puede experimentar una suspensión del ciclo menstrual.

i) La edad de la mujer tiene importancia muy significativa sobre su capacidad para concebir, la fertilidad natural de

una mujer disminuye progresivamente desde los primeros años de la tercera década de su vida hacia adelante. Si a las mujeres de 20-24 años de edad se les adjudica una fertilidad de 100%, las mujeres de 25-29 años de edad tendrán 93%, las de edad de 30-34 años 85%; aquellas con edad de 35-39 un porcentaje de 69%; aquellas con edad comprendida entre 40 y 44 años; un porcentaje de 35 y las que tienen edad de 45-49 años, un porcentaje de 5% (Henry, 1961 citado en McCary, 1987).

j) Padecimientos, que incluyen enfermedades e infecciones venéreas, pueden provocar una esterilidad permanente. Las lesiones en los genitales, la exposición a la radiación o los defectos congénitos también pueden ser causa de infertilidad.

## **1.5.2 FACTORES PSIQUICOS DE LA ESTERILIDAD E INFERTILIDAD**

### **FEMENINA.**

En los últimos treinta años se ha dicho y escrito mucho acerca del perfil psicológico de la mujer. En la mente de algunos autores existe la idea de que la mujer infértil difiere psicológicamente de la mujer fértil. Mozley (citado en Seibel y Taymor, 1982), estableció que la esterilidad o infertilidad psicógena puede ser considerada como una defensa contra los peligros inherentes a la función reproductiva. Un reporte similar revela, que parejas infértiles desarrollan una mayor ambivalencia en su actitud hacia los niños, que las parejas fértiles. La mujer infértil manifiesta más rasgos psicóticos y neuróticos que la fértil, mostrándose más dependiente y ansiosa, poniendo en conflicto su femeneidad asociada con la reproducción. Eisner (citado en Seibel y Taymor, 1982) estudió 20 mujeres infértiles, y un grupo control de 20 mujeres fértiles, usando el test de Rorschach y encontró que todas las mujeres infértiles revelan más disturbios emocionales que las del grupo control.

Otro ejemplo, es el de Scholsberg y Blejer, quienes estudiaron a 140 mujeres con problemas de esterilidad y encontraron que el 50% tenía una personalidad infantil o fóbica, con estructuras inmaduras, fijadas en una etapa regresiva de su desarrollo. Platt en 1973, comentó que la mayoría de las referencias que se tienen con respecto a la

esterilidad femenina, sugieren que existen factores tales como, inmadurez emocional, dependencia oral, ambivalencia y agresividad involucrados en la esterilidad (González, 1990).

Benson 1981, por su parte menciona que la esterilidad femenina tiene causas psíquicas como son la ansiedad, temores, preocupación exagerada, psiconeurosis graves (anorexia nerviosa) o psicosis (esquizofrenia).

La ciencia dice "el útero que no se ha ocupado, es un útero que traerá problemas" (Morales, 1988)

Si siguiendo esta forma de pensar, no es concebible que una mujer no se embarace, y los mecanismos de coacción son infinitos, llevando a la mujer al convencimiento de que no procrear es pertenecer a una categoría ínfima como mujer. Obvio es que esta ideología nutre el espíritu de la pareja y se comienzan a generar alteraciones en la relación, ya que se gesta la autoinculpación en la mujer, que promueve temores de ruptura en la pareja. Es común escuchar que la paciente menciona que sería preferible que él se "buscara otra mujer que le dé hijos" o bien que "su deseo es darle un hijo a su esposo por ser tan bueno con ella" (Morales, 1988).

Al respecto Mahlstedt (1985), señala que muchas pacientes sienten culpa excesiva de ser infértiles, creyendo tener desajustes en muchos aspectos de su vida y en la de sus



familias. Por ejemplo una mujer opina que algunas veces ella espera que su esposo la abandone y así ella no tendría que preocuparse más por el hecho de no quedar embarazada, o molestarlo con sus sentimientos negativos.

Es evidente que estas mujeres pierden autoestima y lo que se engendra es un estado depresivo, limitando gran parte de sus posibilidades creativas y restringiendo sus opciones de vida, no sólo individuales sino también en la relación de pareja y en la vida de relación interpersonal. Con frecuencia se ven cuestionadas por el entorno respecto a su imposibilidad reproductiva, de tal forma que van constriñendo su vida social y el esposo, con relativa frecuencia, se comienza a alejar de la vida en común (Morales, 1988)

Hoy en día muchas mujeres quieren establecer que han antepuesto su propia carrera, posponiendo el embarazo para después, pero estando seguras de su capacidad reproductiva. Cuando se enfrentan a la realidad de no poder concebir se sienten deshechas, especialmente en su naturaleza psicológica. (Borbolla-Hano, 1982; Pines, 1990)

La capacidad reproductiva de su propio cuerpo atraviesa por una enorme crisis personal :disminución de su automestima, conflictos en su propia persona, y las relaciones sexuales pueden convertirse en mecánicas.(Pines 1990)

Pines en 1990, manifiesta que trabajar con mujeres infértiles le ha hecho tener cuidado con la intensidad con que muchas de ellas se esfuerzan por concebir un hijo, y alcanzar el ideal de maternidad. La experiencia de las mujeres jóvenes con su propia madre y su propia capacidad de ser madres y la manera en que la madre creó su propia femineidad es el aspecto más importante que establece su propia maduración de identidad femenina. Muchas de las mujeres infértiles que ha visto Pines, han tenido dificultades, conflictos y frustraciones en la relación con su madre. Muchas de ellas están consientes de esta relación y desprecian consiente o inconsientemente a sus madres. Muchas de las madres -de éstas mujeres-, concibieron hijos fácil y de manera natural, lo que sus hijas no pudieron hacer. La experiencia clínica de esta autora le hace creer que estas mujeres sufren un profundo daño en su narcisismo y se encuentran en un estado mental en el que se sienten insatisfechas de su patrón sexual y de ellas mismas, como alguna vez lo sintieron de parte de sus madres. (Borbolla-Hano, 1982; Pines 1990)

Al respecto Ramírez en 1962, manifiesta que, las madres que den poco amor, calor y ternura a sus hijos condicionan potencialmente la presencia de mujeres estériles, pues en la mayor parte de las ocasiones la mujer estéril debió haber tenido una madre rechazante y fría aunque la paciente niegue este hecho.

Por otra parte, la relación de la frigidez con los trastornos procreativos femeninos es indirecta y muy discutida. Sin embargo, la frigidez está vinculada íntimamente con el vaginismo y la fobia a la desfloración, ya que las tres manifiestan un rechazo al coito. La frigidez es un obstáculo relativo de la maternidad. Hay mujeres frígidas que logran un embarazo y parto normal y amamantan bien a sus hijos (Langer 1987; Labandibar, 1959; Kostic y Mladenovic, 1960). Algunos autores sostienen que la frigidez no causa esterilidad y que en cambio un amor físico muy apasionado puede ser obstáculo para la fecundación. Otros ven en la frigidez un factor coadyuvante de la esterilidad (Langer 1987).

Botella, Caballero y Clavero en 1971, dudan que las mujeres estériles o infértiles con conflictos psíquicos manifiesten trastornos psíquicos primitivos, secundarios a la maternidad o bien, simplemente sean derivados de los resultados imprevisibles de la maternidad o el maternaje.

Por lo anterior, no se puede especificar si los problemas emocionales descritos en las mujeres infértiles y estériles son en su mayor parte, resultado de la infertilidad y la esterilidad o una causa de ésta.

## 1.6 DUELO

Sin lugar a dudas, el duelo es un proceso que se manifiesta en la esterilidad e infertilidad. Este estado es precedido por un periodo de depresión cuando al final los tratamientos y exámenes no son favorables. Una vez perdida la expectativa de embarazo o la esperanza del nacimiento de un bebé vivo, la respuesta más común es el lamento, como una forma de manifestar el dolor (Eck-Menning, 1975; Lasker y Toedter, 1991).

Por lo que quizá valga la pena explicar el proceso de duelo ya que se trata de una reacción normal que se presenta ante situaciones extremas, como sería la pérdida de seres queridos, la presencia de enfermedades, o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. No se debe considerar al duelo como un estado patológico, pues de ningún modo requiere tratamiento médico, aún cuando es evidente que éste estado en el sujeto impone considerables desviaciones en su conducta normal (Freud, 1917).

Ante la pérdida de un ser amado, surge el desinterés por el mundo externo y un estado de ánimo que refleja dolor, la incapacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, y el apartarse de toda actividad que haga recordar al ser querido. Este estado no se considera patológico porque en realidad las conductas que se generan son justificadas. Durante este

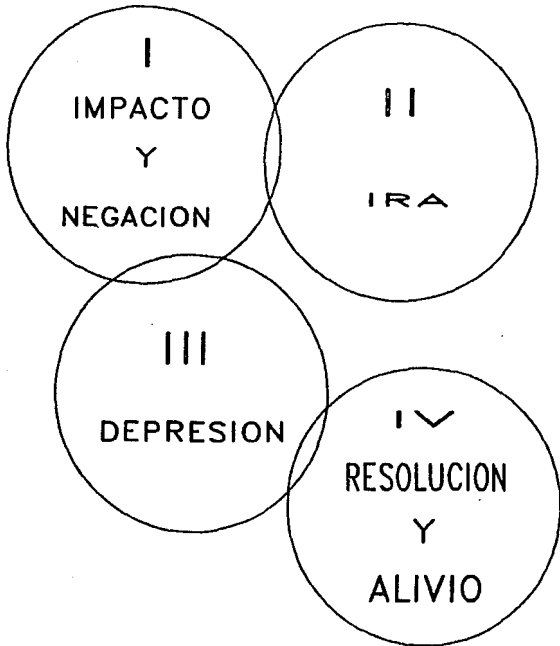
proceso; la realidad triunfa, sobreviene la resignación dándose en forma paulatina, ya que contiene el carácter de desaparecer al cabo de cierto tiempo, sin dejar huellas o modificaciones en la conducta (Freud, 1917).

Se ha dividido la reacción del duelo en etapas que varían en denominación y número de acuerdo con distintos autores, entre ellos Fernández, 1988; Morales, 1989 y Moscona 1990 y se ha analizado su presentación de acuerdo a investigaciones sobre pérdida perinatal y comportamiento ante esta situación (Tehut et. al. 1989), en la cual existen factores que no están directamente asociados a la pérdida, la presentación del duelo en parejas normales que hayan padecido aborto, óbito o muerte fetal (DeFrain, 1991), la intensidad y efectos del duelo en parejas que experimentaron pérdidas perinatales (Lasker y Toedter, 1991), las diferencias que se presentan de acuerdo al tiempo de gestación y momento de la pérdida, (Goldbach, et al, 1991), así como los acontecimientos que sobrevienen en las parejas cuando no existe una pérdida real (Eck-Menning, 1977 y 1980).

De acuerdo con Morales (1989) y Fernández (1988), se consideran cuatro etapas en el duelo. Cabe aclarar que esta reacción es un proceso dinámico por lo que las etapas no se hallan claramente delimitadas ni son necesariamente subsecuentes, pero que sin embargo, se han encontrado con frecuencia a lo largo de este proceso (*ver Figura 1*)

Figura 1

# Etapas de Duelo



La primera etapa, denominada de Impacto y Negación, se caracteriza por reacciones que conductualmente se manifiestan como confusión, crisis de llanto o risa, desorganización ideoafectiva y psicomotora y por verbalizaciones de incredulidad. Todo esto es secundario a la intensa frustración y dolor psíquico que esto conlleva.

La segunda etapa es denominada de Ira, se da cuando las emociones, que en un principio se encontraban caóticas, se comienzan a ordenar alrededor de eventos u objetos externos, en forma de inculpación, de enojo y condena hacia los familiares, el médico, las instituciones o los símbolos religiosos.

La tercera etapa se caracteriza por una reversión de los sentimientos agresivos, hacia sí mismo, como individuo y como pareja, manifestándose un incremento en los sentimientos devaluatorios, de autoinculpación y de privatización del dolor y el bloqueo a la serie de "consejos" y actitudes de los demás. Se presenta entonces un cuadro depresivo (trastornos de sueño, dificultades de atención y memoria, quejas somáticas, anorexia) que va a favorecer la real aceptación de la pérdida.

Al pasar por esta etapa se prepara la resolución del duelo, pues la depresión facilita la reflexión y la apertura de opciones que al ser puestas en acción hacen que la pérdida

comience a cobrar un matiz de recuerdos que, aunque dolorosos, ya no limitan la vida cotidiana del paciente.

La duración de este proceso es variable, (Fernández 1988; Morales y Fernández, 1987), mencionan que es alrededor de los seis meses se logra una recuperación. En este sentido Lasker y Toedter en 1991, nos dicen que es común que la resolución del duelo en la pareja se realice generalmente en seis meses considerando que este tiempo es normal para el proceso; de prolongarse se concibe al duelo como crónico.

Cuando el proceso de duelo no se lleva a cabo, pueden surgir una serie de síntomas como insomnio, anorexia, fobias, padecimientos gastrointestinales, etc, que pueden confundirse con padecimientos psiquiátricos o enfermedades orgánicas y que no son más que manifestaciones del duelo no resuelto. Si estos síntomas se prolongan pueden hacerse crónicos, lo cual inhibe las funciones psíquicas, agravando las emociones que trae consigo, instaurándose un cuadro de melancolía, que es patológico y requiere de tratamiento especializado (Fernández y Morales, 1987).

Se habla de la posibilidad de un estancamiento del proceso de resolución de duelo en alguna de las etapas, debido a muchos factores siendo el más frecuente, las características de personalidad y la historia de vida de cada miembro de la pareja (Morales, 1989, Fernández, 1988) .



Algunos estudios (Kenell et al., 1970; LaRoche et. al., 1984; Laurell-Borulf, 1982 citados en Lasker y Toedter, 1991), han indicado que la calidad de la relación marital es un factor importante para tener suficiente fuerza para la resolución del duelo.

Cabe mencionar que el duelo no es percibido en la misma intensidad pues algunos autores (Theut,et.al., 1989; DeFrain, 1991; Lasker y Toedter, 1991) señalan que, la reacción ante la pérdida perinatal varía dependiendo del desarrollo del producto, es decir, se vive con mayor intensidad el duelo cuando existe la pérdida de un infante, en menor proporción cuando ésta surge en los últimos meses del embarazo y, es más fácil llegar a la resolución del duelo cuando el producto es perdido en los primeros meses.

Por otro lado, Eck-Menning 1977 y 1980 señala que, el duelo ante la esterilidad se vive de manera diferente, pues esto representa para la pareja muchas pérdidas: la pérdida de la esperanza de un hijo; la incapacidad de la continuidad genética, la pérdida de la fertilidad, y todo lo que implica la sexualidad; la pérdida de la experiencia del embarazo. Para estos individuos algunos de estos aspectos de pérdida son más intensos que otros; cuando se manifiesta y toma lugar el duelo ante la esterilidad éste frecuentemente es necesario enfocarlo y especificarlo.

Las parejas que viven esta situación casi siempre sufren el duelo a solas (Eck-Menning, 1977 y 1980); duelo por lo que podrían haber tenido y no tuvieron, por el hijo jamás logrado, por la esperanza que los abandona. Porque la parte más dura de aceptar este tipo de muerte es que, es, la muerte de un sueño en la cual la familia y los amigos pueden no enterarse nunca, ya que no hay una pérdida tangible y objetiva, ante esta situación no existe funeral, ni lugar donde llevar flores.

Otro aspecto a considerar dentro de las parejas que viven esta situación, es que no reconocen la pérdida, porque la esterilidad representa la pérdida de potencial, o del objeto no real, teniendo los miembros de la pareja el derecho de manifestarse en un proceso de duelo, renunciando a toda sugerencia hecha por el médico.

Eck-Menning (1977,1980), considera que la pérdida en este tipo de parejas puede verse como una expectativa social o como la ausencia de la base en el sistema social; debido a que las parejas estériles comparten los sentimientos de culpa, la familia y los amigos no consideran pertinente hablar de ello y mucho menos proporcionar apoyo. Experimentan la posibilidad de pérdida del objeto sin ser una pérdida real. Cuando el duelo es muy doloroso e intenso las parejas buscan el consuelo y apoyo, de su familia o amigos; de los médicos que los han asistido, incluyendo al psicólogo.

Esta etapa implica aceptar la realidad, abandonando toda posibilidad de concepción y aceptando la esterilidad como una limitación personal (Moscona, 1990). Cuando el diagnóstico es definitivo de imposibilidad de embarazo, la pareja entra en un proceso de duelo, por los hijos que no podrá tener, lo cual hace necesario iniciar el proceso de recuperación. Si el diagnóstico no es definitivo, la pareja permanece en un estado fluctuante entre la esperanza y la desesperación; de tal manera que se limita la posibilidad de resolver su conflictiva emocional (Karchmer y Atkin, 1988).

Por otro lado, las parejas infértiles viven la muerte del feto o aborto como episodios trágicos, percibiéndolo como una muerte y pérdida real (Eck-Menning, 1978).

En este sentido la sociedad ha elaborado rituales que expresan y simbolizan el dolor ante la pérdida: el velorio, el entierro, el llevar flores a la tumba, etc. (Eck-Menning, 1975) ; sin embargo, en el caso de un aborto o un óbito, al no existir una imagen clara del ser perdido no se da la posibilidad de estos rituales, lo que podría contribuir a dar una imagen más tangible del producto. Los familiares y amigos son conscientes de la pérdida y proporcionan apoyo, pero tienden a minimizar lo sucedido reprimiendo en la pareja la expresión de sus sentimientos y pensamientos (Eck-Menning, 1978; Fernández, 1988).

A pesar de que se considera que este tipo de pérdidas no tiene la importancia suficiente para provocar un proceso de duelo, argumentando que al no tener contacto con el producto no se creó un lazo afectivo significativo, o que en la mayoría de los casos existe la posibilidad de un nuevo embarazo; la pareja vive esta pérdida de tal modo que requiere de tiempo para elaborar el proceso de duelo. (Fernández, 1988).

Aunque el sufrimiento del duelo cambia a través del tiempo el impacto de la pérdida no desaparece nunca completamente (Conway y Valentine, 1987); se minimizan emociones dando racionalizaciones como: "pronto te vuelves a embarazar y todo esto no habrá tenido ninguna importancia" lo cual tiende a negar que ha sucedido un evento significativo, pues rara vez, en el aborto se ve al producto, no hay una imagen clara del ser perdido (Fernández, 1988).

El embarazo tiene la expectativa del nacimiento de un niño vivo, tanto para la paciente, esposo, familiares y médicos; cuando esto no ocurre, el momento de alegría y vida se vuelve en muerte. Los padres que no pueden ver el producto generalmente tienen mayor dificultad para elaborar el duelo porque no existen imágenes ni recuerdos reales (Bourne y Lewys, 1984; Kellner, 1983, citados por Fernández, 1988).

En base a lo anterior, se considera que la reacción normal y esperada ante una pérdida real o no; es el duelo, el cual es un proceso individual que se vive en el caso que nos ocupa en cooperación con la pareja. Generalmente no se da aisladamente, pues forma parte de un conjunto de aspectos emocionales que se presentan en las parejas estériles e infértiles, pero en muchos casos afecta más a la mujer que al hombre.



## **PAREJAS ESTERILES E INFERTILES**

## 2.1 PAREJA

Uno de los aspectos relevantes a tratar es la relación de pareja, para lo cual se hace indispensable entender el qué y el cómo se conforma una pareja.

Es importante señalar que, hay un hecho social que domina la organización de las sociedades humanas y al mismo tiempo también domina una gran parte de la vida afectiva de la mayoría de nuestros contemporáneos: y es la: "familia" , cuyas formas varían un poco en el tiempo y en espacio, especialmente en estas últimas décadas, en las grandes ciudades; dicha organización familiar está dada por muchos aspectos que a veces se contradicen y que indican lo que cada individuo autoelige (Lemaire, 1992).

La elección de compañero implica la combinación de muchos motivos: sentimientos amorosos y necesidad sexual, dirigida generalmente a miembros de clase social igual o semejante; una imagen de sí mismo relacionada con una imagen parental; valores similares, esfuerzos por lograr seguridad, estabilidad y prestigio (Ackerman, 1974).

Cordova (1990), señala que, las experiencias tenidas durante la infancia, los cuidados recibidos la aceptación lograda, tienen consecuencias en la edad adulta en la elección de compañero, en otras palabras los que no esten

preparados desde la infancia para expresar sus necesidades, sus deseos, sus temores, y su comunicación con quienes los rodean no es adecuada y no serán capaces de mantener una vida satisfactoria en común (Lemaire, 1992). Lemaire (1992), dice al respecto que, no solamente se deben considerar los aspectos psicodinámicos, ya que se trata de un grupo humano, donde influyen leyes sociales.

En la elección de pareja no solamente el grupo familiar presiona , sino el medio social en general. Hay que reconocer que la elección es tan limitada que se reduce a un matrimonio por conveniencia. Los sociólogos estudian las circunstancias en las cuales dos personas del sexo diferente se ligan en un gesto social. El clínico estudia los procesos psíquicos inconcientes mediante los cuales dos personas se atraen y terminan estructurando su pareja. Es indudable que el individuo no llega a la edad adulta sin estar claramente diferenciado por su educación, por el contexto sociocultural en el que ha pasado su infancia, así como por las condiciones económicas y geográficas. Todas estas determinantes entrecruzadas introducen muchos elementos que van a orientar sus elecciones fundamentales, especialmente la de compañero principal (Lemaire, 1992).

Ackerman (1974), menciona que, se debe entender la dinámica de la relación, esto es, la adaptación recíproca a los roles de marido y mujer y no las funciones y patologías



individuales. La forma de vida de cada quien depende esencialmente de su libre elección, o al contrario, depende del más puro azar: "él decidió casarse con una mujer que..." "ella dió con un marido que...". Estas racionalizaciones conducen a desconocer las fuerzas inconcientes, que originan el porque de dichas desiciciones (Lemaire, 1992).

Por lo anerior, es evidente que al conformarse una pareja recaen sobre ésta diversos componentes ideológicos que se incrementan debido a que cada uno de los miembros de la pareja posee en lo particular antecedentes familiares y características genéticas que conforman sus valores, su visión del mundo, sus expectativas y su comportamiento. De tal forma que al elegir a una pareja, ésta se seleccionará de acuerdo a todo un conjunto de factores psicosociales, que buscan reconciliar las características de ambos miembros. No obstante, algunos de estos componentes van a permanecer ocultos o irreconocibles debido al proceso de enamoramiento que por su intensidad afectiva bloquean la reflexión objetiva de las características del otro, situación que en muchas ocasiones crea un sentimiento de decepción en el futuro inmediato a la unión formal. En otras palabras, no se reconocen los defectos en el otro, pues resulta amenazante la posibilidad de ruptura, ya que esto implica la pérdida de las expectativas de ambos (Morales, 1989).

Preguntarle a una pareja, en una fase crítica, qué los ha reunido, sólo proporciona un discurso de gran pobreza. La respuesta sólo menciona generalmente la descripción de una serie de circunstancias espacio-temporales, con una referencia más o menos mágica al fatalismo del "azar" y el destino (Lemaire, 1992).

La relación se consolida a través de la unión formal, García (1991), al respecto dice que, la legalización de la relación de pareja ha evolucionado, así como las funciones que dentro de ésta existen.

Actualmente existen tres formas de unirse en pareja: la civil, la religiosa y la unión libre. La primera se refiere a la legalización de la relación ante la sociedad, la segunda ante la religión en la que ésta autoriza las relaciones sexuales como medio de procreación y la tercera a vivir juntos (García, 1991).

El lazo del matrimonio es jurídico; el de la pareja es afectivo. Dado que éste es el punto importante en el que se desarrollan, crecen y se fortalecen dos individuos, se considerará a la pareja en base a los lazos amorosos o afectivos y no a la legalización social.

### **2.1.1 CONCEPTO DE PAREJA**

Al integrarse una pareja no se forma una estructura institucional, sino que inicia un proceso; un proceso de cambio, porque constantemente se está transformando por la realización de cada uno de los miembros. Cuando se constituye una pareja, ésta puede aventurarse en las conductas más desafiantes e innovadoras, puede trabajar libremente para cambiar su mundo, puede asumir riesgos porque sabe que en su pareja encontrará seguridad, confianza y protección. Pero hay que tener en cuenta que la pareja está sujeta al cambio y a un proceso, porque no constituye una entidad estática, sino un continuo proceso de crecimiento; ya que una relación de pareja es algo más que la suma de personalidades que la forman. La relación misma tiende a influir y cambiar a cada miembro y esto a su vez, influye para que originen cambios en dicha relación (Ackerman, 1974).

Sluzki en 1984, menciona que para él la unión de dos personas es la única relación colaborativa a largo plazo; la cual esta compuesta por cuatro aspectos principales que son: ser una relación voluntaria, permanente, exclusiva y, orientada hacia el logro de metas. Al formarse la pareja no lo hace pensando en estos aspectos, sino en las ventajas y desventajas de ésta. Para que una pareja logre estar unida y mantenga su relación basada en los cuatro aspectos mencionados debe ser mediante reglas familiares siendo el

"quid pro quo matrimonial" uno de ellos. Cuando dos personas se juntan inmediatamente intercambian claves sobre como definen la naturaleza de la relación; este conjunto de tácticas de conducta es modificado por el otro, según la forma en que se responda. La definición aceptada es aquella que establece qué es cada uno para el otro en la relación, lo que puede expresarse como un "quid pro quo". Para Sluzki, el "quid pro quo matrimonial" es "algo por algo", expresión referida a la naturaleza de un pacto o contrato en el cual cada parte debe recibir algo por lo que da y que consecuentemente define los derechos y deberes de las partes que intervienen.

Dicha relación puede compararse con un trato que define los diferentes derechos y deberes de cada miembro de la pareja, cada uno de los cuales puede hacer "x" y el otro hace "y" por lo tanto, el "quid pro quo" es una metáfora descriptiva de una relación basada en las diferencias: es una expresión de las redundancias que se observan en la interacción de la pareja (Sluzki, 1984).

Belkin y Goodman (1982), señalan que mantener una relación funcional esencialmente involucra la habilidad de dos personas para adaptarse y compaginar sus roles sociales. Dado que la pareja está dada por dos individuos, hay que considerar que existen dos personalidades únicas, con sus propias creencias, valores y expectativas; y que están ante

una situación que no está exenta de cambios en respuesta de fuerzas internas y externas. De tal modo que, en el curso de la vida y el crecimiento de la pareja los miembros de esta cambian, no necesariamente cambian al mismo tiempo y proporción. Problemas ocurren en toda relación, los matrimonios exitosos no están exentos de ellos, pero se mantienen; como un equipo. Las partes deben cooperar para jugar y reforzar cada uno de sus roles. En el momento que alguno de los miembros se siente amenazado porque el otro no está cumpliendo con su papel, de ahí, pueden surgir conflictos.

### **2.1.2 CARACTERISTICAS DE LA PAREJA**

La comunicación es un aspecto muy importante dentro del buen funcionamiento de la pareja, aunque no es posible evaluar en cifras la proporción de fracasos de la vida en pareja debido a la mediocridad de ésta. Entre sus integrantes; existen obstáculos exteriores que desde un inicio pueden limitarla: lenguas diferentes, falta de desarrollo intelectual, carencia de desarrollo verbal, etc., factores raramente aislados que repercuten unos sobre otros. Existen parejas que se transmiten una gran cantidad de información sin que por eso su comunicación sea buena.

En el plano de la pareja, la mediocridad de la comunicación se traduce a menudo en diferentes formas de enredar los mensajes. Las medidas de protección individual frente a la pareja o al compañero llevan a los interesados a tratar de cortar la comunicación; pero, siguiendo el postulado propuesto por Watzlawick y sus colaboradores "no se pueden no comunicar". La comunicación puede ser insuficiente en razón de la forma que adopta o por los canales que emplea (Lemaire, 1992).

En este sentido, Rogers (1973), indica que todas las parejas son comunicativas verbalmente o no, para bien o para mal. La comunicación contiene una cantidad de elementos diversos y contradictorios; cubre todo tipo de fenómenos.

"pásame la mantequilla", esto es comunicación, y muchas parejas no conocen otra forma "mi madre siempre dijo que eras una mala mujer, y en efecto lo eres". También esto es comunicación y tales acusaciones, juicios y evaluaciones causan más daño a las parejas que cualquier otro factor que se conozca.

Las perturbaciones de la comunicación pueden también referirse al carácter evolutivo de las relaciones en el seno de la pareja y conducen a acumular sentido sucesivos sobre un mismo mensaje, hasta quitarle toda posibilidad de utilización práctica. La comunicación varía en el tiempo, y parece a veces hasta revestir una forma cíclica, pautada por las grandes fases físicas que la renuevan (Lemaire, 1992).

Los integrantes de la pareja están sometidos a las presiones del grupo social donde viven, el cual, desde el comienzo de su existencia, les "informa" sobre el lenguaje y las leyes expresas o tácitas que rigen en él y les da acceso a ellos (Lemaire, 1992).

El mismo autor dice que, en el momento en que uno de los integrantes de la pareja reivindica o reprocha algo al otro, se aproxima un poco a él, le sonríe, le presenta una mímica favorable desarmando así toda reacción agresiva u. hostil. El lenguaje mimico y de gesto no es el único utilizado con este fin, pues el mensaje oral mismo va a incluir matices que,

confirmando la mímica y el gesto, se designan a apaciguar al receptor del mensaje.

Por lo tanto una adecuada comunicación servirá para que la pareja tenga una adecuada relación.

La actividad sexual se considera como una parte gozosa y enriquecedora de la relación entre dos seres humanos, pues la intimidad sexual es una parte inherente de cualquier relación firme y seria. En la vida de los hombres y especialmente de las mujeres hubo un velo de silencio que cubría el sexo en la pareja cuando llegó la época en que la pareja buscó información, el conocimiento fue la clave, esto es, el conocer acerca de la anatomía, fisiología de los órganos sexuales produjo grandes cambios (Baruch y Miller, 1984).

Desde el punto de vista biológico y psicológico con frecuencia, el sexo alcanza su mayor equilibrio y satisfacción mutua cuando el hombre lleva las riendas. Ello no significará que deje de tomar en consideración a su pareja si él es maduro; en otras palabras significa que le permita a su pareja expresar el momento en que desea tener relaciones con él o que, invite a iniciarlas. De hecho al profundizarse la relación y al descubrir el hombre más hechos acerca de su pareja, terminará por reconocer en ella formas y estados de ánimo (Leep, 1980).



Por su parte Lemaire (1992), manifiesta que, el aspecto genital es un canal de comunicación que tiene un carácter provocativo y que forma parte de un lenguaje entre dos, que adquiere y conserva una significación sistémica; es el sistema-pareja, dado que el compañero fue elegido en función de la atracción.

Otro aspecto importante a considerar dentro de la pareja es el papel que desempeñan cada uno de los miembros de ésta.

En las familias mexicanas, por lo general de clase media, es común que el hombre sea quien maneje las cosas lógicas e intelectuales y es visto como el práctico y realista. En cambio la mujer es considerada como más sensitiva, afectiva o sentimental, capaz de entender mejor a la gente que a las cosas. Este tipo de relación es extremadamente útil para la vida que desarrolla una pareja, ya que el intercambio implica una clara división de labores que define la contribución de cada uno. Anteriormente para el hombre el matrimonio no era un fin en sí mismo pues buscaba su realización en actividades profesionales, intelectuales y políticas; en cambio la mujer buscaba su realización en el matrimonio y por lo tanto, llevar una vida de buena esposa, abandonando sus metas profesionales e intelectuales si es que las tenía (Leep, 1980).

ESTA YESIS NO SEDE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Sin embargo, en la actualidad y desde hace algunos años la mujer defiende sus gustos e ideas propias y aspira a aportar su parte -la mitad-, a esta nueva realidad existencial que será la pareja. Muchos hombres han aceptado este cambio en principio, pero la experiencia de las parejas muestra que las cosas no son tan simples.

Al desear la mujer su desarrollo profesional puede trabajar fuera de la casa ya sea para aumentar los ingresos y disminuir los gastos o por simple desarrollo profesional. El aspecto fundamental de que la mujer trabaje es la tarea de compartir. Empero, en toda relación de pareja el dinero puede volverse un medio por el cual se expresen las diferencias, separaciones y evitación (Baruch y Miller, 1985).

En las nuevas parejas que se forman a veces los roles tradicionales juegan un papel cada vez menos importante, pues seguir las expectativas de los padres, de una religión o una cultura, equivale a condenar al desastre a las parejas que buscan un desarrollo. La pareja desea vivir conforme a sus propias opciones y no dejarse moldear por los deseos, normas, roles y expectativas de los demás (Rogers, 1986).

En sociedades en las que se han desarrollado las clases burguesas, las relaciones de autoridad se organizan de modo muy distinto, y parecen tender hacia una igualdad de los poderes del hombre y la mujer.

En los estados autoritarios, aún cuando se llamen progresistas, las relaciones de autoridad se ven reforzadas en el seno del grupo familiar, sobre todo en la autoridad paterna. Así, los cambios técnicos y económicos desempeñan un papel en la estructuración de las relaciones de poder en la pareja, sin duda a través de los cambios políticos y sociales que los acompañan (Lemaire, 1992).

Los cambios de las relaciones sociales se reflejan en la pareja, pero este reflejo no se hace siempre en el mismo sentido. Cualquiera que sea la importancia de los factores económicos y sociales, en la pareja los factores afectivos son los que desempeñan el papel principal. El que posee el dinero o los bienes dispone de un poder considerable. A nivel de desarrollo económico hay un mayor campo de elección sobre cómo utilizar el dinero y entonces esta elección puede provocar conflictos y lucha por el poder de decidir (Lemaire, 1992).

En cuanto a este poder principal de decisión hay que distinguir un gran número de situaciones diferentes. Es frecuente que se establezcan los gastos importantes en común. En caso de divergencia, la última palabra suele corresponder al que gana dinero, cuando es uno sólo el que lo gana. Si este es el caso de la mujer, ella se preocupa de que el marido no se sienta molesto por esta situación y oculta su poder. El simple hecho de que la mujer trabaje y aporte una

contribución material modifica sustancialmente las relaciones entre ellos.

El dinero no es el único medio para afirmar el poder sobre el compañero: el conocimiento y la competencia profesional no dejan de relacionarse con el ejercicio del poder.

Prácticamente se trata mucho más de la reputación de competencia en la que uno de los cónyuges es sólo el eco y la imagen del otro. Un título científico o un triunfo en un concurso difícil refuerzan la atracción que ejerce un novio, aún cuando este título no aporte un nivel de vida que se corresponda con su importancia. Este caso subraya a veces la dependencia de un integrante de pareja a su medio de origen. El prestigio otorgado por el saber aporta así al elegido un especie de superioridad sobre posibles rivales. Es valorizador casarse con un compañero prestigioso, el beneficio de esta operación se refiere sólo a la posesión estricta de este compañero; en cambio en el interior de la pareja las relaciones de poder serán más desfavorables para quien ha tomado posesión de este compañero prestigioso: lo que da valor hacia el exterior, refuerza hacia el interior el poderío virtual del protagonista y el peligro que representa para el otro (Lemaire, 1992).

El saber no aporta poder solamente por ser fuente posible de ingresos: algunos tipos de saber constituyen en sí mismos

el medio de demostrar una cierta superioridad sobre el compañero. Así mismo, ciertas capacidades otorgan un poder particular a quien las posee, sobre todo si se manifiestan en situaciones graves o difíciles (Lemaire, 1992).

Bastante diferente parece el tipo de relaciones que se establecen apoyándose en la capacidad de gustar al otro y de seducirlo mediante una cierta habilidad. Esto era muy común antes, en tiempos en que el arte culinario era un dominio específicamente femenino: se les enseñaba a algunas mujeres a "conservar" al marido gracias a "platos especiales" que ellas sabían preparar.

Otra forma que desempeña un papel fundamental en las relaciones de poder, lo constituye la capacidad de elaboración verbal; pero aquí hay que distinguir, según su naturaleza: el más capaz de los dos integrantes de la pareja en plano del lenguaje eficaz o del lenguaje práctico, no es por eso el más favorecido en las relaciones de fuerzas.

Lo que parece decisivo en cuanto al lenguaje para la distribución de la relación de fuerzas en la pareja es la capacidad de definir las relaciones mutuas. Captar las comunicaciones sobre la comunicación es más importante que la comunicación en general. La suma de informaciones o de conocimientos de uno de los integrante de la pareja puede ser mucho mayor que la del otro, sin que esto le otorgue un poder

sensible. En el seno de la pareja, la capacidad y el placer no dan directamente el poder; pueden conferir un cierto prestigio, y únicamente a través de este prestigio pueden aportar un cierto poder al que lo posee, sólo en la medida en que el compañero lo reconozca. No es el saber técnico, sino su apreciación por el compañero el que origina este poder, a menudo limitado con relación al que otorga la capacidad de captar y elaborar las relaciones interpersonales (Lemaire, 1992).

### 2.1.3 CONFLICTOS DE LA PAREJA

Los conflictos de pareja pueden ocurrir y variar a veces por nada. Las parejas pelean por quien lleva las riendas, quien toma las decisiones ante los problemas y la actividad profesional vs. matrimonio. Algunos aspectos que presentan severas dificultades en la relación de pareja son: los celos, dinero, educación de los hijos y el sexo. Sin embargo, a pesar de los factores específicos que llevan a una pelea, las dificultades en la pareja surgen con mayor peso en la intimidad, en la relación interpersonal, entre dos individuos separados, que no son ellos mismos y que constantemente están cambiando y no siempre en la misma dirección y proporción (Belkin y Goodman, 1982).

Por otro lado Lemaire (1992), considera que otro de los elementos que contribuye a la gran complejidad de los problemas es la comunicación en la pareja; proviene de la multiplicidad de los canales a través de los cuales pueden dirigirse los mensajes: el lenguaje de la vida afectiva está siempre muy cercana al cuerpo; es un modo de comunicación analógica, sin sintaxis precisa, siempre cargada de sentidos múltiples que el receptor del mensaje debe interpretar. Los diferentes canales corporales por los que pasa una parte de la expresión de los afectos -gestos, mímica sexual, mirada, etc.- no pueden explotarse sin recurrir al lenguaje verbal. El lenguaje corporal necesita ser interpretado y sólo puede

serlo por intermedio de ese lenguaje verbal que, a pesar de sus defectos es, después de todo, preponderante.

Pero también este lenguaje es muy imperfecto para transmitir un mensaje "afectivo" claro. Sean cuales fueren los factores psicológicos y sociológicos que explican esta multiplicidad de sentidos, están muy próximos al lenguaje corporal.

Algunas parejas se muestran capaces de mejorar y de profundizar siempre su comunicación, reinventando toda la existencia con nuevos modos de comunicación que permitan reestructurar periódicamente su relación mutua. Pero en muchos, por el contrario, ésta disminución de la comunicación empieza muy pronto, y entonces resulta mucho más difícil que se forme un verdadero "nosotros". Por otra parte, parece que esta "ley general" de una verdadera "disminución de la comunicación" no es propia sólo de la pareja, puesto que se la observa en otros grupos sociales, especialmente en el grupo familiar, como también lo han destacado los autores que estudian los procesos de la patogénesis familiar (Lemaire, 1992).

Hay parejas que dicen haber vivido "muy unidas" en un periodo de su existencia, cuando tenían tareas comunes de carácter urgente o necesario, un trabajo remunerador, la instalación o establecimiento de una actividad profesional,



carga familiar, etc. Durante ese tiempo la pareja limitó los cuestionamientos que hubieran sido posibles si existiese una comunicación más rica en el plano de los intercambios afectivos. En suma fue gracias al precio de una disminución de su comunicación en el plano afectivo como pudieron funcionar mejor en el plano social, económico, familiar, etc. Pero desde que esa tarea se cumple, el vínculo entre los compañeros se atenúa radicalmente. Es posible que algunos puedan descubrir nuevos objetivos comunes y que reorganicen entonces la estructura de su pareja, mientras otros no encontrarán estas posibilidades, y quedarán sin finalidad común, y por ello con las comunicaciones restringidas en el plano de su vida afectiva, condiciones que no les permitirán desarrollar nuevas afinidades (Lemaire, 1992)

Este ejemplo muestra bien la importancia de las comunicaciones en el plano de la vida afectiva y los inconvenientes de estos intercambios, cuyo dinamismo puede limitar su eficacia práctica, comprobación frecuente que tiende a olvidarse en ciertos medios, como si al descubrir las virtudes de la comunicación se debiera hacer de ellas una especie de mito, y ante todo comunicar por comunicar. Sobre todo cuando una explicación es dolorosa que saca a la luz el sufrimiento y a la vez el fracaso de la pareja, muchos prefieren ignorar y callar hasta llegar, a veces a una ruptura, que sorprende por su brusquedad cuando es una pareja aparentemente unida (Lemaire, 1992).

Si el sexo es una parte integral de la relación de pareja (Belkin y Goodman, 1982), es inevitable que surjan conflictos directos o simbólicos. El sexo es usado algunas veces como un arma para manipular, empujar o tomar por la fuerza a uno de los miembros de la pareja conllevando a los miembros de ésta a una insatisfacción sexual.

Kaplan (1983), menciona que el mal entendimiento sexual puede adoptar la forma de rigidez, impotencia, infidelidad, perversión o pérdida de deseo por parte de uno de los miembros de la pareja. En la mayor parte de las parejas esto es un síntoma de la relación deteriorada más que una causa.

En una investigación que realizaron Edwards y Edwards en 1977 (citado en Belkin y Goodman, 1982), encontraron que, el factor de éxito, de gozo, y de una relación sexual satisfactoria, involucra una serie de aspectos en la comunicación íntima entre la pareja, la cual requiere de sutileza, sentimientos cálidos y consideración para ambas partes; estas características se requieren para la satisfacción marital. Por lo que los autores concluyen que en efecto las relaciones sexuales son concebidas en parte como un instrumento de medición dentro de la relación de pareja.

La pareja debe cumplir a la vez funciones económicas, como antes; funciones procreativas, sobre las que la presión es menor, pero que siguen siendo importantes; funciones sociales

y por supuesto aportar a los individuos satisfacciones afectivas y sexuales. Esta acumulación de exigencias puede volverse excesiva y conducir a insatisfacciones, fracasos y por lo tanto rupturas (Lemaire, 1992).

En cuanto a los roles Streaan en 1982, señala que uno de los temores de los hombres es la creciente independencia que en la actualidad ha tenido la mujer. En cierto grado, la discordia entre cónyuges es reflejo de un descontento. Actualmente se lee acerca de que el tipo de carácter que está apareciendo procede de compromisos familiares debidos a las demandas de la vida urbana o del hombre moderno alienado de sí mismo y de los demás. Erich Fromm (citado por Streaan, 1982), dice que el hombre o la mujer del siglo veinte es incapaz de amar íntimamente, debido a una obsesión por convertirse en "un paquete de personalidad", es decir en un artículo intercambiable para ser vendido como factor de éxito.

Debido a lo confuso de los papeles de género, los amridos y las esposas se sienten inseguros acerca de lo que deben o pueden ser las reglas y normas de la vida conyugal. . Las diferencias sexuales se han hecho confusas en la creciente similitud de los sexos en la vestimenta y apariencia personal.

Otro aspecto que se vive dentro de la pareja por el hecho de asimilarse es el "valor" a la cantidad de dinero: la comparación de lo que ganan marido y mujer. A pesar de la ley la remuneración global de las mujeres es estadísticamente inferior a la de los hombres. Pero la relación puede a veces ser inversa, o llegar a serlo, y entonces aparecen conflictos porque algunos hombres sienten la mejor ganancia de su mujer como una seria amenaza a su virilidad (Lemaire, 1992).

EL dinero a través de la historia se ha convertido en un símbolo de poder, Así que, cuando una persona tiene dinero él o ella se sienten poderosos; dado que encontramos expresiones tales como, "el dinero compra poder o es poder" o "toda persona tien un precio". En gran parte el poder que tiene uno de los miembros de la pareja esta basado por el dinero (Belkin y Goodman, 1982).

La importancia de los conflictos que surgieron en torno al dinero fue tanto mayor cuanto mayores han sido las posibilidades de utilizar esos recursos. En las situaciones más miserables la función del dinero es principalmente alimentaria y los conflictos sólo se pueden ver sobre detalles; sin embargo, existen también parejas conflictivas donde el hecho de que ella trabaje es precisamente lo que es mal visto por el marido, que se siente lecionado, como si la actividad profesional de su mujer significase su propia incapacidad personal y su castración. Algunos tratan de

tranquilizarse pensando que la actividad de su mujer es sólo una especie de pasatiempo. Esta dificultad para tolerar una igualdad y una capacidad profesional en la mujer parece, por supuesto, menos frecuente en las jóvenes generaciones (Lemaire, 1992).

Algunas parejas funcionan como si vivieran constantemente esta lucha por el poder; sus partes asumen un riesgo real al provocarse el uno al otro y buscar cada uno ostentar su mayor independencia, demostrando que no se dejará "poseer" por un chantaje afectivo. Otras veces se asiste a modificaciones espectaculares de las relaciones de poder producidas por la sola amenaza de separación.

Otras veces la jubilación más o menos anticipada juega un papel análogo, y son conocidas las grandes dificultades que experimentan muchas parejas en esta nueva etapa, para la que en nada su existencia los había preparado, sobre todo cuando acarrea un cambio brutal. Y otras veces también es la enfermedad de uno de ellos, o la imagen que se había hecho de él su compañero lo que modifica radicalmente la relación entre ambos (Lemaire, 1992).

De ese modo es fácil que aparezcan los conflictos, especialmente cuando la calificación profesional aporta a uno de los compañeros ingresos que modifican la ubicación social por el ritmo de vida que permiten o cuando se modifica la

ideología con la edad o con los "accidentes" histórico-políticos, o también cuando los lazos afectivos con las familias de origen, momentaneamente atenuados, vuelven alcanzar una expresión más densa (por ejemplo, con motivo de duelos o de acontecimiento familiares) (Lemaire, m 1992).

Es obvio que estos juegos son eficaces si se ejecutan sin que los dos miembros de la pareja se den cuenta, y que de buena fe se niegue el poder. Estos fenómenos no tienen ningún carácter patológico en sí mismos, en el sentido de una eventual patología social. Se les encuentra en una medida u otra en todas las parejas, incluidas las que se dicen felices y que funcionan con pocos conflictos. En estos casos, el poder -especialmente el de definir las reglas de funcionamiento, las normas morales- es corrientemente repartido, y cada uno tiene un dominio propio y una cierta evolutividad. Las pareja disfuncionales y conflictivas utilizan los mismos procesos, pero de manera rígida y agresiva, o incluso hiriente, al menos para uno de los compañeros, pero en todos los casos, la relación de fuerzas se apoya en gran parte en el juego de los factores afectivos, que sirve o contribuye a "enmascarar" las relaciones de poder.

Uno de los fines de la presente investigación documental es el destacar los conflictos de la pareja ante la esterilidad y la infertilidad, pues el deseo de que la familia crezca y

no se consigue, se convierte en una vida inútil y triste. La mujer puede culparse a sí misma, el esposo culparla, y ambos sentir erróneamente que si no llega el orgasmo, por ejemplo, de ella depende no concebir, es decir, el cónyuge incapaz se culpa y el otro puede también culparle y así comenzar con pequeñas crisis de culpa llevando a la pareja al conflicto (Baruch y Miller, 1984).

Las parejas que expresan no desear tener hijos lo hacen con la certeza de ser fértiles, cuando un hombre o una mujer se sabe estéril o infértil convierte la maternidad-paternidad en una obsesión quedando en segundo plano las aspiraciones personales y centrándose sólo en la procreación (Peralta, 1992).

## 2.2 PAREJA ESTERIL E INFERTIL.

El hombre como la mujer pueden ser responsables de la falta de progenie, la esterilidad masculina es casi tan frecuente como la femenina, el hombre cree que sólo la mujer es responsable de la falta de hijos. Si físicamente se encuentra sano y no tiene trastornos en la erección, le cuesta mucho trabajo comprender que pueda ser estéril. Aún aceptada esta idea, muchas veces se considera humillado y disminuido por ser estéril y prefiere ocultarlo e ignorarlo. Por esta razón, es muy difícil contar con una colaboración masculina decidida (Botella, Caballero, Clavero, 1971; Videla y Savransky, 1984; González, 1990).

Sin embargo, en los últimos años se ha encontrado una colaboración masculina más eficaz. Quizás, el grado de desarrollo, al menos intelectual de un país, ha influido favorablemente en la comprensión de los problemas reproductivos por parte de los varones (Botella, Caballero y Clavero, 1971; García, 1991), facilitando el estudio de la pareja.

Videla y Savransky en 1984, señalan que la pareja integra así una unidad biológica indivisible, en la cual el éxito o el fracaso reproductor no depende del valor aislado de un factor concreto, a excepción de los casos extremos; en cuanto a la integración de todos los factores que intervienen en la



fecundación. Estos autores, se basan en la teoría del vínculo, pues en ella se fundamentan las conceptualizaciones sobre el tema de la esterilidad humana y las prácticas terapéuticas interdisciplinarias, por lo que se propone la estructura vincular cuyo significado será el vehículo de las primeras experiencias sociales oponiéndose al concepto de narcisismo primario. Pichon Riviére (1980), con su postulado del vínculo logra dar un salto cualitativo de una teoría psicoanalítica intrapsíquica a una psiquiatría social, la cual considera al individuo como una resultante dinámica-mecanicista, estableciendo el interjuego entre el sujeto y los objetos internos y externos en una relación de interacción dialéctica expresada a través de la conducta, permitiéndole desarrollar una psiquiatría centrada en el estudio de las relaciones interpersonales. Destaca que no existe sólo un tipo de vínculo, sino que las relaciones que el sujeto establece con el mundo son mixtas y que emplea en forma simultánea diferentes estructuras vinculares.

El vínculo es al mismo tiempo bicorporal y tripersonal que se configura en una estructura compleja, la cual debe de tener un transmisor receptor, mensaje, canales, signos, símbolos y ruidos; manejando la noción del tercero, como la teoría de la comunicación al ruido, pues será éste quien interfiera en la situación de conflicto.

La pareja estéril e infértil sufre justamente la imposibilidad de incluir al tercero, vivido como un ruido interferente de manera consiente o inconsciente, determinando las dificultades más o menos graves en aceptarlo dentro de la configuración bipersonal de pareja (Videla y Savransky, 1984).

Ruiz de Velasco, (1976), considera que se debe hablar siempre de "esterilidad conyugal o de la pareja". Estableciendo que un miembro de la pareja estéril o infértil lo es dentro de esa relación específica pero que en otra diferente podría procrear.

En la pareja si se habla de paternidad y del hijo como "responsabilidad compartida", o como el producto de la pareja, nos conduce a la idea de que también la imposibilidad del hijo es un problema compartido, es algo que le sucede a la pareja, a su relación o a lo que denominamos el vínculo de ambos; por lo que se define a la esterilidad en la pareja como una dolencia común que se caracteriza por la dificultad de crear juntos el hijo, producto de su relación y la perpetuación de su especie.

Cabe señalar que, el análisis del significado social de la paternidad-maternidad es un tema importante a considerar, al respecto Veevers en 1973, (citado en Larraitz, 1980); describe seis valores implícitos a la condición de paternidad-maternidad, y son los siguientes: a) Ser padres es

ser una obligación moral.- éste valor tiene que ver con las cuestiones religiosas, en donde se cree que los hijos los manda Dios y por lo tanto, si no hay descendencia, es porque Dios así lo quiso. b) Este valor se refiere a la responsabilidad.- en el que se entiende que el tener hijos es una responsabilidad cívica y social; pues hay que cumplir con reproducirse, de no hacerlo, se reconoce como irresponsabilidad.

c) Naturalidad.- el deseo de tener hijos es instintivo y es parte de nuestra naturaleza como seres vivos, de no ser así, estamos en contra de ella. d) La identidad sexual y la competencia sexual.- ésto implica una buena identificación masculina y femenina, es señal de potencia y capacidad sexual. El no ser padres implica una mala identificación sexual, e) Equilibrio matrimonial.- Dado que se considera a los hijos la esencia y la base del matrimonio; no tener hijos equivale a fallar en el matrimonio, convirtiéndose en razón suficiente para llegar al divorcio. f) Normalidad y salud mental del matrimonio.- Tener hijos implica madurez y estabilidad emocional en la pareja; no tenerlos señala inestabilidad emocional y trastornos en la personalidad.

### **2..2.1 CRISIS DE LA PAREJA ESTERIL E INFERTIL.**

Una de las áreas importantes en la familia es el impacto que se sufre por la falta de hijos pues la calidad de vida conyugal se ve afectada así pues, la paternidad-maternidad se torna como lo más importante en el desarrollo y ciclo familiar (Chandra et al., 1991).

Cuando la pareja ha decidido procrear y no hay embarazo, aún cuando los dos lo deseen; la pareja empieza a programar sus relaciones sexuales con el objeto de lograr la fecundidad. Si esto no llega a suceder en un lapso determinado, ellos mismos se empiezan a desesperar y deciden buscar ayuda médica (García, 1991).

El estudio inicial de una pareja estéril que no ha logrado procrear tiene muchas y cruciales implicaciones, tanto en el orden utilitario como en el económico, en el psicológico y médico primeramente (Zarate, 1990).

En los últimos 15 años se han desarrollado técnicas para el estudio y tratamiento de la pareja estéril, las cuales han dado un impulso extraordinario a la especialización en reproducción y en particular al conocimiento íntimo de la fisiología y patología del proceso reproductivo (Alvarado y Kably, 1988).

Los estudios médicos epidemiológicos reportan que en las dos últimas décadas el creciente número de parejas estériles, ha provocado que la ciencia médica aumente la cantidad y calidad de estudios con respecto a este problema. Procaccini (1990) y Pérez-Peña (s/a), indican que existen limitaciones en nuestro medio para conocer con precisión el número de parejas afectadas por este tipo de problemas.

Independientemente de nuestro alto índice de crecimiento, hay datos que nos hacen suponer que el 15% es una cifra promedio que se aproxima a la realidad en nuestro país (Pérez-Peña, s/a; Procaccini, 1990; Benson, 1981; Botella, 1971; Eck-Manning, 1980; Daniluk, 1988). Esta cifra tiende a aumentar por: presiones del mundo moderno, la tendencia a posponer los embarazos por periodos prolongados, el empleo indiscriminado de técnicas anticonceptivas, el aumento en incidencia de enfermedades venéreas etc.

Botella, Caballero y Clavero (1971) Procaccini (1990), sostienen que en la gran mayoría de los países estudiados, la esterilidad y la infertilidad en la pareja aumenta paulatinamente por la edad de los cónyuges, por ejemplo: la esterilidad de la mujer es doblemente frecuente a los 35 años que a los 18. Los factores de disminución de la fertilidad en una pareja varían de acuerdo a diferentes factores, especialmente geográficos y socioeconómicos, que por lo

general implican condiciones de calidad de vida y de costumbres.

Por otro lado, se ha dicho que una gestación es más improbable mientras más tiempo lleva la mujer casada sin hijos. Este factor es independiente de la edad e influye en la esterilidad e infertilidad de la pareja más decisivamente que aquélla. Se observa que si la pareja sólo lleva un año de casada sin hijos, el 50% de los casos iban seguidos de una concepción, sólo el 28% si llevan 2 años, y sólo un 8% de éxito cuando los matrimonios llevan 7 años de casados y sin hijos, en el momento de consultar por primera vez al médico (Botella, 1971).

Tanto el médico como el psicólogo necesitan ganarse la confianza de la pareja para informarle, que debe seguir ciertas condiciones, las cuales tiene que conocer por adelantado, con el fin de que no renuncien a la mitad del tratamiento, pues es preferible que lo hicieran antes de comenzar; las condiciones son las siguientes:(Botella, Caballero y Clavero, 1971).

- a) Habrán de ser sometidos a exploración, ambos cónyuges.
- b) Deberán estar dispuestos a una serie de pruebas y exámenes, a veces pesados, molestos y costosos.
- c) Deberán disponer del tiempo preciso.

d) Deberán manifestar su conformidad con las distintas manipulaciones a que hayan de ser sometidos.

De acuerdo con Botella (1971), las características de la esterilidad de la pareja, deben considerarse en diferentes formas, que sirven de base a muy diversas clasificaciones:

1) En primer lugar hay que distinguir, en atención a las razones últimas que la condicionan, una esterilidad voluntaria e involuntaria, forma ésta, la única que a nosotros nos cabe considerar.

2) Según el tiempo de matrimonio, el plazo que ha de transcurrir desde la iniciación de las relaciones sexuales en un matrimonio, sin gestación, varía con los autores para la clasificación o no de "pareja estéril". Este tiempo no sólo sirve para denominar o no, como estéril un caso, sino para, en caso afirmativo, cualificarlo, confiriéndole un pecr pronóstico a medida que es mayor el tiempo transcurrido.

3) Por los antecedentes genéticos, cabe distinguir entre esterilidad primaria y secundaria, distinción de interés etiopatogénico, clínico e incluso social y familiar, según que con anterioridad haya o no habido gestaciones, sea cual fuere en este caso su final. Dentro de esta última conviene distinguir el tipo de las gestaciones precedentes.

4) Por la gravedad de la causa, puede considerarse la esterilidad absoluta y relativa, según que con ella sea o no compatible una fecundación y gestación subsiguientes.

5) Por la duración de la causa, se hable de esterilidad permanente o transitoria, ésto es relativo y difícil de predecir.

6) Según el cónyuge responsable, se admite una esterilidad femenina, masculina, mixta o sin causa aparente. Sólo hablamos de estos aspectos cuando se ha hecho un estudio preliminar pues toda esterilidad en primer instancia es conyugal.

7) Por el número de causas que ocurren, puede hablarse de esterilidad de causa única o causa múltiple. (Botella, 1971).

Desde hace muchos años el especialista en esterilidad percibe diariamente la importancia de los factores emocionales en los pacientes. Esto está ejemplificado por los embarazos inesperados, que se producen después de la primera consulta o mientras transcurre el estudio, o bien, cuando éste ha terminado sin que aun se haya instituido tratamiento alguno, de igual forma se manifiesta en la pareja que adopta y logra embarazo a los pocos meses (Procaccini, 1970).

El estudio de los factores psicológicos en la esterilidad se inicia hace muchos años. Los primeros aportes fueron de Kelly en 1942, posteriormente aparecen los estudios de Helen



Deutsch y T Benedek y el primer trabajo en la Argentina de Cárcamo y M. Langer 1948.

Actualmente las aportaciones de la fisiología y la neuroendocrinología han permitido reducir los casos de esterilidad e infertilidad, los cuales se creía eran causados por factores psicológicos, ahora conforme se ha incrementado el conocimiento biomédico pueden encontrarse más fácilmente causas fisiopatológicas, en algunos casos de esterilidad; sin embargo, no se excluye la posibilidad de que en algunos opere un mecanismo psicossomático como causa del problema en la fertilidad de la pareja (Gonzalez, 1990).

Lo que esta cada vez mas claro es el hecho de que la esterilidad e infertilidad y los factores emocionales estan intimamente asociados, se piensa que estos representan alrededor del 5% (Procaccini, 1990; Zarate 1990; Benson 1981; Botella 1971; Daniluk, 1988; Eck-Menning, 1980; Edelmann, 1986; Platt, 1973; Pines, 1990; Nachtigall, 1992; Andrews, 1992; Mahlstedt, 1991; Seibel y Taymor, 1982; Moscona y Zarate, 1990).

Por su parte Benson (s/a), menciona que la carga emocional de una pareja al verse incapacitada para tener hijos le hace fácil presa de mitos y supersticiones que dificultan su tratamiento. Es obligación del médico y psicólogo dar información para disipar prejuicios como:

- El tratar con compuestos tiroideos a pacientes eutiroideas, para mejorar su fertilidad, práctica que, además de inútil, representa pérdidas innecesarias de tiempo y de dinero.

- El legrado uterino para obtener diagnósticos más precisos, resolver estenosis cervicales y mejorar la fertilidad. Se sabe que una biopsia endometrial nos proporciona los mismos datos y que una estenosis cervical debe ser sustancialmente demostrada antes de ser tratada.

- El empleo de suspensiones uterinas como tratamiento primario promotor de fertilidad. Es un hecho bien conocido que, en los casos de retroversión uterina sin adherencias pélvicas, las tasas de embarazo son menores en los casos intervenidos quirúrgicamente y que este tipo de cirugía tiene indicaciones específicas como son después de cirugía tubaria, tratamiento quirúrgico de endometriosis o de adherencias pélvicas.

- El útero infantil o el hipoplásico como causa de infertilidad, ya que, por las múltiples variantes normales en el tamaño o proporciones del útero y su enorme capacidad de expansión, es injustificable culpar a úteros pequeños como responsables de infertilidad en un gran número de casos.

- El empleo indiscriminado de prácticas, como inseminación artificial o medicamentos inductores de ovulación, sin

indicaciones específicas, con el concepto de que se ayuda psicológicamente a la pareja.

- La creencia de que una mujer no se embaraza por ser muy aprehensiva. Está bien probado que la ansiedad, a menos que interfiera con la ovulación o la frecuencia coital, no altera la capacidad reproductora. Este mito ha ocasionado retrasos innecesarios en el manejo de una pareja y ha aumentado la carga emotiva ya existente, formando un círculo vicioso.

- La adopción de un niño para resolver temporalmente el problema emocional de la pareja y aumentar su fertilidad, lo cual es completamente falso, aún cuando ha ocurrido.

Ya que se ha encontrado que en las parejas estériles e infértiles intervienen factores emocionales, aproximadamente hace veinte años se pensaba que un porcentaje elevado de casos de esterilidad eran causados por rasgos típicos de personalidad y factores emocionales (Procaccini, 1990).

Si se considera que son múltiples los factores que intervienen en la fertilidad conyugal, entonces múltiples son también las causas que se asocian a ella; en base a lo anterior es muy común creer que, una vez descubierta una causa, ya no hay que preocuparse de seguir la investigación; pues, existen causas absolutas o incompatibles con la reproducción, pudiendo ser una de ellas la razón única del fracaso de la fecundidad; otras veces se trata de causas relativas o compatibles con la reproducción y su efecto

depende de la asociación de otros factores (Botella, Caballero y Clavero, 1971; Mahlstedt, Macduff 1987; Daniluk, 1988).

Sin embargo, es difícil afirmar si ciertas características psicológicas predisponen a la pareja a ser estéril e infértil o si la esterilidad y la infertilidad producen problemas psicológicos. Noyes y Chapnick, (1964) manifiestan que no se encontró evidencia contundente de que un factor psicológico específico pueda afectar a la fertilidad de la pareja normal (Klemer et. al. 1966). En la actualidad varios autores (Seibel y Taymor, 1982; Edelmann y Connolly, 1985 y Daniluk, 1988) están de acuerdo con esta afirmación.

Con base a la revisión anterior y para fines de la presente investigación se consideran relevantes los siguientes puntos.

- a) Se considera que la esterilidad y la infertilidad debe abordarse en pareja.
- b) Todos los procesos de esta entidad son siempre, y al mismo tiempo, biológicos, psicológicos y sociales.
- c) Se deja de lado las denominaciones de esterilidades masculinas o femeninas, para reemplazarlas por la de esterilidad vincular de la pareja.

La pareja que no concibe después de un año, de acuerdo con su plan y deseo, después de haber recurrido a la ayuda médica

especializada, descubre que su problema tiene ahora un nombre; esterilidad. Sus vidas van a desarrollarse a partir de ese momento alrededor de la búsqueda de la concepción, (Procaccini, 1990).

Para algunos es incapacitante y otros aprenden a sobre llevar su carga emocional con estoicismo.

Cuando ésto ocurre, trae como consecuencia la pérdida de la autoestima, de la seguridad y de la autoconfianza. Cada uno de los miembros de la pareja puede reaccionar de modo diferente y enfrentar el problema en forma distinta; es comprensible que la depresión producida por ésto empieza a manifestarse en las parejas de distinta manera, durante el proceso diagnóstico en forma periódica en relación con la menstruación (Procaccini, 1990).

Los tratamiento incómodos o dolorosos y a veces no exitosos pueden hacerlos sentir muy vulnerables.

Cada mes el médico evalúa la vida sexual de la pareja (es el "sexo para el doctor" y no el "sexo por amor"). Esta intrusión constante puede causar disminución del deseo sexual en los hombres y mujeres, e inclusive incapacitar para las relaciones sexuales en el período fértil (Procaccini, 1990).

Los efectos emocionales de la esterilidad son una mezcla de depresión, estrés, cólera y culpa. El estrés se explica por la respuesta de la pareja a los múltiples estímulos del macrocosmos y microcosmos. La cólera es provocada, entre otros factores, por la pregunta tantas veces repetida sobre la causa, el porqué. La ira puede volcarse hacia la pareja, la familia, el médico o el medio. También puede ser reprimida y transformarse en depresión. La culpa puede inspirar ideas de divorcio, que frecuentemente se concretan, ésta supone desajustes de su propia vida y en la de sus familias (Mahlstedt, 1985; Klock y Maier, 1991).

Por ejemplo, una mujer opina que algunas veces ella espera que su esposo la abandone y así ella no tendría que preocuparse más por el hecho de no quedar embarazada, o molestarlo con sus sentimientos negativos. Por otro lado, el hombre infértil se siente un tanto culpable acerca de que su esposa manifieste esos deseos de divorcio, y de que no pueda concebir un embarazo normal. Otras parejas se inclinan por manifestar su culpa tratando de dar respuestas a preguntas irracionales; las cuales consideran que pueden ser la causa de su infertilidad, tales como: ¿El apellido familiar terminará conmigo?, ¿Esperé demasiado para embarazarme?, ¿Esto es por algo que hay en mi cuerpo?, ¿Dios me estará castigando?, etc. La culpa es un problema que se antepone surgiendo los "porqué". Si ellos entendieran su problemática

razonablemente, se sentirían menos frustrados, enfadados y menos depresivos, (Mahlstedt, 1985).

Comunmente se espera que se manifieste la ansiedad y la frustración en las parejas estériles e infértiles y pueden darse a nivel consiente o no, (Sturgis, Taymor y Morris, 1957; Platt, 1973; Seibel y Taymor, 1982; Daniluk, 1988; Morales, 1988).

En las parejas estériles e infértiles existen elevados niveles de estrés, (Link y Darling, 1986). Mahlstedt, 1985, menciona que el estrés está dado por simultaneas y complejas pérdidas.

En 1990 Berg contempla la tensión y la angustia como problemas asociados a la infertilidad, considerando a éstos como factores inhibidores de la fertilidad. Considera que los niveles de tensión, tanto intrapersonal como interpersonal son más elevados y comunes, mientras más avanza el tratamiento y durante los exámenes para diagnósticar la infertilidad.

Moscona en 1990, considera que la pareja estéril presenta factores psicológicos (angustia, depresión, culpa, frustración estrés etc.). La poca información que se tiene en torno a estos factores y su influencia en la conducta humana ocasionan que el médico prefiera ignorarlos o minimizarlos,

lo cual genera tropiezos e imprime condicionantes para que en el futuro se presenten trastornos conductuales y afectivos en la pareja estéril e infértil. La pareja estéril y la pareja infértil no sólo requieren del manejo médico, sino también de intervención psicológica para mejores resultados en su manejo. La esterilidad en el ser humano es un problema más común de lo que se considera. Cuando una pareja se percata de que no puede concebir afloran muchos sentimientos e impulsan a cada cónyuge hacia un estado de crisis que se agudiza a través del tiempo, pues éstos no saben como resolver el problema y la solución no está en sus manos. De acuerdo a lo que menciona Peralta en este punto en 1992, es que, existen parejas que no desean tener hijos en un principio tomando todo tipo de anticonceptivos, haciéndolo con la certeza de ser fértiles, cuando se enfrentan a la realidad y se saben infértiles o estériles convierten la esterilidad y la infertilidad en una obsesión. Moscona en 1990, menciona que las personas no actúan igual, ya que su esterilidad se convierte en el aspecto más importante alrededor del cual gira su vida.

La esperanza de la consecución del embarazo hace que la pareja aplaze decisiones importantes y posponga aspectos fundamentales para su desarrollo personal y profesional. Suspende actividades o deportes que considera bruscos, hasta no resolver su problema de esterilidad.



Parece como si toda su rutina diaria y su forma de vida cambiara. Por otro lado, la pareja está constantemente alerta, a la expectativa de cualquier cambio físico significativo, en la búsqueda de la solución de su problema. Todo ésto se traduce en inestabilidad emocional y angustia que se incrementa a medida que la situación se prolonga en frustración y desaliento al tener que esperar más tiempo. Las personas que viven en esta incertidumbre se vuelven extremadamente emotivas, vulnerables e ipersensibles a la indiferencia, a la frialdad o al excesivo interés de la gente que está a su alrededor (Moscona, 1990). Para Videla (1984), la enfermedad o el síntoma de la esterilidad tiene una génesis y una secuencia vinculada a situaciones depresivas de pérdida, privación y dolor, que son vividas catastróficamente por el sujeto por la ambivalencia y culpa con que se siente la relación de amor y odio hacia el mismo objeto.

Por su parte García en 1991, menciona que cuando la pareja comienza a darse cuenta de que quizá nunca puedan procrear un hijo, se desarrolla un estado emocional llamado "crisis de esterilidad", (en algunos casos ésta puede iniciarse durante el proceso de diagnóstico o a lo largo del tratamiento); aún cuando se han llevado al cabo varias investigaciones al respecto, en donde se ha tratado de concientizar al médico de que el problema de la esterilidad no es sólo a nivel biológico, sino que implica un problema a nivel biopsicosocial.

La crisis puede ser definida como una disrupción de un estado estable o como un período de desequilibrio. La crisis de infertilidad y de esterilidad evoca muchos sentimientos en la pareja. Algunos sentimientos son racionales, pues están basados en una real percepción de lo que se sabe de biología de la reproducción acerca de las investigaciones y tratamientos de la infertilidad y la esterilidad.

Otros sentimientos son más irracionales, basados en parte en mitos y supersticiones, o en pensamientos mágicos. Los sentimientos son iguales en las parejas que sufren problemas con su fertilidad aunque varían en orden e intensidad, cuando padecen una crisis de infertilidad o de esterilidad (Eck-Manning, 1980).

La "crisis de esterilidad-infertilidad", evoca muchos cambios emocionales los cuales generan conflictos en la pareja; cambiando completamente su rutina diaria y forma de vida, estando a la expectativa de cualquier cambio físico, en la búsqueda de la solución de su problema.

Morales (1989), menciona que la condición de esterilidad es un hecho que la pareja enfrenta con impotencia y frustración, debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir la función social esperada de toda pareja y para la cual se ha preparado cada individuo a lo largo de su vida: formar una familia. Las respuestas a esta situación llegan a ser muy

dispares, a consecuencia de las características de cada uno de los miembros de la pareja, así como de su experiencia de vida.

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de la infertilidad-esterilidad, tienen un impacto profundo en las personas. Es un proceso que invade el cuerpo, la personalidad, el trabajo y la mente; Es una crisis que involucra muchos aspectos personales que incapacitan las respuestas emocionales, las cuales dependen de muchos factores incluyendo la habilidad de la pareja para comunicarse, y la importancia que tenga el hijo para que la pareja tenga una identidad propia (Mahlstedt, 1991).

Los pacientes esteriles e infértiles, siguen las recomendaciones del médico al pie de la letra y se dedican toda su vida a procurar el embarazo, pero ellos nunca podrán crear nuevos órganos cuando están incapacitados, eliminar los desajustes que intervienen en la concepción, encontrar explicaciones de porque no pueden concebir o llevar a buen término al producto; ésta experiencia deja a las personas incapaces para llevar una vida sana (Mahlstedt, 1991).

El impacto de la esterilidad o infertilidad en las parejas es muy profundo, la manera en que se puede responder a la crisis de esterilidad-infertilidad puede ser de manera negativa o positiva, pues la infertilidad o la esterilidad

pueden ser una oportunidad para crecer o para destruir una vida; esto depende del grado de respuestas o significados que para la gente tenga (Mahlstedt, 1991).

Existen tres maneras para conceptualizar la crisis de esterilidad-infertilidad: (Mahlstedt, 1991).

a) La infertilidad-esterilidad es una crisis en desarrollo en la vida de los adultos casados, dado que el tener hijos constituye una parte natural en la vida de los adultos, tanto religiosa, cultural y social; cuando las parejas que no tienen hijos se sienten relegadas por estos aspectos, se conceptualizan diferentes, anormales y fuera de lugar. Algunas veces perciben al divorcio como algo más socialmente aceptado.

b) La esterilidad o la infertilidad es frecuentemente algo a largo plazo, una enfermedad crónica. Hay tres aspectos básicos a considerar: un embarazo sorprendentemente rápido; el diagnóstico de una permanente e intratable esterilidad-infertilidad; o un pronóstico incierto con la esperanza de embarazo. Estos tres aspectos son ambiguos, pues requieren diferentes estrategias para hacer frente a la situación, cuando la infertilidad-esterilidad no es curada por un embarazo o por el diagnóstico de ser permanente o incurable, se define como una enfermedad crónica que afecta la vida diaria de la pareja.

c) La infertilidad-esterilidad crea múltiples pérdidas en la vida de las parejas. Se incluyen pérdidas en las relaciones interpersonales, salud, status o prestigio, autoestima, autoconfianza, seguridad, la fantasía o la esperanza de llegar a una importante meta y un gran valor simbólico de tener algo o a alguien.

Mahlstedt, 1985, refiere que los pacientes esperan más de los doctores que de lo que ellos pueden dar, lo cual los frustra y enoja y hace que algunas veces no regresen con ellos. Las consecuencias emocionales de la esterilidad-infertilidad representan un significativo esfuerzo para muchos pacientes, estos tienen la esperanza de que su infertilidad o su esterilidad y el médico tengan influencia en el proceso de tratamiento, afectando su evaluación. Algunos diagnósticos han definido que la infertilidad-esterilidad tienen componentes médicos y psicológicos que son inseparables, así como factores emocionales íntimamente asociados.

Es por ello que en la actualidad es indispensable que los especialistas en reproducción humana, además de ser expertos en los aspectos clínicos de la esterilidad e infertilidad, entiendan y atiendan sus implicaciones psicológicas (Procaccini, 1990).

En este sentido Seibel y Taymor (1982), encontraron que aunque muchos autores han notado el incremento de problemas psicológicos entre las parejas estériles, pocos dan evidencia de que estos problemas son el resultado de la esterilidad. Estas circunstancias combinadas con la frustración y la ansiedad experimentada por la pareja estéril; crea un círculo vicioso que desafortunadamente afecta las relaciones interpersonales y sexuales de la pareja.

Por lo anterior y de acuerdo a la información recabada de estos aspectos se considera, que se deben analizar los cambios emocionales que tienen las parejas ante la "crisis de esterilidad-infertilidad" para el mejor entendimiento de este problema. A continuación se nombran y analizan los sentimientos y emociones que viven las parejas con problemas de fertilidad; los cuales no se manifiestan en algún orden en particular, sin embargo, tampoco se dan aisladamente, son interactuantes y están íntimamente asociados.



# CAPITULO 3

**CAMBIOS EMOCIONALES EN LA  
PAREJA ANTE LA ESTERILIDAD  
E INFERTILIDAD**

## **SORPRESA**

Esta primera respuesta la han contemplado autores tales como Menning, 1977, 1980; Moscona, 1992; García, 1991. Esta reacción se observa en la pareja cuando se entera de la imposibilidad de concebir es un shock emocional y de sorpresa,. Surge entonces, la pregunta ¿porqué yo? o ¿porqué a mi?, al pensar en la posibilidad de que sólo se trate de una corta etapa que pronto se superará, muchas parejas toman la decisión de cuidarse , de no tener hijos hasta el momento en que se encuentren estables económica, emocional y socialmente; esto actualmente para la sociedad es totalmente aceptado. En el momento en que la pareja decide procrear o tener un bebé y la pareja se da cuenta de que este proceso no se lleva a cabo tal y como se había planeado, la respuesta es de sorpresa ya que empieza a surgir un sentimiento de desajuste en la pareja por tal imposibilidad, pues al descubrir que existe algún tipo de incapacidad de la pareja para concebir cree en ese momento que es algo pasajero y que se puede superar y solucionar con el tiempo.

## **NEGACION**

La pareja elude la realidad y no acepta que se le llame estéril. La respuesta o reacción más frecuente ante este sentimiento es negar el hecho de que se es estéril o infértil, especialmente cuando se ha dado el diagnóstico de



irreversible o intratable a algún miembro de la pareja, surgiendo la expresión -"esto no puede pasarme a mí"- . Es una respuesta aceptada, para que la mente y el cuerpo encuentren un ajuste y equilibrio ante esta situación de desorganización, esta puede ser peligrosa solamente cuando se maneja a a largo plazo o como un mecanismo de defensa permanente (Menning, 1977,1980; Moscona, 1992; Gracia, 1991).

### **AGRESION O ENOJO**

Las múltiples pérdidas causadas por los abortos habituales, y el estrés que causa la esterilidad deja a la pareja no sólo deprimida sino enojada (Mahlstedt, 1985; García, 1991), es decir, el tiempo modifica el choque psicológico inicial y la dificultad para aceptar la realidad se convierte en un estado de agresión contra la misma pareja y sus familiares, contra el médico y, en general, contra la sociedad. La pareja se siente segregada y recelosa por lo que otras personas logran sin ninguna dificultad. La agresión aumenta gradualmente, pues nada ni nadie parece poder ayudarle, la pareja sufre profundamente y se considera infravalorada. Se incurre en conductas autodestructivas como un castigo por lo que su cuerpo no es capaz de ser productivo, e incluso uno de los cónyuges puede dirigir su agresión contra el otro, haciendolo sentir inútil. La agresión contra las otras parejas se deja sentir y los hijos ajenos se ven con profunda envidia. Al enojo y la agresión pronto se suma la sensación de injusticia

y de profunda inconformidad. En estas condiciones las relaciones sociales también se ven afectadas y se dificultan especialmente con parejas que no tienen ningún problema. Las interacciones sociales son desagradables, los amigos no proporcionan relajación ni placer y, en la misma pareja, hay menor grado de unión, menor entendimiento y, por lo tanto la comunicación se imposibilita (Moscana, 1992).

Menning (1977,1980), considera que el enojo es una respuesta esperada en la cual se pierde el control. El enojo puede ser racional dado que la pareja ante esta situación percibe la presión social de su familia y amigos, así como, al dolor de los inconvenientes y molestos tratamientos a los que son sometidos. Otras veces es irracional, pues el enojo es proyectado hacia un blanco específico: "parejas que tienen hijos como conejos"; el cual causa un dolor intenso que la pareja no puede manejar y admitir.

### **AISLAMIENTO**

Las parejas quieren mantener su esterilidad e infertilidad en secreto porque no desean ser objeto de lastima, o por el temor de recibir consejos no solicitados o agresiones verbales; desde luego, tales consejos frecuentemente estan basados en mitos y supersticiones: "relajate", "tengan una segunda luna de miel"; si la mujer está trabajando, "renuncia a tu trabajo"; si está abrumada en casa "ponte a trabajar

para que te distrigas". Aunque la privacia es comprensible puede tener varios efectos negativos, incrementando las presiones por parte de la familia y amigos acerca de los planes de la pareja para iniciar una familia. Lo que surge, y se considera más importante es cortar relación con las personas que le brindan apoyo y confort en el momento que más lo necesitan, levantando una barrera psicológica que obstaculiza la comunicación con los demás, ya que resulta insoportable ver la alegría de los otros sin sentirse miserable, siendo intolerable conocer a los hijos de otras parejas.

La conflictiva personal se transforma en una presión excesiva y se dificulta el manejo de las emociones personales. La pareja sufre profundamente y se siente incomprendida; considera que nadie les puede ayudar y conforme pasa el tiempo la situación se agrava. Al prolongarse el problema se presenta un deseo de aislamiento y soledad en un intento inútil por resolver la conflictiva, debido a que la esterilidad-infertilidad es algo muy personal y de inherencia sexual (Menning 1977, 1980; Mahlstedt, 1980; Videla y Savransky 1984; Moscona 1992).

En este sentido Chandra et. al. (1991), manifiesta que laasd parejas que no tienen hijos involuntariamente al estar bajo presión de sus familiares y amigos así como, de los médicos por los que son atendidos, los cuales intentan estructurar su relaciones sexuales y su vida marital; además de la alta tensión emocional que pasan por el hecho de ser estériles o infértiles, produce que estos factores en combinación tiendan a hacer que la pareja evite cualquier tipo de relación aislandose del medio por completo.

### **CULPA**

Se considera que otra de las razones para mantener en secreto la esterilidad-infertilidad es la presencia de la culpa. Pareciera que la pareja necesita construir una relación causa-efecto para los eventos que le suceden. Los miembros de la pareja revisa su propia historia y la de ambos como pareja para buscar un acto culpable por el cual están siendo castigados: el uso de anticonceptivos, drogas, relaciones pre y extra-maritales, abortos, masturbación, pensamientos y actos homosexuales y aún el placer sexual por sí mismo (Menning 1977, 1980; Videla y Savransky, 1984; Seibel y Taymor 1982; Mahlstedt 1985; Moscona 1992).

Cuando la pareja estéril "se da cuenta" el acto culpable empieza a buscar el perdón a través de actos religiosos de la aceptación de tratamientos dolorosos. Las personas que tienen una baja autoestima parecen ser más vulnerables a tener sentimientos de culpa acerca de su esterilidad o infertilidad y creen que no merecen el embarazo y por lo tanto deben mantener su esterilidad-infertilidad en secreto por el temor de que se descubra que tan "malas" han sido (Menning, 1977, 1980).

Muchas parejas sienten culpa excesiva, suponiendo desajustes en muchos aspectos de su propia vida y en la de sus familias. Otras parejas se inclinan por manifestar su culpa tratando de dar respuestas a preguntas irracionales, tales como: ¿ el apellido familiar terminará conmigo ?, ¿ no cuidé mi cuerpo adecuadamente ?, ¿ espere demasiado para embarazarme ?, ¿ esto es por algo que hay en mi cuerpo ?, ¿ Dios me estrará castigando ? etc. La culpa es un sentimiento que se antepone surgiendo los "por qué" (Mahlstedt 1985).

El sentimiento de culpa crece paulatinamente por no poder dar vida a otro ser humano, por perder la continuidad genética, por privar a su cónyuge de un hijo que le proporcionaría gran alegría. El hacer pasar al cónyuge por una situación emocional tan difícil conlleva a pensar en el divorcio o en la separación al pensar que su pareja puede unirse a otra persona con la que tenga mayor suerte. El

sentimiento de culpa se convierte en una emoción intolerable si se considera la frágil situación en que se encuentra la pareja (Moscona, 1992).

### **DEPRESION**

El constante fracaso en los tratamientos médicos, curvas de ovulación, laparoscopias, inseminaciones, etc.; van generando depresión. Aunado al impacto emocional de las depresiones sociales y culturales que afectan al individuo y a la pareja como consecuencia de la imposibilidad de la procreación (Duarte, Morales y Kably 1990).

La depresión esta caracterizada por desesperanza y desamparo, es muy común que se manifieste este sentimiento como consecuencia del diagnóstico y tratamiento de la esterilidad o infertilidad. Algunas parejas, manifiestan estados depresivos periódicos y cortos, generalmente relacionados con el fracaso de alcanzar la temperatura ideal y como consecuencia se repite el ciclo menstrual; para otras parejas la depresión es una diaria maldición durante este proceso. Por lo tanto para algunas parejas la depresión es una incapacidad, para otros es una pesada carga emocional que hay que aprender a llevar en la vida diaria. De cualquier manera como se viva la experiencia de la depresión, es la respuesta a las grandes y excesivas pérdidas y al prolongado

estrés creado por la esterilidad o la infertilidad (Mahlstedt, 1985).

Daniluk en 1988 dice que la depresión ha sido reportada como una reacción sintomática común de la infertilidad-esterilida, considerando que dentro de la pareja se encuentran niveles más altos en la mujer que en el hombre.

### *ESTRES*

Mahlstedt (1985), describe que, el estrés al igual que las pérdidas agotan la energía psicológica utilizada para la vida diaria y la resolución de problemas de todo tipo de dimensiones; por lo que se empieza a tener menos fuerza y la persona se deprime (Morales, Kably y Díaz-Franco, 1992).

Existen diferentes opiniones acerca de las causas del estrés. Algunos definen al estrés como la principal experiencia que crea la necesidad de cambiar la vida de una persona; otros la visualizan como un pleito prolongado y diario, puesto que, involucra el chequear temperatura basal, ingerir medicamentos, asistencia médica, programar las relaciones sexuales, tiempo fuera del trabajo y un largo y costoso tratamiento (Mahlstedt, 1985).

Por otro lado Andrews, Abbey y Halman en 1992, encontraron que, la literatura está llena de anécdotas y evidencia acerca

de la relación entre la infertilidad-esterilidad y el estrés, así como, del impacto y deterioro de la función que ejercen los problemas de fertilidad y el estrés en la relación de pareja y de la calidad de vida de los esposos. Algunos autores mencionan que, el estrés está dado por tres aspectos: 1) el tener hijos es muy importante para la mayoría de las parejas, 2) la ocurrencia de problemas de fertilidad, se vuelve común y generalmente incapacita a la mayoría de las parejas y 3) la solución a los problemas de esterilidad frecuentemente es difícil, pues es excesivo el tiempo que se utiliza y además muy costoso. Aunque la solución a estos problemas involucran algún tipo de intervención psicológica el estrés psicológico que muchas parejas experimentan y su efecto en su calidad de vida se convierte en un importante problema. Los médicos que han tratado problemas de fertilidad han encontrado que la pareja, necesita no sólo interesarse por aspectos médicos del problema sino también de la situación psicológica (Edelman y Connolly 1986).

En el estudio que llevan a cabo Andrews, Abbey y Halman (1992) dicen que una parte de un largo estudio sobre infertilidad-esterilidad donde se involucran factores psicosociales y calidad de vida, manifiestan como el estrés esta relacionado con muchos factores de la pareja y existe una obvia relevancia en las parejas con problemas de infertilidad-esterilidad. Una importante propuesta de este



análisis es comparar las dinámicas del estrés en parejas fértiles y parejas con problema de fertilidad.

En este estudio encontraron que el estrés tiene importantes efectos para ambos miembros de la pareja; incrementa el conflicto en la relación, la insatisfacción sexual, decremента la autoestima y la frecuencia de las relaciones sexuales. El estrés tiene negativos y directos efectos en la calidad de vida, estos tienden a manifestarse con mas fuerza en las esposas que en los esposos; es decir, la manera que el hombre enfrenta el estrés ante su esterilidad es muy similar a enfermentar el estrés ante otros problemas; para las mujeres sin embargo, el estrés y sus problemas de fertilidad se convierten en algo muy importante, pues se manifiestan más marcadamente deterioros en su capacidad sexual, en su insatisfacción sexual perdiendo la efecacia para enfrentar otros problemas donde intervenga el estrés.

Así bien el estrés tiene gran fuerza y mayor impacto en las mujeres que en los hombres, esto no quiere decir que los esposos no esten afectados por la esterilidad. Se considera que las parejas que se ven afectadas por el estrés deben asistir a tratamiento médico, ambos miembros de la pareja.

Este estudio sugiere que el estrés frente a los problemas de la fertilidad, afecta la calidad de vida no sólo

directamente sino substancialmente a través del impacto de la relación de pareja.

Por otro lado Link y Darling manifiestan que el estrés esta intimamente relacionado con el tratamiento médico, los médicos estan concientes de que se presenta el estrés en dicho tratamiento.

#### **FRUSTRACION Y ANSIEDAD.**

La frustración y la ansiedad, ya sea, que se de a nivel conciente o no, comunmente se espera que se manifieste en las parejas y esto hace que ellas decidan el buscar ayuda médica (Sturgis, Taymor y Morris 1957; Link y Darling, 1986).

Seibel y Taymor en 1982 mencionan que la frustración y la ansiedad se dan por el fracaso de concepción y por la decisión de asistir a un chequeo médico. La ansiedad puede ser el resultado de una experiencia frustrante, de la presión social y del ajustarse a la infertilidad-esterilidad (Given, Jones y Macmillen, 1985).

Por otro lado, Mendelberg (1986), dice que la frustración se va acumulando durante el tiempo y es proyectada por explosiones de estados de ánimo como el enojo o la ira, por verbalizaciones agresivas hacia el esposo, haciendole ver que el no es un hombre de verdad por no lograr que ella conciba

un hijo, sin embargo, al mismo tiempo revierte la agresión hacia ella sintiendo culpa y reprimiendo su hostilidad, con la sensación de que ella no la mujer adecuada para el esposo.

#### *TENSION Y ANGUSTIA.*

Berg y Wilson en 1990 contempla la tensión y la angustia como problemas asociados a la infertilidad-esterilidad, considerando estos como factores inhibidores de la fertilidad. Señala que los niveles de tensión intrapersonal como interpersonal son más elevados y comunes, mientras más avanza el tratamiento y durante los exámenes para diagnosticar la esterilidad-infertilidad.

Los estudios hechos por Berg y Wilson sugieren que los tratamientos de los problemas de la esterilidad pueden producir, a corto o largo plazo síntomas psicológicos y de tensión marital.

#### *AJUSTE CAMBIO Y SATISFACCION SEXUAL*

En lo relativo al funcionamiento sexual, se ha encontrado que existe satisfacción en torno al aumento o disminución tanto del placer como de conflictos en esta área, relacionandolo directamente con la esterilidad (Morales, Kably y Díaz-Franco, 1992). Fagan (1986), reporta que no existe evidencia para concluir que los pacientes que son

sometidos a un tratamiento de fertilización In Vitro y transferencia de Embrión (FIVTE), tengan un elevado índice de disfuncionalidad sexual, incluso sugiere que la disfunción puede concluir a la abstinencia, por lo que resalta la importancia de investigar a la frecuencia de contactos sexuales particularmente en aquellos casos en que no se llega a establecer una causa orgánica.

Es importante resaltar que la sexualidad en estos casos juega un importante lugar, ya que no es remoto encontrar parejas con una práctica esporádica (casi nula), o cuyo ejercicio se restringe a épocas no fértiles del ciclo menstrual (Morales, 1989).

En estos casos, el embarazo es percibido de manera ambivalente (en el sentido de desearlo y a la vez no desearlo) y de manera paradójica se encuentran acciones que conducen a la consecución del embarazo y, por otro lado, conductas que lo tratan de evitar.

Daniluk en 1988, realizó una investigación longitudinal para medir el impacto de la infertilidad-esterilidad en las parejas; este estudio estaba enfocado a determinar, si existían cambios en la relación de pareja, en la satisfacción sexual, y niveles de desajuste sexual durante el tratamiento médico. Los cambios estaban basados en el sexo, en la información del diagnóstico y por el tiempo que la pareja

llevaba tratando de concebir. Los resultados de esta investigación indican, que existe un significativo desajuste que es experimentado por las parejas durante la entrevista inicial y el tiempo que dura el diagnóstico. Es importante notar que en cuanto a la satisfacción y el funcionamiento sexual están representados por dos diferentes niveles, uno estaría basado en la relación sexual de la pareja, y el otro en la medida en que cada uno de los miembros de la pareja perciben su propio nivel subjetivo de satisfacción sexual, oponiéndose a la frecuencia en que se dan las relaciones sexuales. Manteniendo esta diferencia se puede entender para fines de la investigación realizada por Daniluk, que no existe alteración en los niveles de satisfacción sexual en la pareja cuando se encuentran bajo la intervención de una intensiva y extensiva investigación médica.

En cuanto al ajuste marital Daniluk manifiesta que la mayoría de los participantes de esta investigación no presentaban ningún cambio positivo o negativo en sus niveles de ajuste marital.

Por otro lado Drake y Grunet (1979), en una investigación que hicieron con 51 parejas con problemas de fertilidad las cuales fueron evaluadas por una prueba postcoital, suponen que, la incidencia y disfunción sexual está identificada por muchos factores que son inherentes a la parte masculina en un ciclo de estrés; esto constituye un factor importante para

las investigaciones que se han hecho sobre disfuncion sexual en parejas con problemas de fertilidad.

En otra investigacion donde se examinaron 104 parejas en diferentes etapas de intervencion medica, las cuales estaban basadas en tres periodos en que las parejas habian estado bajo tratamiento medico: se consideraba un año, dos años y tres años o mas (Berg y Wilson, 1971) en este estudio se manifiesta que el ajuste marital y las relaciones sexuales en el primer año son muy poco afectadas por las presiones que involucra el diagnostico inicial y el regimen de tratamiento. Los efectos que involucran a esta instancia afectan primeramente los aspectos psicologicos, como sintomas depresivos y mala relacion interpersonal, pero aun el ajuste y la relacion sexual se mantienen estables.

Durante el segundo año se indica que es comparada con el primero, pues los desajustes emocionales son leves, durante este periodo se refleja que la pareja ha asimilado el diagnostico de esterilidad-infertilidad y han crecido los rigurosos regimenenes que involucran el tratamiento medico.

La tercera fase representa el período más difícil para la pareja pues la tension psicologica es mas alta que en las otras dos etapas en donde se notan sintomas depresivos, tension interpersonal, ideas paranoicas, el incremento en actos obsesivos-compulsivos, hostilidad y ansiedad. Los

indices del ajuste marital y la satisfaccion sexual se encuentran altos. Los hombres manifiestan poca capacidad de control en su eyacuacion y muy poco satisfechos con sus capacidades o habilidades y resultados. Una de las grandes dificultades que se encontraron en este estudio es que el estrés crónico que produce la inferilidad-esterilidad afecta no solamente al individuo sino también a su relación de pareja y sus relaciones sexuales.

Link y Darling (1986) por su parte dicen que las esposas expresan actitudes poco favorables hacia su satisfaccion sexual y marital, pues el acercamiento con las relaciones familiares contribuye a que exista mayor satisfaccion de vida pues esta hace que las parejas infértiles-esteriles sean capaces de reconciliarse con la idea de la paternidad y con su condicion de pareja esteril o infertil.

Los resultados que revelan el estudio hecho por Chandra et al en 1991, nos dicen que la percepcion de las relaciones maritales dependen del diagnostico final. Los resultados manifiestan que solo un tercio de las mujeres reportan problemas en su funcionamiento marital, conceptualizando que el modelo de una familia tiene sus bsase importantes en la procreacion y que el tener hijos beneficia la relacion de pareja.

Este estudio nos dice que los problemas maritales no son unicos de las parejas esteriles-infertiles, sin embargo, estos conflictos si son particulares en parejas que desean hijos por muchos años y no lo consiguen. Los problemas sexuales reportados en este tipo de parejas es aproximadamente de un 20% pues lo que mas se manifiesta es el decremento en el interés sexual.

Pines en 1970 reporta que la espontaneidad de las relaciones sexuales se restringe dado que los medicos otorgan o denegan una relacion sexual normal.

#### ***DUELO***

Finalmente, después de períodos de intensa esperanza y optimismo que se alternan con otros de angustia, culpa y frustración, en ciclos de emociones contrarias que pueden ser vividas por las parejas durante meses o años, poco a poco van aceptando su incapacidad para concebir y, al igual que cuando se pierde a un ser querido las personas pasan por un período de duelo (Moscona 1992). En la infertilidad el duelo es vivido por la pérdida real del producto en donde la pareja debe pasar por un proceso para su resolución (como se menciona en el capítulo I).

En la esterilidad el duelo se vive de manera diferente, ya que la pérdida no es tangible y objetiva, lo cual lleva a la



pareja a altos niveles de estrés el cual ocasiona que se perciban otro tipo de pérdidas. Nachtigall, Becker y Wozny (1992), refieren que el estigma de la infertilidad-esterilidad esta basado en términos utilizados tanto por el hombre como por la mujer, pues estas se sienten "defectuosas", "deformadas" o vacías, por otro lado los hombres con problemas de esterilidad se perciben como "incapaces", o "masculinidad disminuida", "perdedores".

Estos autores dicen que las pérdidas se perciben por la incapacidad del embarazo. Aunque la percepción de la pérdida difiere tanto para el hombre como para la mujer no existe mucha diferencia en como el hombre experimenta la imposibilidad de ser padre que cuando lo es, sin embargo para la mujer esto implica mayor fracaso en su vida personal.

Para Mahlstedt (1985), existen diferentes tipos de pérdidas dado que la experiencia de la esterilidad los involucra:

-Pérdida de autoconcepto El diagnóstico y los tratamientos médicos tienen gran influencia en la percepción de la imagen corporal, pues tanto hombres como mujeres creen que sus cuerpos son defectuosos por padecer de esterilidad, la pareja se siente vulnerable y tiene un pobre concepto de su imagen corporal. Un aspecto importante que se debe considerar en este punto es que la espontaneidad sexual se ve afectada

pues, decremента dado que la percepción de sí mismo se ve devaluada.

El ser estéril es un insulto para la autoestima de mujeres y hombres. Para muchas parejas el fracaso de la concepción esta relacionado con la importancia personal y unión de pareja. Esto lleva a que las parejas manifiesten actitudes negativas para con otros, particularmente utilizan la agresión y los celos (Mahlstedt, 1985).

Nachtigall, Becker y Wozny, (1992), sobre este aspecto reportan que, sin excepción las mujeres estériles e infértiles presentan baja autoestima, ya que visualizan la posibilidad de la maternidad como algo que esta directamente relacionado con el ser mujer. Del mismo modo el hombre que padece algún factor de esterilidad pierde su autoestima, pues ellos relacionan la incapacidad de procreación con la pérdida de la potencia sexual.

De igual manera consideran que, el papel desempeñado por el el fracaso, tanto para el hombre como para la mujer, reporta sentimientos de fracaso que van a depender o a variar por razones de género y por factores de esterilidad, es decir, la mujer se siente fracasada en términos de que la continuidad genética de su familia no será cíclica por su culpa, e interpreta esto devaluandose y sintiendose una mujer infravalorada; en este sentido el hombre que presenta algún

factor de esterilidad es afectado primeramente por sus sentimientos de fracaso hacia su propio género y por no poder procrear, afectando directamente sus expectativas como hombre.

-Pérdida de la autoconfianza. Las parejas estériles se sienten devastadas, al darse cuenta el trabajo que les cuesta mantener el control por la experiencia de sentirse con problemas en su fertilidad; perciben el gran esfuerzo que han hecho en términos de tiempo, el enorme gasto económico, la persistencia y el sacrificio que han hecho como individuos y como pareja, aterrizando siempre en la misma conclusión el no concebir un hijo, sin tanto esfuerzo como otras parejas lo hacen, puesto que, no importa lo que hayan hecho o que tan duro hayan trabajado en el asunto; el fracaso invade todos los aspectos de su vida (Mahlstedt, 1985).

Hombres y mujeres profesionales, tienen problemas para concentrarse en metas a largo plazo, se encuentran más enfocados por hablar del tratamiento médico, de negar las consecuencias emocionales de la esterilidad y manteniendo la esperanza diaria de que este proceso terminará pronto, y conseguirá su meta: "lograr la concepción" (Mahlstedt, 1985).

Por lo que la pareja estéril se torna insegura ante innumerables decisiones, concernientes al tratamiento médico y las alternativas para continuarlo, la posibilidad de

adoptar o aceptar el hecho de que nunca tendrán un hijo, provocando una serie de preguntas en relación a su vida: ¿podré regresar a trabajar o a la escuela?, ¿Podremos mudarnos?, ¿algún día dejaré el tratamiento médico, ma harán cirugia o continuaremos siempre tomando la temperatura basal?, ¿seré un desertor, si deajo fácilmente lo empezado?, ¿puedo cambiar de médico?, ¿cuándo sabremos que es lo mejor para nosotros?, ¿deberíamos adoptar o considerar la inseminación artificial?.

Mahlstedt (1985), señala que, desafortunadamente no hay respuestas definitivas a estas preguntas y ciertamente las parejas no saben cual será la decisión más acertada a su problematica. Toda esta situación se vuelve un largo proceso en donde lo principal en la vida de la pareja es concebir un hijo, perdiendo expectativas hacia el futuro, tornandose inseguros, sin capacidad para conseguir una meta, estas parejas pueden tener un control en su vida con el apoyo y comprensión de sus familiares.

-Pérdida de la seguridad. La seguridad en el trabajo se ve afectado frecuentemente por los procedimientos y tratamientos involucrados con la esterilidad. Mujeres y hombres dejan muchas oportuniades en el trabajo por la intervenciones médicas y por los tratamientos que lo médicos proporcionan a estos pacientes. Muchas mujeres descuidan su trabajo por seguir al pie de la letra les indicaciones del médico, y

frecuentemente abandonan el aspecto laboral por asistir a su consulta tornando su medio de trabajo en tensión para ella y su jefe (Mahlstedt, 1985).

Las parejas se desequilibran económicamente a consecuencia de los medicamentos, tratamientos y operaciones. Cambian sus relaciones sociales y compromisos culturales que anteriormente les proporcionaba posición en su grupo social. Esto representa para estas parejas pérdida de su seguridad económica lo cual hace que siempre estén pendientes de los gastos y previniendo lo que pueda pasar.

Pérdida del prestigio y estatus. La sociedad por siempre ha valorado la paternidad-maternidad como algo relevante en la relación de pareja, lo cual hace que surja una inevitable pregunta: ¿cuántos hijos tienen?, por lo que las parejas sin hijos se sienten relegados incrementando la idea y esperanza de concebir. Algunas parejas consideran que el divorcio es más socialmente aceptable que la esterilidad. Otras piensan que su círculo social se vera fuertemente afectado por su incapacidad de concebir (Mahlstedt, 1985).

La fertilidad y la virilidad se convierten en un aspecto muy importante en la vida de los hombres y las mujeres, pues un hombre que no puede tener un hijo piensa que la sociedad le cuestionará su masculinidad (Videla, 1984). +Los familiares y amigos de la mujer critican constantemente el

que la pareja no tenga hijos infiriendo siempre que no estan del todo completos recordandoles el hecho de que necesitan un hijo, lo que hace que estas parejas se aislen de la familia y de los amigos pues, se sienten despreciados por sus propios familiares, entonces, se tornan diferentes, menos aceptados por la sociedad y fuera de ella (Mahlstedt, 1985).

-Perdida de la esperanza. Despues de unos años de tratar la concepcion sin exito muchas parejas experimentan gran desamparo. Se sienten frustrados y tristes de no haber podido tener un bebe y al mismo tiempo sin esperanza de que suceda en el futuro; pues nunca podran ser padres y tampoco viviran la experiencia de todos esos actos sociales, personales y religiosos que representa la paternidad-maternidad (el embarazo, el nacimiento, el bautismo, el seleccionar la escuela adecuada, el ver como los hijos preparan su matrimonio etc.). Esto representa para muchas parejas la incomplementariedad de su vida; la incapacidad de crecer y convertirse en adulto, pues la paternidad es una vision idealizada de la adultez, perdiendola se siente dolor y se pierde la esperanza (Mahlstedt, 1985).

#### **RESOLUCION.**

Moscona (1992), señala que la aceptación de la esterilidad es el final de un largo sufrimiento que llega siempre acompañado de un sentimiento de profunda depresión, ya que

implica abandonar la lucha, aceptar aquello que parecía inaceptable cambiar la perspectiva del futuro y resignarse. Esta etapa implica una reestructuración de la vida emocional de la pareja para aceptarse nuevamente y establecer la propia estima y valía aún sin poder procrear; Menning (1977, 1980); considera que el proceso de resolución requiere de que se reconozcan los sentimientos, se trabaje a través de ellos y se hagan consientes.

La sexualidad adquiere un nuevo sentido por no ligarse a la procreación. En esta etapa se considera la necesidad de nuevos proyectos, otras alternativas distintas que permitan enfrentarse al problema, como permanecer sin hijos o iniciar el largo proceso de la adopción. Aceptar la esterilidad-infertilidad es un fracaso personal e implica que no tendrán hijos propios, se renuncia a la continuidad genética y la pareja debe aceptar que es estéril-infértil (Menning, 1977, 1980; Moscona, 1992).

No hay posibilidad de tener la experiencia del embarazo y hay que encararse a las críticas de la sociedad, asimismo, implica poner fin a un largo conflicto y terminar con un estado de angustia y tensión constantes, reestructurar la vida y buscar la tranquilidad emocional (Moscona, 1992).

Por otro lado las parejas visualizan la etapa de resolución de varias maneras, quizá por el regreso del gusto y

bienestar, por el regreso de la energía, el surgimiento de nuevas perspectivas acerca de la esterilidad-infertilidad, el sentir que el optimismo y la fuerza regresan, así como el sentido del humor, tornándose algunas experiencias pasadas en cortas historias muchas veces absurdas (Menning 1977, 1980).

No hay duda de que para cada pareja existen variantes específicas y cada una encontrará una solución que resulte óptima para su situación. Como en todas la crisis las personas maduran emocionalmente para enfrentar la presión social y para resolver su conflictiva emocional. Las experiencias pasadas durante esta etapa crítica de sus vidas quedarán grabadas en la memoria y sin duda matizarán las percepciones y emociones futuras.



### 3.2 ADOPCION

Al comprobarse la esterilidad y la infertilidad definitiva y al haber logrado la resolución ante este aspecto, las parejas deciden quedarse sin hijos y complementar sus vidas con actividades que le sean gratificantes y les permitan un desarrollo personal, o bien, buscan adoptar un niño como compensación a su deficiencia, convencidas de que es el componente psicológico, más que el biológico el factor crucial para ser un buen padre.

Moscona (1992), menciona que no todas las parejas están completamente preparadas para recibir un niño en adopción; diversos estudios han demostrado que algunas adopciones llevadas a cabo por padres que no tenían la actitud adecuada ante esta situación, fracasan y ocasionan un gran daño, no sólo a los adultos involucrados sino también al hijo adoptado; por lo tanto el médico no debe ofrecer a la pareja la alternativa de adopción inmediatamente después de llegar a la conclusión de la esterilidad-infertilidad definitiva. La decisión de adoptar debe originarse de la misma pareja y sólo después de haber superado la crisis emocional. Debe transcurrir un período de duelo y aceptación de lo "perdido", en el cual las parejas se enfrentan a la realidad y aceptan gradualmente la incapacidad para concebir, la discontinuidad genética, la pérdida de la esperanza, el sentimiento de inferioridad y de un mal funcionamiento corporal.

Debe haber una resignación a la dolorosa realidad y una reestructuración de los valores de la vida logrando cierta estabilidad emocional para poder emprender un paso tan crucial como es la adopción (Moscona, 1992).

Cabe señalar lo que menciona Perez-Peña (s/a) en cuanto al mito que se tiene con respecto a la adopción el cual dice que "La adopción de un niño busca resolver temporalmente el problema emocional de la pareja y aumentar su fertilidad, lo cual es completamente falso".

En este sentido Edelman y Connolly (1986), reportan que no existe evidencia de que la adopción decremente la tensión emocional que viven las parejas imposibilitadas para concebir. Mencionan que existe la creencia común de que al adoptar a un niño la capacidad de concepción es más alta, sin embargo, esto no tiene evidencias claras en ninguna investigación, al respecto agregan los resultados obtenidos en una investigación (Arronet et al) conformada por 533 parejas con problemas de fertilidad de las cuales 133 habían adoptado en un periodo de 9 años; la incidencia de embarazo seguida de la adopción fue de un 20%, mientras que las parejas restantes que no habían adoptado, el embarazo llegó a ser de un 66%. Las parejas que habían adoptado encontraron que debían esperar mucho tiempo después de la adopción para tener un hijo por lo que los autores de esta investigación

concluyen que es una especulación que se le de un valor terapeutico a la adopción, pues éste es infundado..

Consideramos que todos los aspectos anteriores son factores relevantes en la relacion de la pareja tanto esteril como infertil, los cuales deben de ser contemplados para lograr un mejor manejo de las parejas que presenten dichos problemas. Lo anterior nos hace afirmar que tanto el médico como el psicólogo deben estar intimamente relacionados con los conflictos que presentan estas parejas, para que la relacion que se establece en el consultorio sea favorable para el pronóstico.

### **3.3 RELACION MEDICO-PSICOLOGO Y LA PAREJA ESTERIL-INFERTIL**

En la actualidad es indispensable que los especialistas en reproducción humana, además de ser expertos en los aspectos clínicos de la esterilidad, entiendan y atiendan las implicaciones psicológicas de ella (Procaccini, 1990).

El conocimiento de los elementos de pronóstico en el estudio de la pareja estéril tiene gran valor. Hoy, el médico especialista debe estar capacitado para informar a la pareja que pregunta sobre las posibilidades de éxito de su esfuerzo. Esto implica abandonar la actitud autoritaria y responder a la legítima necesidad de los pacientes de conocer los términos de la relación costo/beneficio (Procaccini 1990; Botella, 1971; García, 1991; Pérez-Peña, s/a; Eck-Manning, 1980; Moscona, 1990).

Dado que, Videla y Savransky en 1984, señalan que, la interacción de la pareja estéril hace que su patología, sea considerada como una estructura gestáltica, la cual circúle por el vínculo médico-paciente y se mantenga en relación dialéctica con el mundo externo. En este esquema se debe considerar la interrelación de ambos miembros de la pareja entre sí, la de los componentes de las diferentes áreas del comportamiento y la relación entre ambos, así como las mutuas influencias de éstos como entidad y de cada uno por separado, con el médico que diagnóstica la enfermedad.

Por lo anterior, la pareja estéril e infértil deberá seguir, bajo la dirección y supervisión de un médico especialista, un plan diagnóstico y terapéutico, que será tanto más impactante en sus vidas cuanto más se prolongue en el tiempo o no sea exitoso. Dos personas físicamente y psíquicamente saludables se transformarán en "enfermas" al tener que aceptar pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos o medicamentosos, Procaccini, 1990).

La relación médico-paciente es vital. El médico debe comprender los factores emocionales asociados, y la pareja deberá entender perfectamente lo elemental de la fisiología de la reproducción. el porqué de cada estudio, la interpretación de los resultados, las posibilidades terapéuticas de los procedimientos, las distintas opciones para su caso en particular, el tiempo que tomará la evaluación completa, los factores económicos pertinentes, etc.El médico, además de los conocimientos necesarios, debe disponer de tiempo para tratar adecuadamente a la pareja. Es imperdonable la ligereza, tanto al alentar falsas esperanzas como al considerar perdido un caso sin un estudio completo (Pérez-Peña s/a).

No nos cabe la menor duda de que las parejas que atraviesan un período de dificultad de su capacidad generativa, se encuentran particularmente disminuidos en su autoestima, con mayor fragilidad y sensibles a cualquier conducta médica, que

parezca confirmar su propia desvalorización y autocuestionamiento.

Procaccini en 1990, indica que existen varias causas del habitual descuido con respecto a contemplar los componentes emocionales o psicológicos en esterilidad e infertilidad:

a) El médico especialista es, en general, un experto para manejar un problema físico completo como es el estudio de la esterilidad, está habituado a conversar con la pareja que consulta sobre los aspectos físicos y debería estar entrenado para afrontar los aspectos emocionales.

No puede, o no quiere, dedicarle el tiempo necesario a la entrevista. Muchos médicos no creen en la importancia del factor psicológico en la esterilidad como para dedicarle atención.

b) Es común que la pareja no se dé cuenta del trascendente efecto que tienen en sus vidas el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad. También es probable que aunque necesite apoyo emocional, no lo haga evidente, no lo pida y tal vez esconda tal necesidad.

Para que el especialista resuelva estas cuestiones es necesario, en primer lugar, que tome consciencia de su indispensable función como psicoterapeuta en su trato con la pareja estéril.

También debe saber en qué casos y de qué manera debe solicitar la colaboración del psicoterapeuta especializado. Esta función de psicoterapeuta del especialista debe desarrollarse al actuar éste como depositario y control de las ansiedades y como esclarecedor de las situaciones.

La primera parte de esta función la realizará a través de la actitud médica de "hacerse cargo" de la situación. Esto se hará en forma segura, pero sin soberbia, lo que demostrará a los consultantes que alguien, en quien pueden confiar se ha hecho cargo de sus problemas.

Esta actitud receptiva, generadora de confianza, mejora la comunicación con los miembros de la pareja y entre ellos, permitiendo atravesar las intancias difíciles y largas del estudio y tratamiento con menor ansiedad y mayor facilidad.

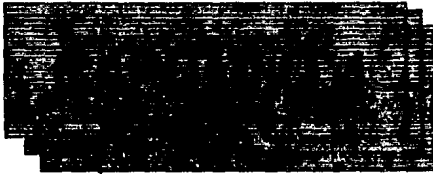
Son consejos prácticos: utilizar palabras sencillas en las explicaciones; no dar recomendaciones como "necesita relajarse" o "debe esforzarse", apoyar la autoestima de ambos cónyuges y acentuar una actitud de aceptación carente de críticas sobre la vida pasada de los cónyuges. La comunicación con ambos será estimulada con preguntas sobre sus sentimientos u opiniones y a su vez se permitirá que formulen quejas y preguntas que serán contestadas adecuadamente, (Procaccini, 1990).

Moscona en 1990, considera que el médico debería tener el conocimiento y la destreza necesaria para resolver el problema de la esterilidad, razón por la cual las parejas acuden a consulta esperanzadas y optimistas. Introyectán al médico paralelamente a sus sentimientos y de acuerdo con las características de la situación.

Durante las primeras consultas el médico es percibido como una esperanza, sin embargo, cuando no se consigue lo deseado, suceden frustraciones y la pareja adopta la actitud de poner a prueba la capacidad del médico, si cada tratamiento es frustrante, surge la desconfianza dando como resultado relaciones conflictivas entre médico y paciente, (Moscona, 1990).

En fin, es necesario establecer un contacto humano, profundo y sincero entre la pareja, el médico y el psicólogo, como si forman una unidad en la que actúan para llegar al entendimiento "ideal", y dar mejores alternativas al problema.





## **ANALISIS Y CONCLUSIONES**

## **ANALISIS Y CONCLUSIONES.**

Con base en la sistematización documental que se realizó y en el análisis sobre los cuestionamientos que constituyeron el objetivo de la presente investigación, se encontró que:

Existe cierta dificultad para establecer diferencias en los términos esterilidad e infertilidad, dado que son manejados como sinónimos tanto en el diccionario como en textos médicos y en la literatura extranjera, sin embargo, por el análisis efectuado durante la presente investigación se pudo definir el concepto de esterilidad como la falta de embarazo, considerando el factor tiempo y sin el empleo de anticonceptivos; señalando dos tipos de esterilidad, esterilidad primaria y esterilidad secundaria. Cabe mencionar que la esterilidad es un problema que aqueja tanto a hombres como a mujeres.

Se dedujo que, la infertilidad es un problema relacionado únicamente con la mujer, puesto que es la incapacidad para llevar a buen término el embarazo, incluyendo aquellos casos en los que el recién nacido muere en el período neonatal inmediato; comprendiendo la pérdida repetida y consecutiva de los embarazos. Al igual que en la esterilidad existe infertilidad primaria e infertilidad secundaria.

Se está de acuerdo con el planteamiento que hacen Larraitz, 1980; Videla y Savransky, 1984; Edelman, 1986; Daniluk, 1988;

Morales en 1988 y 1989; Moscona, 1990 y Berg en 1991, quienes señalan que existen aspectos socio-culturales que contribuyen en forma muy importante para que aparezcan alteraciones emocionales en el individuo y en la relación de pareja; puesto que no se puede negar lo trascendental del fenómeno procreativo, el cual implica un impacto emocional no tanto por su importancia en sí, sino por el valor que ello representa para el individuo en términos de aceptación y valor social; ya que para la sociedad es de más peso procrear un hijo que la ejecución del papel parental.

Se considera que la esterilidad masculina causa un gran impacto, ya que lo que se pone en tela de juicio es la virilidad y el concepto de hombre. Por otro lado, la vida procreativa de la mujer se está limitando por el deseo de controlar la maternidad; pues actualmente la mujer está interesada más abiertamente en su satisfacción sexual, social y cultural; encontrándose cada vez más inmersa en el área productiva y profesional, aún cuando la maternidad y el maternaje continúan siendo parte importante en su vida.

Se detectó que los factores físicos y psíquicos combinados con la frustración y ansiedad experimentada por la mujer estéril-infértil o el hombre estéril generan un círculo vicioso que afecta desfavorablemente las relaciones interpersonales y sexuales de la pareja así como un decremento en su autoestima como individuos.

Se esclareció que tanto la esterilidad como la infertilidad y los factores emocionales están íntimamente asociados, presentándose alrededor de un 5% como causa única de esterilidad e infertilidad. Sin embargo, no se puede afirmar si ciertas características predisponen a la pareja a ser estéril e infértil, o si la esterilidad y la infertilidad producen problemas psicológicos. (Noyes y Chapnick, citados en Klemer, 1966; Botella, 1971; Eck-Manning, 1977 y 1980; Morales, 1988; Daniluk, 1988; Malhstedt, 1990; Moscona, 1990; Procaccini, 1990).

Se concuerda con lo que Videla y Savransky en 1984 y Morales en 1988, proponen en relación a que la esterilidad y la infertilidad en la pareja debe ser considerada como un problema en conjunto, de pareja; dado que todos los procesos de esta entidad son siempre y al mismo tiempo biológicos, psicológicos y sociales; lo cual deja de lado las denominaciones de esterilidad masculina o de esterilidad e infertilidad femenina, para remplazarlas por la esterilidad-infertilidad vincular de la pareja.

El objetivo de estudio de la presente investigación fue analizar los conflictos de la pareja ante la imposibilidad de procreación, se detectó que era pertinente analizar los conflictos a través de los cambios emocionales, pues estos son la raíz principal de ellos, vivenciados en la pareja tanto estéril como infértil, como resultado de esto se

consideró que los cambios emocionales no se manifiestan aisladamente, ni se presentan en un orden en particular, sino que son procesos interactuantes, íntimamente asociados que afectan directamente la relación de pareja.

Estos cambios emocionales se manifiestan en la pareja como sorpresa; negación, agresión, aislamiento, culpa, depresión, estrés; frustración y ansiedad; desajustes sexuales; duelo; resolución y en algunos casos la decisión de la adopción.

Cabe señalar que el proceso de duelo es uno de los aspectos más relevantes por la distinta forma en que se manifiesta en una pareja estéril y una infértil. En la pareja infértil existe una pérdida real y duelo repetitivo (pérdida del producto en cualquier periodo de la gestación), por el contrario en la pareja estéril no hay pérdida real, puesto que no existe el producto y los intentos malogrados se viven como fracaso y frustración (Mahlstedt, 1971; Moscona, 1990; Eck-Manning, 1980).

Otro aspecto importante a considerar es que debe existir una adecuada relación de las parejas estériles e infértiles con el médico y el psicólogo, pues es conveniente mantener una estrecha y constante comunicación para que la problemática que viven dichas parejas sea mejor comprendida, manejada y encaminada a mejores soluciones y alternativas (Procaccini, 1990 y Morales, 1988).

Ahora bien, la investigación puso de manifiesto que existen alternativas para las parejas que presentan problemas con su fertilidad, una de ellas puede ser la adopción, siempre y cuando las parejas hayan logrado una adecuada resolución del proceso de duelo para que deje de ser vista como un mito, tal y como lo refiere Pérez Peña (s/a). Otras alternativas son la inseminación artificial; la fertilización in-vitro y la transferencia de embriones, una opción más correspondería a aceptar su situación aprendiendo a vivir sin hijos.

Para la elaboración de la presente investigación se encontraron diversas limitantes; una de ellas es la escasa bibliografía que existe al respecto. La mayoría de los artículos recopilados se encuentran en inglés, francés e italiano. Aunado a lo anterior cabe mencionar el hecho de que la escasa bibliografía existente no se halla ampliamente distribuida en las bibliotecas e instituciones.

Por otro lado, se puso de manifiesto que el ámbito masculino ha sido poco estudiado, lo cual resulta ser un campo de investigación interesante y virgen en muchos aspectos.

Esta tesis pretende dejar abierto el campo a futuras investigaciones en el área de la fertilidad humana.

## B I B L I O G R A F I A

- Ackerman-Nathan, W. (1974)  
Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares: Psicodinamismo de la vida familiar.  
Buenos Aires: Hormé 4ª Edición.
- Aguilar-Cortazar, R.J. (1972)  
Esterilidad e Infertilidad. Tesis de Postgrado; Facultad de Medicina.  
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Alvarado-Durán, A; Kably-Ambe, A. (1989)  
Perspectivas terapéuticas en esterilidad.  
Temas Selectos en Reproducción Humana.  
Krachmer (eds) Instituto Nacional de Perinatología (INPER).
- Amighi, A; Cogorno, M. (1970)  
Anovulación: Fisiopatología y Diagnóstico.  
Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta (Eds) Argentina: Médica-Panamericana Cap. 10.
- Andrews, F; Abbey, A; Halman, L. J. (1972)  
Is fertility problem stress different? The dynamics of stress infertility and infertile couples. Fertility and Sterility Vol. 57 (6) 1247-1253.
- Baruch-Walter, D.; Miller, H. (1984)  
Amor y Comprensión en el Matrimonio.  
México: Pax-México. 2ª Reimpresión.
- Belkin, G; Goodman, N. (1982)  
Marriage, Family and Intimate Relationship.  
USA: Pard McNally College.

- Benedek, T. (1960)**  
The organization of the reproductive drive. The International Journal of Psycho-Analysis Vol. 41 (1) 1-15.
- Benson, R. (1981)**  
Manual de Ginecología y Obstetricia.  
México: El Manual Moderno.
- Berg, B.; Wilson, J. (1991)**  
Psychological functioning across stages of treatment for infertility. Journal of Behavioral Medicine Vol. 14 (1) 11-26.
- Borbolla de Niño de Rivera, J (1980)**  
Maternidad, Envidia y Creatividad. Aletheia: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social Vol. (1) 34-39.
- Borbolla-Hano, J. (1982)** Psicología Femenina de la Maternidad. Aletheia: Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social. Número 3 46-51
- Botella-Llusia, J; Caballero-gordo, A; Clavero-Nuñez, J. A.; Vilar-Dominguez, E. (1971)**  
Esterilidad e Infertilidad Humana  
España: Científico Médica. 2ª Edición.
- Bullock, J. (1974)**  
Letrogenic impotence in an infertility clinic: Illustrative case. American Journal Obstetric Gynecology October Vol. 13 476-478.
- Carrere, C. (1990)**  
Factor Masculino: Tratamiento. Avances en Reproducción Humana. Asch, R; Acosta.  
Argentina: Médica-Panamericana.
- Conway, P; Valentine, D. (1987)**  
Reproductive losses and grieving. Journal of Social Works and Human Sexuality Vol 6 (1) 43-64.



- Cordova-Barrios, A. (1990)  
El Manejo Psicoterapéutico de la Relación  
 Objetal Establecida. Tesis Maestría en  
 Psicología; Universidad Iberoamericana.
- Cordova-Eguez, S. (1987)  
Infertilidad: Diploma en Ginecología y  
 Obstetricia. México: Instituto Nacional de  
 Perinatología.
- Chandra, P; et al (1991)  
 Marital life among infertile spouses: The  
 wife perspective and its implications  
 therapy. Family Therapy Vol. 18 (2).
- Chodorow, N. (1984)  
El Ejercicio de la Maternidad.  
 Barcelona: Gedisa.
- De Frain, J. (1991)  
 Learning about grief from normal families:  
 Sids stillbirth, and miscarriage. Journal  
 of Marital and Family Therapy Vol. 17 (3)  
 215-232.
- Daniluk, J. (1988)  
 Infertility: Intrapersonal and  
 Interpersonal impact. Fertility and  
 Sterility Vol. 49 (6) 982-990.
- Drake, T; Grunert, G. (1979)  
 A cyclic pattern of sexual disfunction in  
 the infertility investigation. Fertility  
 and Sterility Vol 32 (5) November 542-545.
- Duarte, L; Morales, F; Kably-Ambe, A. (1990)  
 Psicoterapia de grupo: Una alternativa  
 para el manejo integral de la pareja  
 estéril. Ginecología y Obstetricia de  
 México Vol. 58 Agosto 239-243.
- Eck-Menning, B. (1980)  
 The emotional needs of infertile couples.  
Fertility and Sterility Vol. 34 (4)  
 313-319.

- Eck-Menning, B. (1977)  
Infertility: A guide for the Childless Couple .  
Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Edelmann, R; Connolly, K. (1986)  
Psychological aspects of infertility.  
British Journal of Medical Psychology Vol.  
59 209-219.
- Engels, F. (1992)  
El Origen de la Familia: La Propiedad Privada y el Estado. México: Quinto Sol.  
16a Reimpresión.
- Fagan, P; et al (1986)  
Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples. Fertility and Sterility Vol 46 (4) 668-672.
- Fernández, M.; Morales, F. (1987)  
Psicoterapia de grupo para el manejo del duelo en la pérdida perinatal.  
Perinatología Reproducción Humana Vol. 1 (3) 98-108.
- Fernández-Mac Gregor, A. (1988)  
Reacción emocional ante la pérdida perinatal. La Psicología en el Ambito Perinatal. p.p. 247-264.  
México: Instituto Nacional de Perinatología (INPer)
- Figuroa-Casas, P; Badano, A; Villanueva, B. (1990)  
Esterilidad sin causa aparente: Alteraciones en la ovogénesis y en la ruptura folicular.  
Avances en Reproducción Humana. Asch R, Acosta  
(Eds) Argentina: Médica-Panamericana  
Cap. 9.

- Freeman, E.; et al (1985)  
 Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertility and Sterility Vol. 43 (1) January 48-53.
- Freud, S. (1917)  
 Duelo y Melancolía.  
Obras Completas, Tomo II pp. 2091-2100  
 Madrid: Biblioteca Nueva.
- García-Sandoval, A.M. (1991)  
El Autoconcepto de la Pareja Estéril.  
 Tesis de Licenciatura; Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Given, J; Jones, G; McMillen, D. (1985)  
 A comparison of personality characteristics between in vitro fertilization patients and other infertile patients. Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer Vol. 2 (1) 49-54.
- Goldbach, K; Dunn, D; Toedter, L; Lasker, J. (1991)  
 The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. American Journal Orthopsychiatric Vol. 61 (3) July 461-467.
- González-Loperena, A. (1990)  
Esterilidad: Aspectos Psicológicos de la Pareja Estéril ante la Inseminación Heterológica. Tesis de Licenciatura; Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Holmes, H. B.; Tymstra, T. (1987)  
 In vitro fertilization in the Netherlands: Experiences and opinions of Dutch women. Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer Vol. 4 (2) 116-123.

Ibarra, V. (1989)

Endometriosis: implicaciones en esterilidad e infertilidad. Temas Selectos de Reproducción Humana. Krachmer (eds) Instituto Nacional de Perinatología.

Iglesias, S. (1976)

Principios del Método Científico  
México: Verum-Factum.

Kably-Ambe, A; Maya-Goldsmith, D. (1989)

Aspectos básicos de la esterilidad: Anovulación  
Revista de Perinatología Vol. 4 (1)  
22-29.

Kaplan, I.; Jadok, B. (1983)

Textbook of Psychiatry.  
USA: Williams and Wilkins 4a Edición.

Karchmer, S; Atkin, L. (1988)

Salud Mental y Salud Perinatal. La Psicología en el Ambito Perinatal.  
p.p. 4-24. México: Instituto Nacional de Perinatología

Klemer, R; et al (1966)

Marriage counseling with the infertile couple. Fertility and Sterility Vol 17 (1)  
104-109.

Klock, S; Maier, D. (1991)

Guidelnnes for the provision of psychological evolutions for infertile patients at de university of Conneticut Health Center. Fertility and Sterility Vol. 56 (4) October 680-685.

Kostic, P; Mladenovic, D. (1969)

The influence of frigidity on sterility. International Journal of Fertility Vol. 5 (4) Oct-Dec 417-420.

- Kvanli, J; Jennings, G. (1986)  
 Recoupling: Development and establishment of the spousal subsystem in remarriage. Journal of Divorce Vol. 10 (12) Fall-Winter.
- Labandibar, B; Benzecry, L. (1959)  
 Frigidity and Sterility. International Journal of Fertility Vol 4 (1) Jan-Mar 66-69.
- Langer, M (1966)  
Fantasías Eternas: A la luz del Psicoanálisis  
 Buenos Aires: Hormé; 2ª Edición.
- Langer, M (1987)  
Maternidad y Sexo.  
 México: Paidós
- Larraz de Izaurreta, M. (1980)  
Parejas Infértiles: Interrelaciones de los Factores de Personalidad. Tesis de Postgrado; Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lasker, J.; Toedter, L. (1991)  
 Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. American Journal Orthopsychiatric Vol 61 (4) October 510-522.
- Leep, I. (1980)  
Psicoanálisis del amor.  
 Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Lemaire; G. J. (1992)  
La Pareja Humana.  
 México. Fondo de Cultura Económica.
- Link, P; Darling, C. (1986)  
 Couples undergoing treatment for infertility: Dimension of life satisfaction. Journal of Sex and Marital

Mac Cary (1969)

Sexualidad Humana.  
México: El Manual Moderno.

Mahlstedt, P. (1985)

The psychological component of  
infertility.  
Fertility and Sterility Vol. 43 (3)  
March 335-346.

Mahlstedt, P. (1991)

The infertility crisis: An Opportunity  
for Growth. Perinatología y Reproducción  
Humana Vol. 5 (2) Abril-Junio 89-94.

Mahlstedt, P; Macduff, S; Bernstein, J. (1987)

Emotional factors and the in vitro  
fertilization and embryo transfer  
process. Journal of In Vitro  
Fertilization and Embryo Transfer Vol. 4  
(4) 232-236.

Manual de Ginecología y Obstetricia  
(1988)  
Instituto Nacional de Perinatología.

Maldonado-Gómez, L. (1989)

Infertilidad: Diploma en Ginecología y  
Obstetricia.  
México: Instituto Nacional de  
Perinatología.

Meldelberg, H. E. (1984)

Infertility and Sexual Dystenctions: A  
family Affair. Family therapy vol 13 (3)  
257-264.

Morales, F. (1988)

La Pareja estéril: Aspectos Emocionales.  
La Psicología en el Ambito Perinatal.  
México: Instituto Nacional de  
Perinatología. p.p. 88-101.

- Morales, F. (1989) Repercusiones Emocionales de la Reproducción. Revista de Perinatología Vol. 4 (4) 111-119
- Morales, F. Kably, Ambe A; Díaz-Franco, E. (1992) Fertilización Asistida: Aspectos Emocionales. Perinatología y Reproducción Humana Vol. 6 (3) 104-108.
- Moscona, E. (1990) Perfil Psicológico de la pareja Estéril. Manejo de la pareja Estéril: Un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad México: Trillas. 2a Edición.
- Moscona, E. (1990) Aspectos Psicológicos de la Adopción. Manejo de la pareja Estéril: Un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad México: Trillas. 2a Edición.
- Nachtigall, R; Becker, Q; Wozny, M. (1992) The effects of gender specific diagnosis on men's and women's response to infertility. Fertility and Sterility vol. 57 (1) January 113-121.
- Peralta, M. (1992) Estudio comparativo del impacto emocional en hombres y mujeres estériles. Tesis de Licenciatura; Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. (UNAM). México.
- Perez-Peña, E. (s/a) Infertilidad, Esterilidad y Endocrinología de la Reproducción: Un enfoque integral. México: Salvat-Mexicana.

- Pichon-Riviere, E. (1980)  
Teoría del Vínculo.  
 Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pines, D. (1990)  
 Emotional aspects of infertility and its remedies. Int. Journal Psychoanalysis vol. 71 561-568.
- Platt, J; Fisher, I; Silver, M. (1973)  
 Infertile Complex: Personality Traits and self-ideal concept discrepancies. Fertility and Sterility vol. 24 (12) December 972-976.
- Procaccini, J. C; di Paola Q. (1990)  
 Enfoque de la Pareja Estéril. Avances en Reproducción Humana. Asch R. Acosta (Eds) Argentina: Médica-Panamericana Cap. 1.
- Ramirez, J. (1985)  
El mexicano, psicología de sus motivaciones.  
 México: Grijalbo. Novena Edición.
- Ramirez, S. (1962)  
Esterilidad y Fruto. Psicología de la función procreativa.  
 México: Pax-México.
- Rodriguez-Ogaz, S (1992)  
Autoconcepto y Características de personalidad: Estudio comparativo entre mujeres y hombres estériles e infértiles.  
 Tesis de Licenciatura; Universidad de las Américas México.
- Rogers, C. (1986)  
El matrimonio y sus alternativas.  
 Barcelona: Kairós.
- Ruiz-Velasco, V. (1976)  
"Esterilidad" Actualidades Médicas;  
 Octubre, México.



- Seibel, M; Taymor, M. (1982)  
Emotional Aspects of Infertility.  
Fertility and Sterility vol. 37 (2)  
 February 137-145.
- Sluzki, C. E. (1984)  
Psicopatología y Psicoterapia de la Pareja.  
 Buenos Aires: Nueva Visión.
- Soustelle, J. (1992)  
La vida cotidiana de los Aztecas en visperas de la Conquista.  
 México: Fondo de Cultura Económica.  
 9ª Reimpresión.
- Stearns-S, Herbert (1982)  
La Pareja Infiel: Un enfoque Psicológico.  
 México: Pax-México.
- Sturgis, S; Taymor, L. Morris, T. (1957). Routine  
 Psychiatric interviews in a sterility  
 investigation. Fertility and Sterility  
vol. 8 (6) 521-526.
- Tashman, H. (1972)  
Psicopatología Sexual del Matrimonio.  
 Buenos Aires: Hormé.
- Templeton, A; Penney, Q. (1982)  
 The incidence, characteristic and  
 prognosis of patients whose infertility  
 is unexplained.  
Fertility and Sterility vol. 37 (2)  
 February 175-182.
- Theut, J.; et al (1989)  
 Perinatal loss and Parental Bereavement.  
The American Journal of Psychiatry vol.  
146 (5) May 635-639.
- Velella-Perdomo (1990)  
Infertilidad en el varón: Evaluación y  
Experiencia. Tesis especialidad Urología;  
 Facultad de Medicina. Universidad

- Nacional Autónoma de México.  
**Videla, M; Savrausky, R. (1984)**  
Esterilidad en la pareja  
Buenos Aires: Trieb.
- Villanueva, C; Diaz-Pérez, M. (1989)**  
Estudio y manejo del factor masculino de  
Esterilidad. Temas Selectos de  
Reproducción Humana. Krachmer (eds)  
Instituto Nacional de Perinatología  
(INPER).
- Zárate, A. (1976)**  
Esterilidad e Infertilidad.  
México: La prensa Médica Mexicana.
- Zárate, A; McGregor C. (1990)**  
Manejo de la Pareja Estéril: Estudio  
inicial de la pareja estéril.  
México: Trillas 2ª Edición.

## G L O S A R I O

**ANOREXIA.-** Rechazo persistente del alimento.

**APLASIA.-** Detención del desarrollo de un tejido o de un órgano, cuando ocurre después del nacimiento.

**CONFLICTO.-** Cambios emocionales, motivaciones psíquicas incompatibles; lucha entre tendencias instintivas y exigencias culturales, sociales o religiosas del individuo.

**ESTERILIDAD.-** La falta de embarazo después de un año de coito regular y sin contracepción; incapacidad absoluta de concepción

**FERTILIDAD.-** Propiedad de reproducirse que tienen los organismos vivos.

**FRIGIDEZ.-** Indiferencia sexual femenina.

**INFERTILIDAD.-** Incapacidad para llevar a buen término el producto, se logra la concepción pero no hijos viables.

**MONOGAMIA.-** Régimen familiar que no permite la pluralidad de esposas.

**POLIANDRIA.-** Régimen familiar que permite a la mujer tener varios maridos a la vez.

**POLIGAMIA.-** Régimen familiar en que le permite al hombre tener varias esposas.