

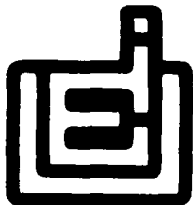


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

“ ACTITUD DE LA MUJER CON
PROBLEMAS DE FERTILIDAD HACIA
LAS FAMILIAS DE ORIGEN ”

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
GUADALUPE GOMEZ LOPEZ



LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1994

**TESIS CON
FALLA 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.

*Paciencia no asciende a la categoría
de virtud si no se apoya, con una
mano, en la prudencia y delicadeza y
con la otra, en la entereza y la
constancia.*

Carolina Iwanska.

A Dios

Que me ha permitido llegar a este momento importante en mi vida, compartiéndolo con las personas a las que amo.

A mi madre

Por haberme formado como mujer y en el momento preciso dejarme libre para decidir mi propia vida.

A mis hermanos

Alejandro, Raúl y Miguel Ángel, por apoyar mis decisiones y haberme dejado ver en cada uno, una parte del padre que no tuve.

A mis sobrinos

*Angel, Estela, Misael, Jorge y Mariana,
por todo el amor que siento por
ellos y porque espero tener la
oportunidad de verlos en el
momento en que yo me encuentro.*

A mis amigos

*Martha A. Lohé, Martha G. Norma,
Rodolfo y Azucena, quienes me han
acompañado y me han ayudado a
construir el valor de la amistad.*

A los profesionales que han inspirado en mi respeto y admiración no sólo por su excelente ejercicio profesional, sino por su calidad humana y su disposición de ayuda incondicional.

*C.P. Miguel Angel Gómez López
M.V.Z. J. Raúl Olmos
Lic. Esteban Cortés Solís
Lic. Angeles Campos Huichán
Dr. Fernando Del Valle*

*Al Dr. Carlos Salazar
Por haberme enseñado el valor del trabajo y por el aprendizaje implícito y explícito que me permitió crecer como ser humano y me ha llevado a ambicionar esta meta .*

*Al Dr. Gerardo Velázquez
Quien hizo posible la realización del tema de la presente tesis. Por haber consolidado en mi el valor de la honestidad.*

*Por su positiva influencia profesional
LOS QUIERO MUCHO*

*A mis asesores
Lic. Jesús Vargas
Lic. Josefina Ibañez
Lic. Esteban vaquero*

*Por su valioso tiempo, por sus
críticas y comentarios en la
realización de este trabajo y porque
en él queda un agradable recuerdo
de cada uno de ellos. Muchas
gracias.*

*Al Hospital de Gineco-Obstetricia
No.3 del Centro Médico "La Raza" y
el personal que tan amablemente me
apoyo en la realización de la tesis.*

*A la mujer con problemas de
fertilidad, esperando que encuentren
en este pequeño trabajo una
muestra de apoyo y comprensión en
su búsqueda por la vida.*

*A la Escuela Nacional de Estudios
Profesionales Iztacala, por darnos la
oportunidad de conocer gente
valiosísima que me ha guiado en mi
formación profesional.*

*A mis compañeras de trabajo,
quienes con sólo una sonrisa me
alentaron para continuar esta tarea.*

*A César Canales y Juan Manuel
Mancilla, por el apoyo técnico
proporcionado en la impresión de la
tesis. Mil Gracias.*

RESUMEN

Con el propósito de describir la actitud de la mujer con problemas de fertilidad hacia las familias de origen, se aplicó una escala de actitudes tipo Likert con 34 reactivos y cuatro opciones de respuesta, a 50 mujeres con problemas de fertilidad y 50 mujeres fértiles.

Para efectos de análisis la escala se dividió en tres subescalas. La primera de ellas contenía 20 reactivos que se referían a la actitud de las mujeres hacia las familias de origen en general. La segunda y tercer subescala estuvieron conformadas por siete reactivos cada una, las cuales hacían referencia específica a la familia propia y política respectivamente.

Al analizar las actitudes de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad, en la primer subescala no se observaron diferencias significativas, ambos grupos muestran una actitud indiferente hacia las familias de origen. Sin embargo, se observan diferencias significativas en las actitudes de las mujeres de ambos grupos, en las subescalas que hacen referencia específica a la familia propia y política en donde la actitud de la mujer con problemas de fertilidad es de rechazo a éstas.

Los resultados sugieren que la actitud de las mujeres con problemas de fertilidad hacia las familias de origen tiende a ser más controvertida en las mujeres de doble jornada, lo cual hace suponer que la actitud de estas mujeres hacia determinados asuntos familiares, depende más de su condición laboral que de otras variables demográficas.

Asimismo, la condición reproductiva de las mujeres con problemas de fertilidad puede ser un factor condicionante de su actitud hacia las familias de origen y el rechazo exhibido puede estar indicando una búsqueda de establecimiento de límites entre el subsistema marital y el familiar.

	Pág.
INTRODUCCION	
CAPITULO 1 Elementos médicos de la esterilidad	4
1.1 Definiciones de esterilidad.	4
1.2 Causas de la esterilidad.	8
CAPITULO 2 Aspectos psicológicos en la pareja con problemas de fertilidad.	14
2.1 Cambios emocionales en la pareja estéril	15
2.1.1 Implicaciones del proceso terapéutico	27
2.1.2 La relación médico paciente	29
2.1.3 El contexto social de la esterilidad	33
2.2 Alternativas para la pareja estéril	37
CAPITULO 3 Enfoques psicológicos que han explicado los problemas de fertilidad.	42
3.1 El enfoque conductual	42
3.2 El enfoque psicoanalítico	45
3.3 El enfoque sistémico	50
CAPITULO 4 El ciclo vital de la familia	57
4.1 Fases del ciclo vital	60
4.2 Actitudes ante la paternidad	67
4.3 Los problemas de fertilidad y la transición a la paternidad.	72
METODO	76
RESULTADOS	80
DISCUSION	89
CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFIA	97
A N E X O 1	103
TABLAS Y FIGURAS	108

INTRODUCCION

Conforme se desarrolla, el ser humano va creando expectativas de las cuales se alimenta para crecer y enriquecer su vida, algunas expectativas están dadas por el ambiente sociocultural en el que nos desenvolvemos y pueden cambiar conforme a las experiencias individuales.

En nuestra sociedad es común escuchar que la "ley de la vida" establece: nacemos, crecemos, nos reproducimos y morimos. El trabajo psicológico se ha preocupado, entre otras cosas, por orientar a los individuos en estos períodos de transición que sin duda alguna son percibidos de manera diferente, sin embargo, pudiéramos detenemos un poco en el análisis de dicha "ley" para comprender lo que sucede si por alguna razón, ajena a nosotros mismos no pudiéramos desplegar una de sus funciones: la reproducción.

La mayoría de las parejas cuando deciden unirse, lo hacen con la intención de formar su propia familia, en sus planes se contempla la posibilidad de tener hijos, pero pocas parejas consideran la probabilidad de que tales hijos pudieran no venir o que estos demoren su llegada más allá de los planes y deseos del matrimonio.

Cuando esto ocurre, la pareja comienza a plantearse la posibilidad de ser estéril.

La imposibilidad de procrear es una experiencia fuertemente emocional para la mayoría de las parejas, Marshall (1986), considera que debido a la estructura psicosocial la mujer se siente responsable, en primera instancia, de la falta gestacional y también es la primera en buscar atención médica; esto podría explicarse si tomamos en cuenta el lugar tan importante que, en nuestra sociedad ocupa la maternidad.

En la mujer, un diagnóstico de esterilidad puede llevarla a un cuestionamiento de su identidad biológica, más aún si ha pensado que la maternidad es la máxima realización de casi todas las mujeres.

En algún momento, lo anterior nos llevaría a pensar que la mujer es la más afectada por la esterilidad y esto es erróneo; el hombre también es afectado sólo que los aspectos en los que ambos lo son, difieren significativamente.

Durante el proceso diagnóstico y terapéutico, la pareja atraviesa por situaciones emocionales difíciles y por ello es aconsejable que el médico sea

sensible a los aspectos psicológicos para lograr un manejo adecuado de la pareja.

La pareja estéril se vuelve extremadamente vulnerable a las reacciones de los demás, puesto que la pareja siente que se está apartando de las normas culturales, esto es comprensible ya que según Estrada (1988), "No puede considerarse al individuo, a la familia, a la estructura social-ni siquiera a las mismas pautas culturales- como sistemas cerrados o como entidades separadas e independientes, sino que son partes interrelacionadas e interactuantes de un modo que cambian y se transforman a lo largo del tiempo". (P. 26). De esta manera, la pareja estéril siente la presión social cuando se les pregunta por ese hijo que aún no llega, esto provoca que en ocasiones, sientan la necesidad de estar solos o bien se pueden desencadenar sentimientos hostiles hacia los amigos, familiares o hacia el mismo médico, en la pareja hay menos unión y la comunicación va deteriorándose poco a poco, es como si se levantara una barrera entre ellos mismos y con la sociedad (Zárate y Moscona, 1985).

Dentro del enfoque sistémico, el individuo es considerado un ser biopsicosocial, en el que lo psicológico no puede ser separado de la biológico y viceversa, además de que se considera la influencia de otros sistemas sociales como el político, el cultural, el familiar etc.

Asimismo los problemas de fertilidad crean límites confusos entre el subsistema familiar y el conyugal y también son considerados un problema intergeneracional en el que se ven afectadas las tareas y los roles de familiares.

Considerando los planteamientos expuestos, el objetivo de la presente tesis es describir las actitudes de las mujeres con problemas de fertilidad hacia las familias de origen.

Así mismo, se considera importante conocer la respuesta que la mujer estéril tiene ante ciertas presiones familiares que pudieran hacer que ésta se involucre más en las actividades familiares.

Se cree que la comprensión del ciclo vital dentro del enfoque sistémico, es una herramienta que nos permitirá entender el desequilibrio que surge en el sistema conyugal por la imposibilidad de procrear. Tal desequilibrio puede dar lugar a lo que Estrada (1988) llama "desarmonía en la relación marital" la cual debe estar dada por las creencias de cada individuo (fantasías) y las exigencias del rol sexual que demandan los cambios sociales y culturales.

También es importante rescatar el papel del psicólogo en el campo de la medicina pues si bien es cierto que en determinado momento el médico tiene en cuenta los aspectos emocionales de la pareja estéril, también es cierto que en otro momento no cuenta con las herramientas necesarias para atender éstos. Así mismo, se considera que la información que se pueda obtener en esta investigación, contribuirá a un acercamiento más al conocimiento de la situación de la mujer estéril en el plano psicológico que puede ayudar al profesional médico a entender a su paciente.

Para alcanzar el objetivo de la investigación se propone dividir el trabajo en dos partes.

En la primera parte se abordan los aspectos teóricos que sustentan la presente investigación:

En el primer capítulo se abordan los elementos médicos de la esterilidad, en donde se describen los aspectos básicos para un manejo adecuado de la pareja así como la etiología y la incidencia del problema.

En el capítulo 2 se describen los aspectos psicológicos de la pareja estéril en donde se contemplan los cambios emocionales que puedan surgir antes, durante y después de la terapéutica médica. Así mismo se describe la importancia del contacto médico-paciente en el aspecto psicológico. También se aborda el impacto social que tiene la esterilidad así como las alternativas con las que actualmente cuenta la pareja estéril para realizar la paternidad.

En el capítulo tres se proporciona un panorama general de los diferentes enfoques que han trabajado los problemas de fertilidad a nivel psicológico.

En el capítulo cuatro se presenta una explicación del ciclo vital de la familia, relacionándolo con los problemas de fertilidad, así como las actitudes hacia la paternidad y la transición que sufre la pareja ante la imposibilidad de concebir.

La segunda parte del presente trabajo está destinada a la metodología que se llevó a cabo para alcanzar el objetivo general, y la presentación de resultados y conclusiones derivadas de ésta.

CAPITULO 1 ELEMENTOS MEDICOS DE LA ESTERILIDAD

En todas las disciplinas podemos encontrar términos propios de ellas que en determinados contextos es necesario conocer o aclarar.

En el campo de la medicina existen infinidad de conceptos que al interior del cuerpo médico son fáciles de entender, sin embargo, el conocimiento de estos a otras comunidades científicas debe darse de una manera simple y concreta.

En el caso particular de la psicología, en donde se hace necesaria su involucración en algunos casos de alteración emocional derivados de algún padecimiento físico, es necesario que éste conozca algunas de las terminologías empleadas por los profesionales de la salud física, pues ello hará más amplia su comprensión del fenómeno.

Asimismo, el psicólogo decidirá que tanto puede o debe profundizarse con los procedimientos que los médicos siguen para abordar mejor un problema, sin perder de vista sus propios objetivos.

En el caso de los problemas reproductivos, la importancia de tratarlos como un problema de pareja presenta ventajas tanto en el plano médico como en el psicológico, pues por un lado permite realizar un examen exhaustivo a ambos cónyuges para determinar las causas del problema y por el otro, incrementa las posibilidades de un apoyo emocional mutuo.

1.1 DEFINICIONES DE ESTERILIDAD

Las definiciones de esterilidad presentan muchas variaciones. De éste modo tenemos que en la literatura Anglosajona se toman como sinónimos los términos

de esterilidad e infertilidad los cuales son definidos como la imposibilidad de concebir después de un año de relaciones sexuales regulares sin medidas anticonceptivas; algunos otros autores prefieren utilizar el término de infertilidad bajo éstas condiciones, mientras consideran la esterilidad como la incapacidad total para concebir (Marshall, 1986).

En la literatura latina se hace una diferenciación entre lo que se considera como esterilidad e infertilidad. Se ha llegado a un acuerdo en definir la esterilidad como la incapacidad de lograr un embarazo después de un año o más de coitos regulares, sin medidas anticonceptivas (Watson y Pierfederici, 1984; Di Paola y Procaccini, 1988; Benson, 1985).

Tomando en cuenta esta definición se puede distinguir la esterilidad primaria y secundaria de la infertilidad primaria y secundaria, facilitando así al médico instituir la terapéutica adecuada.

ESTERILIDAD PRIMARIA

Se denomina esterilidad primaria a aquella en donde hasta el momento no ha tenido lugar gestación alguna.

ESTERILIDAD SECUNDARIA

Se define como esterilidad secundaria cuando la pareja tiene antecedentes de algún embarazo previo, llevado a buen término y la esterilidad ocurre después de éste.

Actualmente se han desechado los términos de esterilidad "masculina" y "femenina" y se considera esterilidad matrimonial primaria la de aquella pareja aun cuando uno de los cónyuges tenga hijos de matrimonios anteriores; aunque algunos profesionales de la salud prefieren considerarla como esterilidad secundaria. El hacerlo así y transmitir un diagnóstico como tal, probablemente implique serias connotaciones psicológicas en el cónyuge que presente alguna alteración orgánica pues puede etiquetarlo de tal manera que tenga repercusiones en la interacción marital.

INFERTILIDAD

La infertilidad se define como la incapacidad de llevar a viabilidad un feto, la forma clínica más común es el aborto habitual (Watson y Pierfedeci, 1984; Di Paola y Procaccini, 1988).

INFERTILIDAD PRIMARIA

Es aquella en donde la mujer no ha llevado un embarazo a término con producto con capacidad vital después de dos o más embarazos.

INFERTILIDAD SECUNDARIA

La infertilidad secundaria es definida como la incapacidad de llevar un embarazo a término con producto de capacidad viable después de un embarazo exitoso (Gallegos, No fechado).

Después de haber realizado una evaluación completa a la pareja y la causa no puede ser establecida se dice que existe "esterilidad sin causa aparente" o "esterilidad inexplicable" (Di Paola y Procaccini, 1988). Esta será descrita con mayor amplitud en un capítulo posterior.

El dar un diagnóstico de esterilidad probablemente tenga connotaciones psicológicas importantes para el matrimonio, por ello se preferirá mencionar "problemas de fertilidad" e incluir en éste concepto tanto a la esterilidad (primaria y secundaria) como a la infertilidad (primaria y secundaria).

Es difícil estimar la incidencia de la esterilidad pero se considera que la padecen entre un 10 y un 15% de las parejas en edad fértil. Asimismo se ha encontrado que el tipo de esterilidad que se presenta con más frecuencia es la primaria (59.3%), en seguida la secundaria (40.7%) y con menos frecuencia la esterilidad de causa desconocida o inexplicable (5.2%) (Ramírez, Villalobos, Rodríguez, Martínez y Lichtemberg, 1989; Nava y Sánchez, Olivas, Meza, Valenzuela y Salazar, 1991).

Por otra parte, se estima que en 30% de los casos la causa reside en el hombre; en 40% en la mujer y en otro 30% en ambos (Benson, 1985; Marshall, 1986; Burns, 1987; Vega, Pedrón y Orozco, 1992).

A pesar de ello los avances tecnológicos en reproducción humana han hecho posible cada vez con mayor éxito el deseo de la pareja de procrear, reduciéndose así la incidencia de la esterilidad.

1.2 CAUSAS DE LA ESTERILIDAD

Para lograr la concepción la pareja debe reunir una serie de condiciones que Di Paola y Procaccini (1988) resumen de la siguiente manera:

a) En el testículo deben producirse la suficiente cantidad de espermatozoides con las características apropiadas en términos de capacidad migratoria y fecundante.

b) El líquido seminal debe depositarse satisfactoriamente en las proximidades del orificio externo del cuello uterino.

c) El ovario debe producir un reclutamiento de folículos y la maduración de uno de ellos que provea un ovocito en condiciones adecuadas para su fecundación. Para ello es indispensable un armónico hipotalamohipofisario.

d) El cuello uterino debe presentar condiciones fisiológicas óptimas para asegurar la penetración, almacenamiento y reactivación de los espermatozoides en la época ovulatoria.

e) Las trompas deben ser anatómica y fisiológicamente normales como para permitir el encuentro de los gametos y luego el transporte y nutrición del huevo fecundado hasta la cavidad uterina para su implantación.

f) El peritoneo pelviano no debe obstaculizar la puesta ovular ni la captación del ovocito por la trompa.

g) El endometrio tiene que estar adecuadamente preparado por estrógenos y progesterona para que el embrión anide y se alimente en las primeras etapas de su evolución.

h) El útero debe estar en condiciones anatómicas y funcionales que aseguren el desarrollo ulterior del embarazo.

i) Finalmente, si la pareja no es física, psicológica y sexualmente sana, hay mayores posibilidades de que exista alguna anomalía en el sistema.

La alteración en una o más de éstas condiciones puede conducir a la pareja a un problema de reproducción.

A pesar de que se han desechado los conceptos de esterilidad femenina y masculina, algunos autores (Watson y Pierfedeci, 1984; Benson, 1985) , han clasificado las causas como masculinas, femeninas y la interacción de ambas.

No obstante la utilidad que para el médico tiene la clasificación anterior, Marshall (1986), considera mucho más útil una clasificación funcional de las causas de la esterilidad. Dicha clasificación contempla aspectos relativos al **tiempo** (programación y sincronización del coito, frecuencia del coito), **semen** (espermatozoides y otros componentes del eyaculado), **huevo** (crecimiento y desarrollo de óvulos viables, ovulación, implantación, funcionalidad del cuerpo lúteo), **transporte** (masculino: del coito; femenino: deficiencia en el transporte cervical, deficiencia en el transporte tubario), **"incubadora"** (disfunción endometrial) **otros problemas** padecimientos endocrinos generales, enfermedades generales como la diabetes mellitus).

En un plan diagnóstico exhaustivo probablemente se identificarán una o más causas de esterilidad y un tratamiento adecuado permitirá el embarazo en 40% de las parejas tratadas.

Este mismo autor, considera que son tres los propósitos fundamentales en la valoración de la esterilidad: 1) determinar su causa; 2) llegar a un pronóstico, el cual tiene implicaciones psicológicas importantes y 3) servir de base para establecer tratamiento.

Por su parte, Zárate y MacGregor (1987) prefieren considerar por separado la esterilidad primaria y secundaria para derivar alternativas de solución de orden práctico. De éste modo, clasifican las causas de la esterilidad de acuerdo a su frecuencia.

La esterilidad primaria en la mayoría de los casos obedece a un trastorno de la ovulación, con menor frecuencia, la obstrucción tubouterina y las anomalías en el esperma. Si al finalizar un estudio minucioso la causa aun permanece oscura, entonces se pueden considerar otras causas como por ejemplo: presencia de anticuerpos antiesperma, hostilidad cervical, alteración psicógena e incompatibilidad de la pareja.

El conocer el orden de frecuencia de las causas mencionadas, permite seleccionar el orden de los métodos diagnósticos y con ellos programar la terapia adecuada.

El descubrir un trastorno ovulatorio tiene ventajas de tiempo y economía pues en algunos casos el problema se puede resolver induciendo la ovulación.

Si después de éste tratamiento se logra la ovulación pero no la concepción entonces se procede a la realización de un estudio de la permeabilidad tubaria y del semen. Este estudio se puede programar mediante la administración de fármacos adecuados para estimular la ovulación.

Para determinar las causas de la esterilidad secundaria, se deben analizar los antecedentes y observar si el embarazo anterior ocurrió sin necesidad de

tratamiento específico en caso de que haya sido necesario un tratamiento previo, el médico puede suponer que el problema persiste y que el mismo tratamiento no resolverá el problema.

Sin embargo, si la pareja no tuvo dificultad para lograr el embarazo anterior y la esposa presenta períodos menstruales regulares, se procede a investigar el estado de la permeabilidad tubaria y la presencia de adherencias peritoneales.

Si después del embarazo previo la mujer presenta trastornos menstruales, se deben considerar cuatro posibilidades en el siguiente orden de frecuencia: a) síndrome de amenorrea y galactorrea, b) sinequia uterina, c) síndrome de Sheehan y d) ciclos anovulares por secreción irregular de gonadotropinas.

El interrogatorio y la exploración física hacen posible en algunos casos, el diagnóstico diferencial, la práctica de exámenes especiales es complementaria o confirmatoria del diagnóstico.

Aparentemente el tener que observar varias causas que puedan estar originando la esterilidad puede confundirnos, sin embargo, esto no es problema para el médico pues para evaluar las condiciones fisiológicas reproductivas de la pareja, el estudio se ordena en los llamados "factores" los cuales se estudian así:

- 1) Factor masculino, con examen clínico, determinaciones hormonales y diversos estudios sobre la muestra de semen.
- 2) Factor tuboperitoneal, con histerosalpingografía y laparoscopia diagnóstica.
- 3) Factor ovarico-endocrino, con distintas metodologías tendientes a diagnosticar la ovulación y la normalidad de la fase lútea (temperatura basal, biopsia de endometrio, determinaciones hormonales foliculometría por ultrasonido, etc.).

4) Factor cervical con diferentes pruebas de migración espermática in vivo e in vitro, incluyendo estudios inmunológicos y microbiológicos.

5) Factor uterino con examen clínico, histerografía, histeroscopia y laparoscopia tendientes a diagnosticar malformaciones, miomas o adherencias uterinas.

6) Factor psicológico reconocido por especialistas como un factor importante a considerar. Quizá la importancia que se le ha concedido a éste factor sea porque se han reportado casos en los que el embarazo ocurre antes, durante o después del estudio diagnóstico sin haber instituido tratamiento alguno.

El estudio epidemiológico de 1000 parejas estériles, realizado por Ramírez, Villalobos, Rodríguez, Martínez y Lichtemberg (1989), reporta que el factor más frecuente en esterilidad es el ovaricoendocrino (35%); seguido por el factor tuboperitoneal (28%) y el factor masculino (26%). Otro dato importante que estos autores encontraron en su estudio fue que la obesidad es frecuente en la esterilidad (77%) y resulta ser un factor causal importante en 13% de los casos.

Como podemos darnos cuenta, los factores causales de esterilidad son numerosos y para instituir una terapéutica adecuada se tiene que contar con la participación de un equipo multidisciplinario formado por diversos departamentos tales como el de Ginecología Endocrina, Ginecología, Genética, Laboratorio de hormonas, Ultrasonografía, Radiodiagnóstico y Psicología.

De acuerdo con Williams, Bischoff y Ludes (1992), el poseer una comprensión básica de los factores biológicos de la esterilidad, descritos, es importante para el psicólogo por dos razones: en primer lugar esto le ayuda a entender las múltiples intervenciones físicas a las que se somete la pareja y con ello comprender las reacciones emocionales derivadas del tratamiento médico. En segundo lugar el

estar informado de los factores biológicos involucrados puede ser de ayuda para canalizar a la pareja hacia la consecución del tratamiento médico adecuado.

Como podemos observar, dentro del cuerpo médico existen aun ciertas controversias en cuanto a la definición de la esterilidad y hay médicos que siguen manejando los términos de esterilidad masculina y femenina, sin embargo, aun cuando no exista un consenso, el médico y su equipo profesional, deben tener cuidado al manejar estos términos con la pareja ya que, como veremos más adelante, la pareja enfrenta una crisis emocional derivada de su imposibilidad de concebir y un manejo insensible de los términos puede provocar un distanciamiento emocional entre los cónyuges.

Se considera que lo más conveniente es guardar el manejo de los términos al interior del mismo procedimiento médico. En su lugar podría mencionarse el término "problemas de fertilidad" para evitar etiquetar a alguno de los cónyuges y disminuir las connotaciones psicológicas que el término esterilidad conlleva.

Por otra parte no podemos perder de vista el hecho de que independientemente del tipo de afección reproductiva que sufra la pareja y los métodos médicos que se utilicen para ayudarlos a lograr la concepción la terapéutica médica constituye, una esperanza y en esa medida resulta importante entender sus sentimientos y emociones al margen incluso del éxito o el fracaso del embarazo.

CAPITULO 2 ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA PAREJA CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD

En nuestros tiempos y refiriendonos particularmente a nuestra cultura, el concepto de familia posee un lugar especial.

La familia cumple una serie de funciones de desarrollo dentro de las que se encuentra la expresión de los sentimientos y emociones que preparan al individuo a enfrentar situaciones más complejas en otros círculos en los que se mueve, debido a que estos han sido ensayados en un círculo más reducido (Estrada, 1988).

La unión de dos personas representa para la sociedad el comienzo de una nueva unidad familiar. La nueva pareja enfrentará dificultades al atravesar por diferentes etapas de su ciclo vital y la familia de origen deberá apoyar, aceptar y fomentar la ruptura para facilitar a la pareja la nueva etapa de sus vidas.

Cada cónyuge lleva al matrimonio una serie de creencias y mecanismos, algunos de ellos aprendidos en sus familias de origen y tratará de ponerlos en marcha esperando que el otro cónyuge los entienda y los acepte. En la formación de un nuevo matrimonio se establece de manera tanto implícita como explícita las normas que regirán el sistema conyugal; en éstas se incluyen los conceptos de lo que cada cónyuge piensa que son sus derechos y obligaciones y que esperan sean cumplidos por el otro.

Cuando surgen desaveniencias cada integrante de la pareja puede pensar que el otro no está cumpliendo con su parte del "contrato" y entonces surgen conflictos y sistemas de inducción de culpa. Asimismo, los conflictos pueden

mantenerse por algún tiempo indefinido y agudizarse debido a la dificultad de los cónyuges para comunicarse adecuadamente.

Existen diversos aspectos dentro de la vida conyugal que pueden ser fuente de conflicto, en ellos se incluyen los problemas relacionados con el sexo, el dinero, la familia de origen, los amigos, los paseos, el poder y en lo que se refiere a los niños.

El aspecto que quizá tenga una importancia extrema para los cónyuges y la sociedad es el que se relaciona con la procreación. Se dice que aproximadamente 95% de las parejas recién casadas buscan y esperan tener un hijo biológico como alguna meta en sus vidas (Glick, 1977; citado en Matthews y Matthews, 1986). La pareja no se ve por mucho tiempo sola sino en relación con un tercero, desde que se unen e incluso antes, la pareja planea a cuantos individuos pueden incluir y las tareas que han de adquirir a partir de la llegada de un hijo (Burns, 1987).

Las presiones sociales y familiares influyen de alguna manera y en cierto modo presionan a la pareja para ejercer la paternidad y así continuar un ciclo vital más de una nueva familia en formación. De esta manera, la pareja comienza a prepararse para tal fin y casi nunca se cuestionan por su fertilidad potencial.

Cuando la esterilidad es una realidad para la pareja se desencadenan una serie de emociones y sentimientos que incapacitan a la pareja no sólo a nivel personal sino también a nivel familiar y social, ya que éste representa un evento de la vida fuertemente emocional para el que muchas parejas no están preparadas.

2.1 CAMBIOS EMOCIONALES EN LA PAREJA ESTERIL

Cuando después de algún tiempo considerado por la pareja, la concepción no ocurre de acuerdo con sus planes y deseos, acuden a atención médica y

descubren una imposibilidad de concebir ajena a sus propios deseos. A partir de éste momento, sus vidas van a desarrollarse a través de la búsqueda de la concepción y con ella aflorarán una serie de sentimientos que van orillando a los cónyuges a un estado de crisis que puede agudizarse con el tiempo.

Las personas ya no actúan igual y su imposibilidad de concebir se va convirtiendo en el aspecto más importante sobre el cual gira su vida, los planes que la pareja tuviera se modifican y algunos aspectos personales como estudios trabajo o planes domésticos son pospuestos indefinidamente.

Siguiendo a Zárate y Moscona (1985), los sentimientos que más frecuentemente experimenta la pareja con problemas de fertilidad son:

Sorpresa.- La primera reacción que se observa en la pareja cuando se hace conciente de la imposibilidad de concebir es de sorpresa y de "choque emocional", surge la pregunta ¿Porqué yo? o ¿Porqué a mí? y frecuentemente piensan que es un corto período por el que van a pasar y también es posible que cambien de médico con la esperanza de un diagnóstico más grato.

El estar cambiando de un especialista a otro probablemente sea consecuencia de que la pareja no puede creer que ellos estén experimentando tal situación y que eso no les puede estar ocurriendo a ellos.

Agresión.- Con el tiempo el choque emocional inicial se va modificando y la dificultad para aceptar la realidad se convierte en un estado de agresión hacia sí mismo, la pareja, el médico, la sociedad o la familia de ambos.

Esto se puede comprender debido a que la pareja observa como avanza el tiempo y se impacientan cuando no aparecen los resultados esperados, su frustración va en aumento y la pareja se vuelva celosa de lo que otros consiguen sin dificultad.

Por su parte, Mahlstedt (1985) considera que la ira puede aumentar cuando las actividades de los cónyuges se ven fragmentadas debido a las demandas del tratamiento, diagnósticos inconclusos o la violación de un sentido interno de justicia.

Aislamiento.- La vida social de la pareja se vuelve incómoda y por ello se presenta un deseo de aislamiento, pues se hace intolerable tratar el tema de su esterilidad y también se hace incómoda la interacción con mujeres embarazadas o que anuncian la llegada de otro hijo. Es como si empezara a levantarse una barrera entre la pareja y la sociedad que hace imposible la comunicación pues resulta imposible tratar el tema sin sentirse miserable y ver la alegría de otros.

Culpa.- Aun cuando la pareja se esfuerza por lograr el embarazo sometiéndose a infinidad de tratamientos surge el sentimiento de culpa por no poder dar vida a otro ser humano y con ello proporcionar al compañero una alegría. El sentimiento de culpa constituye una amenaza para el valor que cada cónyuge se asigna a sí mismo.

La pareja puede sentirse culpable por vivir emocionalmente con altas y bajas y no poder controlar de manera eficaz sus emociones y sentimientos. Del mismo modo se puede sentir culpa por demorar la maternidad si es que hubo alguna medida anticonceptiva, por sufrir alguna enfermedad venérea o por relaciones pre o extra-matrimoniales que se cree han causado la esterilidad (Williams, Bischoff y Ludes, 1992; Atwood y Dobkin, 1992).

Decepción.- La decepción es un estado que antecede a la fase de resolución de la crisis; en ella se abandona toda esperanza, se deja de pensar en el embarazo como una posibilidad. Es el fin de la esperanza y la motivación que ha empujado a seguir adelante, es la pérdida del objetivo por el cual se ha luchado en vano a

veces largos años. Los cónyuges se resignan a perder su capacidad de procreación que pensaban podrían haber tenido.

Resolución.- Aceptar la esterilidad es un final de un largo suplicio que llega siempre acompañado de un sentimiento de profunda depresión porque implica abandonar la lucha, aceptar aquello que parecía inaceptable, cambiar la perspectiva del futuro para así poder resignarse. Este período implica una estructuración de la vida emocional de la pareja para aceptarse nuevamente y reestablecer la propia estima y la de la pareja aun sin poder procrear.

Por su parte Afek (1987; citado en Atwood y Dobkin,1992), resume éstas reacciones emocionales en cuatro fases que caracteriza como duelo y aflicción por la esterilidad:

Fase I.- Es definida como incredulidad y negación. De acuerdo con Zárate y Moscona, sobreviene un estado de shock y una sacudida al sistema de creencias. El cónyuge que tiene el problema de fertilidad puede sentir pánico ante la realidad de la noticia, diversas reacciones emocionales pueden desencadenarse como el temor a perder la relación, también pueden presentarse trastornos alimenticios y del sueño. Algunas personas pueden experimentar dificultad para concentrarse en sus actividades cotidianas o sostener conversaciones con otras personas.

Fase II.- Ansiedad, cólera y sentimientos de pérdida de control. En esta fase los sentimientos son muy fluctuantes, algunas veces se puede sentir rabia contra sí mismo, otras contra el cónyuge. Quizá lo que caracteriza más a esta fase sea la pérdida de control sobre los propios sentimientos, se estalla en ira por razones que posteriormente se reconocen como intrascendentes y después viene el sentimiento de culpa por esta razón.

Fase III.- Aislamiento, enajenación, culpabilidad, baja autoestima, dolor y depresión. Durante esta fase la tarea más difícil a la que se enfrenta la pareja es la aceptación de no poder procrear, sobreviene una reevaluación del matrimonio que resulta difícil y abrumadora. La determinación de seguir juntos o tomar caminos diferentes es una decisión que la pareja debe tomar con ayuda de consejos apropiados para resolver el problema. Hasta que la decisión es tomada los cónyuges no pueden entrar a la fase final del proceso de aflicción.

Fase IV.- Resolución. Durante esta fase los individuos poseen un sentimiento de alivio y aceptación de la situación. Si los cónyuges han decidido seguir juntos, comenzarán a experimentar un sentimiento de fuerza y éxito, la pareja llega a sentirse satisfecha con su estilo de vida y es posible que no vuelvan a pensar en su problema de fertilidad.

La descripción de tales sentimientos es muy simple, no así para la pareja que los experimenta todos ellos se manifiestan a lo largo del tratamiento constantemente fluctuantes. Para llegar a la etapa de resolución probablemente pase mucho tiempo o quizá algunas parejas no lo alcancen albergando todavía una ligera y a veces escondida esperanza de que pueda ocurrir la concepción.

- El considerar que un matrimonio no pensará más en su problema de fertilidad puede ser relativo si consideramos que actualmente los avances en reproducción humana son muchos. Aun cuando los cónyuges decidieran adoptar, se han visto casos en los que, después de la adopción, la pareja sigue insistiendo en el tratamiento médico lo cual daría pauta para pensar que no existe una total aceptación de la pérdida de la paternidad biológica.

Además al enterarse la pareja de un médico especialista que ha tenido éxito en tratar parejas estériles, éstas suelen cambiar de médico y abandonan un antiguo

tratamiento, ello implica empezar de nuevo y por supuesto sus emociones vuelvan a cambiar, se profundicen o se mantengan (Zárate y Moscona, 1985).

Al mismo tiempo, los sentimientos y emociones que asoman ante la experiencia de la esterilidad pueden estar provocados por el sentido de pérdida que a menudo acompaña a ésta.

Mahlstedt (1985) menciona ocho pérdidas que se experimentan en la adultez y que llevan a su vez a un estado de depresión. Estas ocho pérdidas son: 1) pérdida de una relación; 2) pérdida de salud; 3) pérdida de status o de prestigio; 4) pérdida de autoestima; 5) pérdida de autoconfianza; 6) pérdida de la seguridad; 7) pérdida de la fantasía o la esperanza de realizar una fantasía importante y; 8) pérdida de algo o alguna persona con un gran valor simbólico.

Estas pérdidas, afirma Mahlstedt, se encuentran presentes en los problemas de fertilidad y se explican de la siguiente manera:

1) Pérdida de la relación con una persona importante a causa de salud, divorcio, disminución del afecto o separación.- La posibilidad de perder una relación significativa está llena de temor y puede ser una realidad para la pareja con problemas de fertilidad; del mismo modo pueden romper relaciones con familiares y amigos debido a comentarios desatinados de éstos que pueden dejar a la pareja con un sentido de incomprensión o dejarlos avergonzados e inanimados.

2) Pérdida de salud, de funciones importantes del cuerpo, o atractivo físico debido a enfermedad, herida o envejecimiento.- Cuando la pareja se somete a tratamiento puede pensar que algo en su cuerpo no funciona bien y ello puede conducir a una pérdida de la aceptación de la propia imagen corporal.

También se puede perder la espontaneidad sexual y la pareja se siente humillada por las constantes intervenciones médicas e intrusiones en su vida íntima.

3) Pérdida de estatus o de prestigio (a los ojos de otros).- Esta pérdida tiene un carácter social para la pareja, ya que constantemente reciben recordatorios de las expectativas de la sociedad en lo que se refiere a la reproducción y la crianza de los niños. De esta manera también se refuerza la identidad sexual de ambos; por su parte, el hombre puede sentir que al no tener hijos, los demás cuestionan su virilidad y la mujer vé afectada su identidad biológica al no poder dar vida a un hijo y no se considera completa sin éste.

4) Pérdida de la autoestima.- La autoestima de la pareja como unidad y como individuos puede verse deteriorada cuando estos consideran que no son capaces de desempeñarse adecuadamente y manejar sus sentimientos o al ver frustradas sus expectativas.

5) Pérdida de la auto-confianza.- Cuando algún integrante de la pareja estéril o ambos han sido personas autodirigidas, el verse en cierto modo, en descontrol de sus propias vidas, les produce malestar y creen que todas las tareas y sucesos están siendo devastadas por la imposibilidad de concebir.

En el plano profesional la pareja se siente inquieta con respecto al proceso del tratamiento o recuperación de alguna cirugía, esto los coloca en un estado de incertidumbre además de tener que tomar innumerables decisiones acerca del tratamiento.

6) Pérdida de la seguridad.- El desenvolvimiento de la pareja en diversos círculos se afecta debido a lo impredecible de la vida además del costo financiero

que el tratamiento implica y la preocupación del cambio que puede surgir en sus relaciones amistosas impide que se hagan demasiadas confidencias a los amigos.

7) Pérdida de la fantasía.- Cuando ha pasado tiempo de tratamiento sin que aparezcan los resultados esperados, la pareja empieza a desesperarse y cada vez es más real la imposibilidad de la paternidad y todos los aspectos que la acompañan social, cultural y personalmente. Desde la experiencia del embarazo que cada vez se perfila más como un misterio para la mujer, hasta la elección de una escuela y ver realizado profesional y personalmente a un hijo.

8) Pérdida de algo o alguna persona de un gran valor simbólico.- Para el matrimonio con problemas de fertilidad el sentido de familia no está presente sin la existencia de un hijo que la personifique. La pérdida no es tangible a los propios ojos o a los ojos de los demás como podría ser una muerte o un divorcio pero la simbolización y el valor que psicológicamente posee un hijo es muy grande para la pareja.

Además de las ocho pérdidas que menciona Mahlstedt, Conway y Valentine (1987; citados en Atwood y Dobkin, 1992) consideran la pérdida de la fantasía de ser una familia, la pérdida de la continuidad genética, la pérdida de la oportunidad de moverse a la siguiente fase del ciclo vital y la pérdida experimentada por otros miembros de la familia como son abuelos potenciales.

Todas éstas pérdidas van empujando a los cónyuges a una profunda depresión. Dumar, Broome, Zuttermeister, Seibel y Friedman, (1992) encontraron que el estado depresivo en la mujer, depende en gran parte del tiempo en que experimentan la esterilidad, encontrando grados significativamente altos en mujeres con una historia de esterilidad de 2 a 3 años, en comparación con aquellas de un año y mayor a 6 años.

Estos últimos intervalos quizá se entiendan como una posición esperanzadora para la pareja que vive la esterilidad en el primer año y una cercanía a la fase de resolución en aquella que la ha vivido por un tiempo superior a los 6 años.

Se dice que la maternidad es un hecho para la mujer antes que para el hombre y en esa medida es como se entiende que ésta se siente responsable, en primera instancia, de la falta gestacional y también es la primera en buscar atención médica. Con esto se puede justificar el hecho de que existan diversas investigaciones acerca del impacto psicológico que los problemas de fertilidad tienen sobre la mujer, mientras que la literatura acerca de los efectos de ésta sobre el hombre es escasa.

No obstante, se ha encontrado que las respuestas de hombres y mujeres ante éste fenómeno, son diferentes; así Nachtigall, Becker y Wozny (1992) encontraron que esta diferencia depende en gran medida de un diagnóstico de sexo específico.

Estos autores realizaron una entrevista a 36 parejas con un factor de esterilidad, que se encontraban en tratamiento. El análisis de la entrevista se realizó con base en cuatro dimensiones de percepción de bienestar: estigma, percepción de pérdida, fracaso de rol y autoestima. Los resultados revelaron que las respuestas emocionales de los hombres con diagnóstico de esterilidad por factor masculino, eran más negativas que las de los hombres con esterilidad por factor femenino; las mujeres por su parte, mostraron indiferencia de si el factor era masculino o femenino, es decir, ellas lamentaban la pérdida de la experiencia del embarazo, lo cual se traduce en fracaso de rol y pérdida de la autoestima.

Los hallazgos también insinúan que la pérdida de la auto-estima en hombres con esterilidad por factor masculino, está relacionada tanto con el fracaso de rol

como con la pérdida de la potencia y la amenaza de perder la relación. Lo anterior puede deberse a las expectativas culturales que el hombre tiene respecto a la afirmación masculina.

Por su parte Hellhammer, Hubert, Phil, Freischem y Nieschlan (1985) investigaron la relación entre datos de pruebas psicológicas objetivas y parámetros endócrinos, así como características de eyaculación, en 117 hombres estériles. Éste estudio se propuso encontrar si algunas actitudes de personalidad tenían algún efecto sobre la fertilidad de estos hombres. No se encontró tal relación, sin embargo los hallazgos apoyan la idea de que los factores psicológicos son relevantes en esterilidad masculina.

Las pruebas psicológicas utilizadas fueron el inventario de Freiburger-Persönlichkeits (FPI), el cual mide nueve dimensiones discretas de personalidad (nerviosismo, agresión, depresión, excitabilidad, sociabilidad, relajación, dominancia, inhibición y sinceridad), sobre la base de éstas escalas se discriminaron otras tres dimensiones: extraversión, neuroticismo y masculinidad. El Rotter-test, en su forma alemana adaptada discrimina entre control interno y externo. La U-Fragebogen, incluye seis escalas (ansiedad crítica, capacidad para resistir demandas, ansiedad de contacto, capacidad para demandar, sentimientos de culpa y normas de orientación).

No se encontró relación entre parámetros endócrinos y actitudes de personalidad, sin embargo se detectaron niveles significativamente altos de ansiedad crítica, ansiedad de contacto, incapacidad para resistir demandas y sentimientos de culpa.

Estas investigaciones sugieren la probabilidad de que las respuestas de hombres y mujeres que experimentan esterilidad difieren por las pautas

socioculturales que definen el rol sexual; de éste modo, la mujer al ser supuestamente más sensitiva muestra cierto tipo de respuestas y es más tendiente o es más dispuesta a solicitar ayuda; en cambio el hombre puede no mostrar abiertamente sus sentimientos y esconde sus necesidades o las expresa de otra forma.

EL estrés es otra de las reacciones que pueden presentarse en los problemas de fertilidad y también es experimentado de diferentes formas por el hombre y la mujer, según datos encontrados en la investigación de Andrews, Abbey y Hallman (1992), en donde se comparó el estrés en el problema de fertilidad en hombres y mujeres de parejas estériles, con el estrés de otras fuentes experimentado por parejas fértiles. En términos generales, los resultados que arrojó la investigación sugieren que el estrés tiene un mayor impacto en las esposas que en los esposos tanto de parejas fértiles como estériles, pero además en éstas últimas, el estrés tiene efectos negativos sobre su identidad sexual y auto-eficacia, mientras que para sus maridos éste no es diferente o mayor al que experimentan de otras fuentes. Asimismo, se encontró que el efecto del estrés tiene un impacto negativo indirecto ya que éste afecta los factores matrimoniales y por consiguiente la calidad de vida tanto de parejas estériles como fértiles.

En cuanto a los rasgos de personalidad de la pareja estéril, se ha encontrado que las esposas exhiben muchos más trastornos de la personalidad como histeria y agresividad, así como indicios de ambivalencia y dificultades en sus relaciones sexuales (Jones y Jones, 1984).

La diferencia de reacciones emocionales en el hombre y la mujer se pueden explicar por el proceso de socialización que hace diferentes las tareas para ambos. De éste modo podemos ver que a la mujer se le ha socializado para ver la

maternidad como un punto importante en su autoconcepto, mientras que el hombre es socializado para ver el éxito profesional como parte importante de su autoconcepto.

A ello le agregamos los episodios menstruales, a veces dolorosos que el hombre no experimenta y que constituyen un recordatorio del problema de fertilidad, así como las constantes exploraciones físicas. De tal manera, se puede entender que la mujer se involucre más profundamente tanto en lo físico como en lo emocional y experimente de igual modo la pérdida de la maternidad (Williams, Bischoff y Ludes, 1992).

Como podemos observar, la experiencia de la imposibilidad de concebir tiene consecuencias emocionales tanto a nivel individual como a nivel marital y social. Probablemente la experiencia sea vivida de manera diferente en cada pareja y sus cambios emocionales varíen de una pareja a otra. Todo esto trae consigo la necesidad de una orientación profesional para que la pareja pueda re-estructurar su realidad y puedan desempeñarse de una manera más gratificante para ellos mismos aun ante la falta de hijos.

Con lo anterior no se pretende decir que la pareja deba renunciar a su anhelo de ser padres sino que juntos puedan encontrar alternativas que disminuyan en mucho la aflicción sentida y no verse imposibilitado en realizarse en otros ámbitos al mismo tiempo que puedan atravesar los tratamientos, a veces dolorosos, con una menor angustia.

2.1.1 IMPLICACIONES DEL PROCESO TERAPEUTICO

Los problemas de fertilidad son en sí mismos un problema que provoca tensión; aunado a esto, la pareja que se somete a tratamiento deberá seguir, bajo la dirección y supervisión de un médico especialista, un plan diagnóstico y terapéutico.

De esta manera, los cónyuges se encuentran sometidos a una constante tensión debida a las expectativas del tratamiento; así adoptarán una posición optimista en un mes, ésta se convierte en tensión conforme se acerca el próximo episodio menstrual y finalmente hay dolor y decepción con su consecuente aparición.

La tensión en esterilidad implica dos aspectos: un gran evento de la vida que crea la necesidad de un cambio en la vida personal y una serie de hechos cotidianos.

Como un gran evento de la vida, la tensión incluye las ocho pérdidas anteriormente mencionadas; como serie de hechos cotidianos están involucrados programas médicos, actos sexuales, curvas de temperatura, prescripciones médicas y expectativas de tratamiento (Mahlstedt, 1985).

Durante el proceso terapéutico la pareja muestra sentimientos con respecto a éste y pueden sentir incomodidad al cumplir con una serie de indicaciones que en muchas ocasiones es interpretado como humillante e intrusivo en su vida íntima ya que además ésta es expuesta ante un extraño que les interroga acerca de sus hábitos sexuales y los modifica de acuerdo a "lo más conveniente". De esta forma el sexo deja de ser espontáneo al ser sometido a una constante evaluación e incluso pueden presentarse problemas adicionales en cuanto al deseo sexual de hombres y mujeres, así como en su capacidad sexual en los periodos fértiles.

La preocupación de la pareja por llevar a cabo adecuadamente las prescripciones del médico, generan tensión y otras alteraciones derivadas de ésta. La impotencia, por ejemplo, puede presentarse como resultado de las demandas de una ejecución sexual, durante la investigación de la esterilidad; asimismo, algunas personas experimentan gran temor y tensión acerca de la cirugía, anestesia y pruebas de sangre. Aunado a esto se encuentra lo incómodo o doloroso que puede resultar un tratamiento y que puede no ser exitoso (Di Paola y Procaccini, 1988; Marshall, 1986 Jones y Jones, 1984; Moghissi y Wallach, 1983).

En la investigación realizada por Abbey, Hallman y Andrews (1992), se intentó determinar qué factores psico-sociales, de tratamiento y demográficos, se relacionan con la cantidad de percepción de estrés en la experiencia de la esterilidad en hombres y mujeres.

Las variables demográficas (edad, tiempo de matrimonio e ingresos), de tratamiento (tiempo de espera, intervenciones médicas, pruebas y tratamientos recibidos) y psicosociales (importancia del hijo, seguridad, percepción de control, atribuciones, apoyo social), se exploraron en 185 parejas estériles.

Una serie de nueve preguntas evaluaron la cantidad de estrés y desorganización que podía producir en conjunto el problema de esterilidad. Tres de estos ítems evaluaron la cantidad de estrés en conjunto (desorganización experimentada, cambio de vida y estrés); los 6 ítems restantes, se referían a cuestiones de vida específicos (salud física, salud mental, matrimonio, vida sexual, finanzas, relaciones con otros).

Los resultados de ésta investigación indican que el costo del tratamiento, así como el ingreso, se correlacionan con el estrés en el hombre ya que éstos pueden

sentir más responsabilidad para contar con los recursos financieros necesarios para cubrir anticipadamente el costo del tratamiento. Las mujeres valoran más el apoyo social; las variables que se relacionaron fuertemente con el estrés fueron el número de pruebas y tratamiento, la esperanza de que podrían tener un hijo, la importancia del hijo, el control personal, la satisfacción personal con apoyo de la comunicación.

De acuerdo con estos resultados, es probable que las variables que se relacionan con el estrés en esterilidad se jerarquizan de tal forma que tanto el hombre como la mujer se centran en primer término en los costos del tratamiento, el cual puede estar sujeto al ingreso exclusivo del hombre por lo que éste experimenta más estrés; no obstante, si la pareja no atraviesa apuros económicos puede ser que su fuente de estrés se concentre en otros aspectos.

El proceso diagnóstico y terapéutico puede ser vivido de diferentes formas, de ahí la importancia de que tanto el médico como su personal técnico conozcan y atiendan los aspectos psicológicos y de cómo interactúan estos en el proceso terapéutico para así lograr un manejo integral de las personas y ser consideradas como tal.

2.1.2 LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Independientemente de la especialidad que desarrolla un médico, la relación que se establece con sus pacientes debe considerarse como la base sobre la que descansa su quehacer profesional. En la medida en que dicha relación se presenta por la necesidad de salud por parte del paciente y los conocimientos profesionales del médico, lo ideal es que se dé lugar a una relación amistosa ya

que, en muchos casos, el que un proceso terapéutico tenga éxito, depende en gran parte de la confianza que el paciente deposita en su médico.

En el caso particular de la pareja estéril, se dice que los cónyuges se vuelven extremadamente vulnerables a la opinión e interés tanto del médico como de su personal técnico; de aquí la importancia de que éstos desarrollen cierta sensibilidad y conocimiento del componente psicológico de la esterilidad.

Desafortunadamente dicho componente no es a veces considerado por diversas razones:

a) En primer lugar el médico puede centrar su atención en lo que es su especialidad: los problemas físicos, y de esta manera son entrenados para manejar y hacerse responsables de un complejo sistema de técnicas para resolver el problema físico pero no el componente psicológico.

b) Debido a que el médico no ha sido entrenado para manejar tan competentemente el aspecto psicológico, puede preferir evitarlo antes de confundirse y lastimar al paciente.

c) También es posible que la pareja misma no se dé cuenta del efecto trascendente que la esterilidad tiene sobre su vida emocional y por ello no soliciten ayuda o bien, pueden esconder tal necesidad, aun cuando se les dé la oportunidad de expresarse.

d) El breve período que los médicos tienen para atender a cada paciente hace difícil desarrollar la relación necesaria para discutir la confusión y desesperación de sus vidas.

f) Finalmente, el médico puede no creer en el componente psicológico y simplemente lo ignora (Mahstedt, 1985; Di Paola y Procaccini, 1988; Watson y Pierfedeci, 1984).

En los casos en que el componente psicológico es tomado en cuenta por el personal médico, se considera necesario que el especialista haga la función de psicoterapeuta ya que éste se representa como depositario y control de las ansiedades y esclarecedor de las situaciones. Se dice que la primera función del especialista como psicoterapeuta es la que se refiere a su actitud médica, la cual deberá ser segura pero sin mostrar soberbia; se supone que una actitud así genera confianza y da apertura a una mejor comunicación con la pareja. Además se sugiere utilizar palabras sencillas en las explicaciones y no dar recomendaciones inadecuadas del tipo "necesita relajarse" o "debe esforzarse" (Di Paola y Procaccini, 1988; Jones y Jones, 1984).

Más que adoptar una función de psicoterapeuta, se considera que el especialista sepa desarrollar ciertas habilidades para comunicarse con la pareja ya que aquél puede pensar que puede manejar adecuadamente el componente psicológico y no requerir la ayuda del psicólogo oportunamente. El manejo integral de la pareja estéril hace necesario el reconocimiento del campo médico y psicológico para así trabajar en equipo en el proceso terapéutico.

En la medida en que otros profesionales están involucrados en el manejo de la esterilidad, Watson y Pierfedeci (1984) mencionan que la mujer en especial puede tener cierta dificultad para explicar sus opiniones y sentimientos con el médico, en cambio puede ser más fácil proporcionar información valiosa a la enfermera; así se vuelve a hacer énfasis en la importancia de desarrollar cierta sensibilidad hacia el aspecto psicológico, de éste modo, una actitud atenta y de interés por parte del médico y su personal técnico son de gran importancia para detectar indicios de alteraciones psicológicas para requerir la ayuda del psicólogo y no esperar hasta que se presente una crisis más aguda.

Debido a las expectativas de la pareja la relación con su médico puede ir cambiando así, durante las primeras visitas el médico es percibido como la esperanza, pero conforme se van sucediendo fracasos en el proceso terapéutico la pareja puede adoptar una actitud de poner a prueba la capacidad del médico y decidir si merece o no su confianza para continuar con el tratamiento o desertar calificando al médico de incompetente. Por esta razón se hace necesaria la tarea del especialista de crear un ambiente de confianza con la pareja que le permita mantenerlos bien informados acerca del curso del tratamiento, de lo que se va a hacer y lo que se pretende lograr y en ello incluir cada indicación apareciendo como sugerencia más que como mandato. Al mismo tiempo, el médico tendrá presente el no prometer nada que no pueda cumplir para no albergar falsas esperanzas en los pacientes y considerar que cada caso debe ser tratado individualmente, esto es, no mencionar que el caso es extraño o como muchos que ha consultado (Di Paola y Procaccini, 1988; Zárata y Moscona, 1985).

La importancia de que el personal que integra el cuerpo médico en el tratamiento de la esterilidad, conozca y atienda el componente psicológico de ésta es porque durante el proceso terapéutico la pareja es referida a diversos departamentos que integran numerosos estudios y muchas veces el trato y la consideración que merecen como seres humanos se olvida lo cual contribuye a aumentar y/o mantener los trastornos emocionales que sufre la pareja.

Si consideramos que la pareja con problemas de fertilidad se vuelve extremadamente vulnerable a las opiniones de los demás se puede comprender que la pareja se sienta lastimada con comentarios fuera de lugar del personal médico, e incluso del médico; aun cuando esta no sea la intención de ninguno.

Por ello se considera importante sensibilizar también al equipo técnico para ayudar indirectamente a la pareja a disminuir su malestar con las constantes intervenciones médicas.

Desafortunadamente se pretexto que la excesiva carga de trabajo hace a veces imposible una adecuada comunicación con las pacientes, sin embargo, ello debía ser tomado como parte de su propio quehacer profesional, y considerar la posibilidad de una canalización oportuna que trate de manera más profunda dichos aspectos.

2.1.3 EL CONTEXTO SOCIAL DE LA ESTERILIDAD

Dado que la pareja con problemas de fertilidad se desenvuelve en diferentes círculos sociales es válido pensar que además de la crisis que sufren como individuos y como unidad matrimonial sufran otras en su interacción con los demás dadas por el rol social que se espera que desenvuelvan. Mas aun, la crisis de la pareja puede sobrevenir por su frustración de no poder ejecutar ciertas tareas que socialmente tienen un gran valor y reconocimiento como son las propias de la paternidad.

En nuestros días existen culturas en donde la esterilidad es considerada un problema exclusivamente femenino. Pero aun cuando esto no sea evidente, muchas mujeres siguen sintiéndose responsables, como ya hemos venido mencionando, de la falta gestacional, lo cual contribuye a una pérdida de la propia identidad biológica y el autoconcepto. Así lo reportan los resultados de la investigación realizada por Cruz (1992), en donde se realizó un estudio

comparativo del autoconcepto en mujeres con embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral. Se trabajó con un total de 239 pacientes de las cuales 109 correspondieron al grupo de embarazo normal; 50 a embarazo de alto riesgo; 47 con esterilidad primaria; 3 con esterilidad secundaria y 30 con O.T.B. A través de la aplicación de la Escala Tennessee de autoconcepto se encontró que la circunstancia reproductiva en la que se encuentran las mujeres tiene una relación significativa con el autoconcepto, es decir, la maternidad es un elemento importante de la feminidad y para la mujer resulta crucial desempeñar esta función para sentirse valiosa y realizada como mujer. También se pudo concluir que la ausencia de la función reproductiva provoca una baja autoestima principalmente en las mujeres estériles y en las de Oclusión Tubaria Bilateral.

A lo largo de la historia podemos observar el sentido y el valor que se le ha dado al estado reproductivo de la mujer.

Durante el período Colonial, la reproducción estaba íntimamente ligada con la economía, de esta manera la mujer que tenía más de ocho hijos era bien vista pues esto se encontraba relacionado con la supervivencia de la familia y por ende la sexualidad tenía un sentido reproductivo.

Con la Revolución Industrial y el capitalismo se dió un cambio social importante y con el un cambio en la ideología de la mujer al incorporarse a la fuerza de trabajo; así la mujer que padecía problemas reproductivos y que era mal vista durante el período colonial, pudo verse más liberada de las presiones sociales (Rhodes, 1988; Cruz, 1992).

Pese a los cambios sociales el estado reproductivo sigue siendo, en la actualidad, un aspecto importante en la vida de muchas mujeres, tal es el caso de

aquellas que siguen tratamientos que pueden durar años, con la esperanza de lograr un embarazo exitoso.

El sistema de creencias de los individuos contribuye en mucho a las reacciones emocionales ante los problemas de fertilidad. La Biblia es quizá uno de los recursos más antiguos de las definiciones culturales del significado de la fertilidad. Las repetidas citas que dicen: "creced y multiplicaos" son frecuentemente interpretadas como una orden o una obligación de ser fértiles y reproducirse; de ahí el sentimiento de algunos individuos al pensar que su esterilidad es un castigo de Dios por alguna culpa o el sentirse traicionados en su fé y proclamar la injusticia de su destino (Atwood y Dobkin, 1992; Burns, 1993).

El matrimonio con problemas de fertilidad se hace extremadamente vulnerable a la indiferencia de los demás o al excesivo interés que muestren por ellos. Algunos autores (Zárate y Moscona, 1985; Di Paola y Procaccini, 1988; Mahlstedt y Johnson, 1988), opinan que la pareja puede volcar su frustración hacia el médico, la familia o amigos y prefieren alejarse temporalmente de ellos ya que se vuelve intolerable la carga de la presión social o los comentarios fuera de lugar, sumada a las alteraciones emocionales que sufren a lo largo del tratamiento.

Así como es posible que se alejen de diferentes círculos sociales, es probable que también busquen constantemente la aprobación de los demás y se vuelvan excesivamente serviciales o bien pueden buscar más contacto con personas que tienen niños pequeños, señoras embarazadas, frecuentar parques, aceptando trabajos voluntarios con niños en hospitales, orfanatos o escuelas (Atwood y Dobkin, 1992), como una forma de sentir que son socialmente aceptados a pesar de su imposibilidad de concebir. Ambos extremos podrían considerarse igualmente perjudiciales y contribuyentes a mantener la angustia del matrimonio.

Se dice que el rol de la paternidad es considerado por muchos como la etapa de entrada a la adultez y que sin esta experiencia, el ser humano puede sentirse incompleto. Esta es una creencia errónea que poseen muchas familias y que contribuye al sentimiento de pérdida de la pareja.

Es una conjugación de sentimientos tan abrumadora que muchas parejas no están dispuestas a soportar, sin embargo también se condenan porque piensan que los demás pueden desempeñarse mejor que ellos, quizá así lo asuman y actúen como tal, ellos mismos se incapacitan, hay tantas pérdidas que lamentar y tan difícil renunciar al anhelo de ser padres que los miembros de la pareja pueden irse destruyendo poco a poco, si no consideran un proyecto de vida satisfactorio sin la presencia de un hijo.

Aunque en la actualidad las tecnologías reproductivas pueden favorecer la fertilidad, prevalecen factores culturales, étnicos o religiosos que ponen demandas adicionales a la pareja; por ejemplo: en algunas culturas, la fertilidad es considerada exclusivamente un asunto femenino y; en algunas instancias, algunas prácticas o valores religiosos pueden limitar las opciones de tratamiento (Burns, 1993).

A pesar de haber cambios en la ideología actual, podemos todavía observar la importancia que tiene la maternidad para la mayoría de las mujeres.

Los medios de comunicación, son quizá uno de los factores culturales que siguen enviando mensajes implícitos o explícitos del lugar tan importante que tiene la familia, ésta se considera una forma de estar preparando a las futuras generaciones para ejercer la paternidad.

2.2 ALTERNATIVAS PARA LA PAREJA ESTERIL.

Los avances en biología de la reproducción hacen cada vez más posible la paternidad biológica y amplían las opciones de ésta. Los métodos frecuentemente utilizados en tecnología reproductiva son, la inseminación artificial, inseminación artificial por donador, fertilización in vitro (IVH). Algunas formas menos frecuentes son, las madres subrogadas y donador de gametos (Atwood y Dobkin, 1992; Klock y Maier, 1991).

Al considerar la posibilidad de no poder concebir naturalmente, las parejas pueden considerar alguna de éstas alternativas.

Es posible que las parejas opten por someterse a una tecnología reproductiva y adoptar simultáneamente un bebé. La razón estriba en el hecho de que se han presentado casos en los que el embarazo puede seguir a la adopción.

La explicación a éste fenómeno es proporcionada por Andrews (1970), esta autora menciona que las razones por las que una pareja adopta son: azoospermia, baja cantidad de espermatozoides, pobre motilidad del espermatozoide, eyaculación retrógrada, ovulación irregular, endometriosis, insuficiencia hormonal, abortos repetidos, etc. Se supone que en todos ellos están involucrados procesos fisiológicos que pueden agudizarse con la tensión experimentada.

El hijo adoptivo viene a ser un simbolismo de paternidad que ocupa el espacio físico y de alguna manera el psicológico que ayuda a la pareja con problemas de fertilidad a sobrellevar su pérdida y por consiguiente su grado de ansiedad se reduce permitiendo la relajación del cérvix, útero y trompas haciendo más apropiado el paso de los espermatozoides. El hombre por su parte puede producir

espermatozoides más sanos, mayor motilidad y también experimenta cierta relajación muscular.

En su estudio esta autora revisó 37 casos de parejas que adoptaron, durante un período de 1958 a 1968. Los casos fueron colocados dentro de las siguientes categorías: 1)14 parejas concibieron durante el proceso de investigación que realiza la agencia y antes de que les fuera dado en adopción el niño; 2)16 parejas lograron la concepción después de 18 meses de adoptar un niño; 3) 3 parejas concibieron después de solicitar un segundo hijo y; 4)4 parejas concibieron después de pocos meses de adoptar un segundo hijo.

Estos hallazgos, sin embargo, no dicen nada acerca de los factores emocionales realmente involucrados en éste fenómeno. Contrariamente Moscona (1987) considera que la decisión de adoptar no debe ser tomada tan a la ligera pues antes la pareja ha de superar la crisis provocada por la esterilidad, debido a que el proceso de la adopción representa otra sobrecarga emocional.

También cree necesario determinar los motivos verdaderos por los que se desea ser padre y expresar si el verdadero deseo es convivir con un hijo, quererlo y cuidarlo o si es un deseo egoísta de satisfacer sus necesidades emocionales.

En la actualidad resulta un tanto difícil conseguir un niño en adopción debido al control natal o a que más madres solteras desean conservar a su hijo.

La espera a la que tienen que someterse la pareja puede ser un período de madurez y preparación a la paternidad, sin embargo a pesar de la larga espera hay parejas que pueden no conseguir tal preparación y después de la noticia de que al fin está lista la adopción, de pronto se asustan o se angustian. Adicionalmente, la pareja se enfrenta a las tensiones sociales que implica notificar al resto de la familia la presencia de un nuevo miembro.

Según Burns(1987), la adopción y las tecnologías reproductivas oscurecen el parentesco familiar y ello impide que se establezcan límites claros entre los cónyuges y las familias de origen. Asimismo se requiere una redefinición de las reglas del parentesco familiar para lo cual se necesita una clara diferenciación entre la paternidad biológica y la social.

Debido a que, de alguna manera, desaparece la continuidad genética las parejas pueden rechazar la alternativa de la adopción

Como podemos darnos cuenta las reacciones y consecuencias emocionales derivadas de los problemas de fertilidad son diversas; si bien es cierto que no es fácil renunciar al anhelo de ser padres, también es cierto que no es menos difícil superar toda la crisis que representan los procesos médicos y la decisión de tomar alguna alternativa para llegar a ser padres.

Debido a la demanda psicológica derivada de la naturaleza del tratamiento de los problemas de fertilidad, Klock y Maier (1991) desarrollaron unas pautas para la evaluación psicológica de las pacientes estériles del Centro de Salud de la Universidad de Connecticut.

Dichas pautas se diseñaron con cinco propósitos principales: 1) identificar a las pacientes que pudieran necesitar una atención psicológica; 2) proporcionar un esquema de tópicos por descubrir en el proceso de la consulta; 3) especificar claramente las consecuencias de las decisiones tales como el uso de donador de gametos; 4) tener un medio para evaluar la necesidad de apoyo social y 5) incluir un criterio de información a la paciente de las consecuencias psicosociales del tratamiento.

Se incluyeron evaluaciones de la estabilidad de la relación, consecuencias psicológicas en la pareja derivadas de la incapacidad de concebir, expectativas

del tratamiento médico, el impacto de las tecnologías reproductivas , el conocimiento de la existencia de un embrión y la posibilidad de no retenerlo, funcionamiento sexual, el apoyo social con el que cuenta la pareja ya sea familiar o de amigos, consideraciones religiosas y culturales, consideraciones legales, en caso que se efectúe inseminación por donador y éste sea un miembro de la familia, se deben discutir las consecuencias de esto sobre la dinámica familiar.

Podemos darnos cuenta que no es sencillo el trabajo con las parejas que presentan problemas de fertilidad ni para el médico, ni para el profesional que trata con la salud mental y por ello no pueden tomarse tan a la ligera.

También podemos ver como las reacciones de las parejas que presentan dichos problemas, son diversas y que los factores socioculturales que intervienen son dignos de consideración puesto que contribuyen a mantener el estado emocional del matrimonio. Sobretodo porque la pareja se hace muy vulnerable a las críticas y opiniones que aunque no se hagan explícitas, a los ojos del matrimonio están constantemente presentes.

Presumiblemente lo anterior se debe al sistema de creencias que culturalmente establecen lo que se espera del rol que como adultos debemos desempeñar al llegar a una etapa más en la vida del ser humano.

El matrimonio con problemas de fertilidad se siente diferente a los demás y probablemente lo sea sólo en el sentido de no poder concebir, pero con problemas similares a los de cualquier matrimonio, que deberá enfrentar tomando acciones inteligentes para superarlos.

También se considera que las reacciones emocionales anteriormente descritas son sólo una base o una guía que puede ayudar a evaluar el estado y las circunstancias actuales de la pareja, pero que puede haber otros aspectos que se

pueden contemplar y ello depende en gran medida de la aproximación teórica o enfoque que el psicólogo le dé así como de las particularidades de cada matrimonio.

CAPITULO 3 ENFOQUES PSICOLOGICOS QUE HAN EXPLICADO LOS PROBLEMAS DE FERTILIDAD.

Las diferentes aproximaciones teóricas han contribuido a ampliar nuestro conocimiento acerca de los aspectos psicológicos derivados de la crisis de los problemas de fertilidad, al mismo tiempo que proponen métodos para disminuirla.

Resulta interesante conocer los procesos psicológicos que pueden estar implicados en los problemas de fertilidad, sin embargo, es igualmente importante conocer acerca de las estrategias que siguen los diferentes enfoques para conseguir un incremento en la calidad de vida de los matrimonios que experimentan esta dificultad.

Por otra parte, no podemos ignorar el hecho de que el matrimonio con problemas de fertilidad se encuentra formando parte de otros sistemas sociales, como el familiar, que pueden contribuir a mantener o cambiar la situación emocional de la pareja, al poseer una gran influencia afectiva y, en éste sentido, se puede ampliar la visión del fenómeno al considerar a otras personas que pueden ser útiles y entrenadas para apoyar emocionalmente a los cónyuges con problemas para concebir.

3.1 ENFOQUE CONDUCTUAL

Existe cierta controversia en cuanto a los efectos del estrés sobre la esterilidad pues así como el proceso diagnóstico y terapéutico generan tensión, ésta a su vez puede provocar esterilidad ya que influye de alguna manera sobre el control

autonómico y neuro-endócrino del proceso reproductivo. Las excesivas catecolaminas derivadas del estrés pueden afectar la ovulación en cierto sentido o pueden incrementar las cantidades de adrenalina o inducir hiperprolactinemia (Moghissi y Wallach, 1983).

A éste respecto Jones y Jones (1984) consideran que la esterilidad sigue un círculo vicioso de tensión emocional-esterilidad-tensión emocional y que para romper el círculo vicioso se requiere de un asesoramiento profesional que igualmente puede contribuir a un incremento en las tasas de concepción.

Domar, Seibel y Benson (1990) probaron la eficacia de un programa de tratamiento conductual de grupo en 54 mujeres estériles, para elicitar la respuesta de relajación.

Los participantes completaron una batería de pruebas psicológicas antes y después del programa. Las pruebas aplicadas fueron: la Prolife of Mood Scale (POMS), en la cual se evalúan estados de ánimo transitorios; el Spielberg State Trait Anxiety Inventory (STAI), mide diferencias individuales de ansiedad y situaciones de ansiedad inducida y; la Spielberg Anger Expression Scale (AnEx), que evalúa diferencias individuales de expresión de ira, como un rasgo de personalidad.

El programa se llevó a cabo durante 10 sesiones en las cuales se incluyeron: ejercicios de relajación, discusión en parejas de los ejercicios de relajación realizados en casa, introducción y lectura al tópico del día, ejercicios de grupo o en pareja y ejercicios de "mini" relajación.

Los tópicos que se trataron fueron: la relación del estrés y el sistema reproductivo, respiración diafragmática, reestructuración cognitiva y manejo de emociones, desarrollo de la auto-confianza y compasión, sesiones de medio día

que incluían almuerzos nutritivos, ejercicio y nutrición, concientización de sensaciones y percepciones, emociones, ira y perdón y revisión de la información siguiente. Se encontró que las participantes tuvieron un decremento en depresión, tensión, ansiedad, ira e inactividad, así como incrementos en el control de sus sentimientos, seguridad y auto-estima, dando lugar a una elevación en las tasas de concepción.

Los resultados obtenidos en éste estudio muestran que en la mujer con esterilidad por causa desconocida o inexplicable, la respuesta de relajación puede contribuir a la disminución de tensión y crear un sentido de bienestar. Por otra parte, sugieren que el tratamiento conductual, en algunos casos, parece asegurar la concepción en conjunto con una tecnología reproductiva; pero aun cuando no ocurriese ésta, la reducción del estrés puede mejorar la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo con estos resultados se puede decir que independientemente de la causa de la esterilidad y de la tecnología reproductiva que se esté llevando a cabo, la asistencia psicológica tiene gran importancia no sólo para aliviar la tensión de las pacientes, sino para apoyarlas también emocionalmente en el proceso médico-terapéutico.

El dilema de si hay características de personalidad que influyan sobre la capacidad fértil de los individuos, sigue vigente; Jones y Jones (1984), suponen que las aberraciones psicológicas de la persona estéril son más bien el resultado y no la causa de la infertilidad; Asimismo, en la investigación de Hellhammer, Hubert, Phil, Freischem y Nieschlang (1985) se muestra la nula relación que existe entre las características de personalidad y la capacidad fértil del hombre.

No obstante, hay quienes sostienen que algunas características de personalidad causan la esterilidad, particularmente en la mujer.

La ocurrencia de embarazos antes, durante o después de la institución de una terapéutica médica, han otorgado un papel importante a los factores psicológicos en las alteraciones de la fertilidad.

3.2 ENFOQUE PSICOANALITICO

Desde el punto de vista psicoanalítico el aparato reproductor femenino despliega gran cantidad de síntomas que pueden estar revelando la importancia de éste para el concepto que la mujer tiene de sí misma.

Algunos problemas relacionados con el aparato reproductor femenino tales como el vaginismo, la amenorrea, el aborto habitual y la esterilidad inexplicable pueden tener un origen orgánico o psicológico, sin embargo la presencia del síntoma, por sí mismo, no dice nada acerca de sus orígenes (Bardwick, 1971).

Las investigaciones realizadas en el plano psicofisiológico han identificado relaciones entre características de personalidad y los síntomas que una mujer presenta.

Ramírez (1962) considera que las madres rechazantes que dieron poco amor y afecto a sus hijos, preparan potencialmente la presencia de mujeres estériles ya que en el trabajo analítico se ha descubierto que mujeres estériles han tenido una madre que por alguna razón las rechazó, les brindó poco afecto o condicionó situaciones emocionales que impidió una identificación maternal. Del mismo modo menciona que es muy probable que la mujer que tiene problemas en el campo de la fecundidad esté reflejando un rechazo a la maternidad.

No obstante, Bardwich (1971) considera que los síntomas en éste campo poseen una función simbólica en cada individuo, la cual tiene que ver con determinadas necesidades y conflictos. De esta manera al tener una importancia especial el aparato reproductor femenino éste puede manifestar una defensa psicológica o puede estar siendo utilizado como un vehículo para expresar temores y anhelos respecto a la sexualidad, la maternidad y las relaciones consigo misma y con las personas significativas para la mujer; en éste sentido es como ciertas alteraciones pueden tener un contenido simbólico.

El síntoma también posee un sentido ambivalente, por ejemplo, la Pseudociesis (o embarazo psicológico) puede expresar el deseo consciente de tener un hijo y el temor inconsciente a engendrarlo. En el caso de la esterilidad puede ser una negación del hijo al marido que se sabe tendría una alegría y de esta forma expresar la agresión que no se puede hacer explícita.

A pesar de las controversias en cuanto a las posibles relaciones entre características de personalidad y síntomas, existe evidencia de la influencia recíproca entre la reproducción y el psiquismo.

Por su parte, Larraitz(1980) investigó la interrelación de las características de personalidad de los cónyuges experimentando infertilidad psicógena o funcional y probó que ésta es producto de las primeras, sosteniendo además que es posible que, con otra pareja con un tipo de personalidad diferente, pudieran procrear.

Su estudio se realizó con 158 matrimonios divididos en tres grupos: Grupo orgánico, en el cual se incluyeron aquellas parejas que reportaron algún tipo de trastorno orgánico que interfería con la fecundidad. El grupo psicógeno incluyó a aquellas parejas que no reportaban ningún trastorno orgánico pero que después de varios años de matrimonio sin medida anticonceptiva no habían logrado la

concepción. El tercer grupo se formó con fines comparativos y estuvo compuesto por parejas con dos o más hijos.

Tanto a hombres como a mujeres de los tres grupos se les administró el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota).

Los resultados del análisis de varianza mostraron que el grupo psicógeno era diferente a los otros dos. Esta diferencia se debió a que los hombres tenían un puntaje más elevado en relación a las esposas, en las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y psicastenia. Estas escalas están compuestas de indicadores de personalidad de tipo neurótico, en donde predominan las defensas de proyección y negación; indica asimismo, inmadurez, dificultad para establecer relaciones íntimas a nivel genital adulto.

En éste mismo grupo se encontraron similitudes entre hombres y mujeres, por ejemplo, se encontró mayor incidencia de falta de alguno de los progenitores, por fallecimiento. También se vio que bastantes de ellos ocupaban los lugares del centro en la escala de los hermanos.

Los hombres tenían desarrollado un patrón predominantemente pasivo, a diferencia de las mujeres que tenían características de personalidad similares a las de los hombres de los otros dos grupos. De esta manera se cree que en un nivel inconsciente las ansiedades, producto de las experiencias y fantasías infantiles de ambos cónyuges se complementan y hacen que se viva la llegada de un vástago con un temor tan intenso que torna infértil a la pareja.

En los casos del grupo orgánico, especialmente las mujeres anovulatorias y las de matriz infantil, emplean las defensas conversivas para evitar la maternidad.

Larraitz concluye que para lograr entender el complejo problema de la infertilidad, se debe investigar la interrelación tanto física como psicológica y que

el método de tratamiento más adecuado es una psicoterapia de pareja orientada a investigar y disipar los temores profundos que son producto de las fantasías infantiles.

De éste modo es como Duarte, Morales y Kably (1990), se propusieron buscar todos aquellos factores emocionales que pudieran estar interviniendo en la esterilidad y abatirlos o disminuirlos a través de una psicoterapia de grupo.

En éste estudio participaron 50 pacientes con diagnóstico de esterilidad primaria o secundaria y/O infertilidad primaria o secundaria, las cuales fueron evaluadas antes y después del tratamiento a través del Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) Spielberg; la Escala de automedición de la depresión de Zung (E.A.M.D.), la escala de autoconcepto de Tennessee de Fitts y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Los resultados de éstas pruebas mostraron que las puntuaciones del IDARE se encontraron en un rango de normalidad, mientras que en la E.A.M.D., se encontró una disminución en la depresión y en el MMPI se visualizó la presencia de ideas obsesivas y la canalización de impulsos a través del uso de la fantasía y la somatización; finalmente los resultados de la escala de autoconcepto muestran que la sub-escala correspondiente a identidad se encontraba por debajo del parámetro de normalidad.

Las dinámicas del proceso y su resultado se presentaron resumidas en cuatro fases para una mayor comprensión. En la primera fase se encontró que la maternidad está idealizada y ello redundaba en una baja auto-estima ante la imposibilidad de concebir, la relación de pareja se encuentra fracturada, los límites de las jerarquías no son claros y la llegada del hijo se espera como alguien que llegará a estructurar nuevamente a la pareja; durante la segunda fase

comienza a incrementarse la auto-estima, lo cual permite un cuestionamiento de la situación marital y la confrontación de la historia personal en la que surgen antecedentes de violación temprana por familiares cercanos, temor a adoptar el rol materno tradicional, aislamiento y conflicto con la figura paterna; en la tercera fase se empieza a ver la sexualidad extendida a otras áreas como la laboral, social, familiar, profesional, etc. y no limitada sólo a lo reproductivo; ya en la cuarta fase se encontró una disminución importante de ideas obsesivas relacionadas con la maternidad y un incremento en la auto-estima.

Por otro lado los hallazgos en psicoterapia han permitido también identificar tres grupos que caracterizan a la mujer con esterilidad psicógena. Christ (1980) los define así:

Grupo 1.- Caracterizado por aquellas mujeres cuya esterilidad parece ser relativamente superficial y puede desaparecer espontáneamente a través de la investigación.

Grupo 2.- La resistencia a la fertilidad parece ser la característica de éstas mujeres, cuya profundidad obstaculiza la concepción.

Grupo 3.- Contiene a aquellas mujeres cuya esterilidad parece representar una profunda resistencia psicosomática contra un peligro psíquico interno que es percibido como una amenaza para la salud mental de la mujer ante la posibilidad de la concepción y paternidad.

Asimismo se han identificado cuatro áreas en el manejo de la pareja estéril que incluyen:

1) evaluación diagnóstica.- en donde se contemplan un número de áreas personales como la estabilidad y bases de la relación de pareja, lo adecuado de su ajuste sexual, la disposición psicosocial a la paternidad y la motivación

genuina para tener un hijo. También se pueden observar situaciones externas desfavorables que afectan al matrimonio, o conflictos abiertos o encubiertos con padres o parientes.

2) el programa de tratamiento.- La entrevista inicial puede ser un buen principio para explorar a las parejas que presenten problemas emocionales tales como mal ajuste marital, disfunción sexual y conflictos familiares y referir a la pareja a un tratamiento adecuado para todos estos problemas. La orientación analítica puede ser de gran ayuda y la psicoterapia individual larga puede ser curativa.

3) ajuste a la esterilidad.- Todas las reacciones emocionales que aparecen tras un diagnóstico de esterilidad, incluyendo el shock inicial deben ir transformándose para que la pareja pueda lograr un ajuste a su estado actual.

4) elección de una alternativa para lograr el acceso a la paternidad. A pesar que la pareja cuenta con varias alternativas de acceso a la paternidad, se cree que primero tienen que ser resueltas sus reacciones emocionales.

Nuevamente podemos resaltar la importancia de evaluar adecuadamente a la pareja; se considera que a partir de una buena evaluación es como podrán identificarse las áreas de mayor dificultad e instituir las estrategias más convenientes para cada matrimonio.

3.3 EL ENFOQUE SISTEMICO

Desde esta perspectiva el individuo es considerado un sistema biopsicosocial en donde lo orgánico no puede ser separado de lo psicológico y lo psicológico no puede ser separado de lo biológico, ambos se afectan entre sí. De éste modo, el subsistema biológico hace referencia a los procesos fisiológicos, mientras que el

subsistema psicológico se refiere a las cogniciones, creencias y emociones individuales.

En el enfoque sistémico la esterilidad es considerada como un evento de la vida que precipita una crisis que a su vez inmoviliza el subsistema conyugal al sufrir éste una tensión que crea un "límite ambiguo" pues la pareja no sabe quién está dentro y quién está fuera del sistema, los límites son confusos puesto que no se pueden ejercer los roles. Además se considera también un problema intergeneracional ya que tanto la pareja como sus familias de origen se frustraron en el desarrollo de tareas afectando a generaciones pasadas presentes y futuras. Bajo éstas circunstancias, la pareja busca la homeostasis a través de la fantasía del hijo, en la relación con el médico, la familia de origen, los amigos e incluso en una relación extramarital, lo cual imposibilita más la clarificación de límites en el subsistema conyugal (Burns,1987).

Asimismo cada individuo se encuentra dentro de diversos sistemas sociales como el familiar, el político, económico y cultural en los que se incluyen amigos y compañeros de trabajo.

La familia es considerada como el subsistema principalmente encargado de la socialización y poseedora de una enorme influencia emocional. La familia reproduce patrones culturales, en ella se imparten al hijo normas éticas, reglas sociales y formas de pensar, es ahí donde se moldea su carácter; todo ello se aprende no solo por lo que en la familia se dice explícitamente sino también por lo que no se dice.

La paternidad, según Burns (1987), es considerada un proceso de preparación que se va gestando desde la niñez. de éste modo los propios padres representan un modelo de lo que debe ser la paternidad. Asimismo los juegos con muñecas, a

la casita o el cuidado de hermanos pequeños son considerados sucesos preparatorios a la paternidad.

Tales actividades se definen como "fantasías del hijo". Para la mayoría de las parejas, el ser padres es un hecho aun antes de serlo. Al unirse, la pareja no se vé sola por mucho tiempo los planes de ésta se hacen en relación a un tercero y hasta entonces la "fantasía del hijo" se encuentra presente. Cuando pasa el tiempo y la pareja no tiene el hijo esperado, el espacio de éste se encuentra psicológicamente presente pero físicamente ausente.

Se dice que la existencia de la "fantasía del hijo" no es sólo el resultado de la falta de hijos sino es también producto de la socialización, de la definición y desempeño de roles, del autoconcepto y de la lealtad implícita que se debe a generaciones pasadas y futuras, lealtad que se encuentra basada en el parentesco, lo hereditario y lo biológico.

Los problemas de fertilidad se han descrito como una "crisis" que desencadena, como hemos visto, diversas reacciones emocionales como la ira, la cual puede ser volcada a familiares y/o amigos que de alguna forma presionan a la pareja para tener un hijo (Williams, Bischoff y Ludes, 1992).

La presión que ejerce la familia puede entenderse si se considera a los problemas de fertilidad como un problema intergeneracional en el cual se ven afectadas, en sus tareas de desarrollo, generaciones presentes, pasadas y futuras (Burns, 1987).

Los problemas de fertilidad pueden repercutir en el crecimiento y desarrollo no sólo de la pareja sino también de los propios padres y hermanos; se pueden crear celos y envidias entre hermanos acerca de su propia fertilidad o bien existe la imposibilidad de compartir la experiencia de la maternidad, pueden debilitarse los

lazos familiares o interrumpirse las tradiciones familiares. Los padres, al prolongarse la llegada de un nieto pueden ver la esterilidad de sus hijos como parte de sus propias faltas, es decir, también ellos pueden sentir culpa acerca de su imposibilidad de procrear, por alguna falta cometida en el pasado (Burns, 1987; 1993; McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992).

Por otro lado, los nietos ofrecen a la familia de origen una oportunidad para reorganizar el "libro familiar". Por su parte, los hijos pueden desear devolver con creces a los padres el recuerdo de una infancia feliz, compartiendo el amor de los nietos y/o los abuelos desear dar a los nietos el amor y la atención que por alguna razón no pudieron proporcionar a los hijos propios (Boszormenyi-Nagy y Sparks, 1973; citados en McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992).

Según Burns (1987), algunas familias creen que los hijos no alcanzan el estado de adultez hasta que tienen hijos propios, en éste sentido, las parejas con problemas de fertilidad se encuentran en un estado de "no transición" y la esterilidad se convierte entonces en un obstáculo para el desarrollo de tareas tanto de la pareja como de sus familias de origen.

El efecto de los problemas de fertilidad sobre la dinámica familiar ha sido estudiado por Gallegos (No fechado) en 29 parejas con diagnóstico de infertilidad, con el propósito de identificar aquellos problemas derivados de la imposibilidad de concebir.

Se aplicó a las pacientes un cuestionario que incluyó las siguientes áreas:

- 1) ficha de identificación
- 2) Nivel socio-económico
- 3) Antecedentes heredo-familiares
- 4) Antecedentes personales-patológicos

5)Antecedentes Gineco-Obstétricos

6)Antecedentes psicosexuales

Se encontró que en 10 parejas no existen problemas y en las otra 19 se identificaron: angustia, ansiedad, incomprensión, cambios de conducta, separación, infidelidad, alcoholismo y divorcios. También se encontró que en 58.5% de los casos la familia interviene creando angustia, ansiedad, sentimiento de culpa y depresión lo cual ocasiona conflictos en la pareja.

Con respecto al esposo se encontró que en 65.5% de los casos se presentaron cambios de conducta para con la esposa, infidelidad, incomprensión, distanciamiento y alcoholismo.

Se concluyó que la mujer que presenta problemas de fertilidad debe ser considerada integralmente unida con su pareja sin dejar área sin tratar y al mismo tiempo concientizar a la sociedad, la familia y el esposo de la necesidad de aceptar, comprender, dar apoyo y confianza mutuos para evitar caer en la crisis familiar.

De acuerdo con estos hallazgos no podemos dejar de considerar la influencia familiar en cualquier circunstancia de la pareja tomando en cuenta el peso emocional que ésta tiene.

Desafortunadamente existe bastante desinformación por parte de las familias del impacto emocional que los problemas de fertilidad tienen en la pareja, con lo cual se justifican los comentarios insensibles o fuera de lugar que lastiman a la pareja.

La terapia médico-familiar surgió como una necesidad de atención a las enfermedades y el papel que éstas juegan en la vida personal del paciente y su relación interpersonal con la familia. Esta terapia trabaja sobre un modelo de

sistema biopsicosocial en donde se trabaja con problemas médicos y sus contextos. Aquí se permite un análisis de la interacción circular, procesos, triangulaciones, límites y creencias involucrados en un complejo sistema en donde se encuentra un paciente, una familia y otros grupos que tropiezan con el tratamiento de problemas como son los de fertilidad.

Los objetivos de la terapia médico-familiar son mejorar la capacidad de competencia del individuo ante una enfermedad crónica o inhabilidad, experimentar menos conflicto hacia el manejo del régimen médico, mejorar la comunicación con el médico, ayudar al ajuste de un problema médico que no puede ser curado o ayudar al paciente a construir un cambio en el estilo de vida. En los problemas de fertilidad por ejemplo, la terapia puede centrarse en el mejoramiento de la comunicación de los cónyuges, la comunicación con el equipo médico y el manejo del estrés en la toma de decisiones y procedimientos.

Con éstas dos metas se proponen dos objetivos generales: promover la acción y la comunión.

La acción entendida como el incremento de la involucración de los cónyuges en actividades familiares y compromiso con la atención médica lo cual puede contribuir a que el cónyuge que no presenta problemas para la concepción, se involucre más con su pareja.

La comunión hace referencia a la necesidad de atender la comunicación y los vínculos emocionales que muy frecuentemente son afectados por el problema de fertilidad (McDaniel, Hepworth y Doherty, 1992).

Se dice que los familiares y amigos son a menudo buenos recursos potenciales de apoyo a la pareja pero que estos tienen que ser informados y sensibilizados para lograr un apoyo de calidad, ya que los problemas de fertilidad son una herida

que no se alivia propiamente sin el apoyo de alguien que aprecie a la pareja y entienda su experiencia para poder hacerlos sentir amados y aceptados aun sin poder procrear (Mahlstedt, 1988; Williams, Bischoff y Ludes, 1992).

Como en todos los problemas humanos cada enfoque tiene su particular forma de abordar el fenómeno de los problemas de fertilidad.

Lo que aquí interesa es tener presente lo importante que es la ayuda terapéutica para orientar al matrimonio a la comprensión no sólo de la crisis derivada de su problemática sino también a reestructurar su historia individual enlazándola con el "aquí y ahora" y tomando acciones eficaces en el presente considerando sus consecuencias futuras.

La ayuda terapéutica no hace propaganda ni a la renuncia de la paternidad ni al aseguramiento de la misma, más bien se considera que el profesional de la salud debe permanecer al margen, enfocándose en disminuir la crisis emocional derivada de los problemas de fertilidad para la consecución del bienestar tanto individual como de pareja.

Asimismo resulta interesante considerar ampliamente los factores sociales y culturales, sobretodo si tomamos en cuenta que se encuentran involucradas relaciones emocionalmente significativas con otros, que pueden facilitar o impedir el ajuste emocional del matrimonio.

CAPITULO 4 EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Para entender el efecto que sobre la dinámica familiar tienen los problemas de fertilidad, se considera necesario hacer referencia al ciclo vital de la familia y las tareas que el ser humano desempeña a través de sus diferentes fases.

De acuerdo con Estrada (1988), la familia puede conceptualizarse como un sistema abierto, ligado e intercomunicado, como ya se mencionó en otro punto, con otros sistemas como el biológico, el psicológico, el social y el ecológico atravesando por un ciclo en donde se despliegan las funciones de nacer, crecer, reproducirse y morir.

En los inicios de la práctica clínica el ser humano era tratado en el plano individual, más adelante se observó que la relación con parientes, vecinos y amigos influenciaban al individuo y que éste era digno de consideración. Así surgieron algunos constructos con los cuales se podía examinar a una persona tanto en el plano individual como en conexión con su ambiente:

La interacción.- Este concepto indica la necesidad de tomar en cuenta las relaciones psíquicas de una persona con su medio ambiente. Aunque es difícil determinar en donde termina la persona y comienza el medio ambiente, es necesario tomar en cuenta lo que el individuo comunica por medios verbales y no verbales para relacionarse con los de su misma especie. El compromiso emocional que se llega a sostener en las relaciones humanas moviliza las tendencias enfermas o sanas.

El sistema social y el grupo.- Se dice que la identidad de un individuo es al mismo tiempo individual y social ya que la persona es depositaria de una experiencia de grupo.

El individuo y su ambiente no pueden ser considerados sistemas cerrados ya que se encuentran en constante intercambio de energía y por tanto se influyen recíprocamente.

De estos constructos más la aportación de los conocimientos en cuanto a la ambivalencia, el conflicto intrapsíquico y la motivación inconciente, de la teoría Psicoanalítica, se llegó a visualizar a la familia nuclear conceptualizando a todas aquellas personas que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo entre sí. A su vez, éste sistema incluye a otros tres subsistemas: 1)el subsistema marital, 2)el subsistema padres-hijos y 3)el subsistema hermanos.

Asimismo se desprenden dos grandes objetivos de la familia recorriendo un ciclo vital:

1) Resolver las tareas o crisis que va enfrentando la familia en las diferentes etapas del desarrollo.

2) Aportar los complementos a las necesidades de sus miembros con objeto de que puedan lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

También se definen 6 fases críticas por las que atraviesa el individuo en el ciclo vital: a) Desprendimiento, b)El encuentro, c)Los hijos, d)La adolescencia, e)El re-encuentro y f)La vejez.

En el caso de los problemas de fertilidad, la pareja enfrenta la imposibilidad de moverse de la etapa b a la c, lo cual según Atwood y Dobkin (1992), representa una pérdida de la oportunidad de moverse a la siguiente fase del ciclo vital.

En cada fase existen muchas e incesantes interacciones entre los miembros de la familia que se pueden dividir en cuatro grandes áreas:

a) Área de identidad.- Esta se refiere a la constante re-orientación interpersonal que ofrece el medio ambiente y a través del cual se va fortaleciendo la personalidad y el concepto de sí mismo.

b) Área de sexualidad.- En esta se busca la armonía que complete las áreas psíquica y biológica para fortalecer el sí mismo a través de la reproducción.

c) Área de la economía.- La pareja debe ser capaz de ajustarse a los cambios sociales y dividir las tareas entre el proveedor y el que cuida el hogar, así como la necesidad de que ambos cónyuges trabajen en caso de que haya escasez económica.

d) Área de fortalecimiento del yo.- En esta área se requiere también de una ayuda mutua para desempeñar los roles de esposo y esposa y la libertad de la individualidad.

De alguna manera ya hemos visto como los problemas de fertilidad pueden afectar las áreas contempladas en el ciclo vital. Así podemos decir que, en el área de identidad los cónyuges pueden sentir amenazada su identidad sexual individual y ello puede provocar la pérdida de la confianza en sí mismo. Sobretodo en aquellas mujeres que no consideran un proyecto de vida diferente al rol de madre y en las que su identidad biológica depende en gran medida de la procreación.

En lo que respecta al área de la sexualidad se puede decir que el diagnóstico y el tratamiento médico de los problemas de fertilidad tienen un efecto sobre la práctica sexual.

La pareja puede pensar que sus cuerpos no están funcionando como deberían y que están deteriorados o defectuosos esto puede traer como consecuencia una imagen corporal psicológicamente distorsionada; además ya se ha hablado de la disociación del placer sexual que puede surgir al enfocarse en los fines reproductivos, aunado a esto es posible que surjan dificultades en la ejecución sexual como anorgasmia, eyaculación prematura, impotencia, etc.

Por otra parte, en lo que respecta a la economía, esta se ve afectada por el costo, a veces elevado, de los tratamientos y el consecuente estrés derivado de esto, así como el posponer indefinidamente planes que se tengan de adquirir bienes materiales hasta que no se definan los resultados del tratamiento.

En relación al área del fortalecimiento del yo y refiriéndonos específicamente a la interacción marital pueden surgir desaveniencias y maniobras de inducción de culpa que deterioran la relación, en éste sentido se requiere de un apoyo emocional mutuo para que, como unidad matrimonial logren superar las emociones que se desencadenan en cada uno.

A continuación se describen las fases del ciclo vital de la familia tratando de hacer un análisis de la pérdida experimentada en la pareja de pasar a la fase que se refiere a los hijos.

4.1 FASES DEL CICLO VITAL

Cada una de las fases del ciclo vital requiere de un ajuste por parte de la pareja que inicia socialmente el nacimiento de una nueva familia. Las áreas anteriormente descritas están interrelacionadas y se encuentran presentes en cada una de las diferentes etapas, cuando existe un desajuste en alguna de ellas

es cuando surgen desavenencias en los cónyuges. Se supone que las familias de origen han preparado al individuo para enfrentar ciertas crisis naturales en el desarrollo humano.

Primera fase.- El desprendimiento

Se dice que todo desprendimiento es doloroso principalmente cuando se trata de relaciones emocionalmente significativas.

Cuando al adolescente se le ha llegado la hora de salir del hogar paterno en busca de un compañero, no es menos doloroso el desprendimiento para ninguna de las dos partes. Es éste el primer paso que debe dar un individuo para que el ciclo vital vaya por buen camino.

Sin embargo, el proceso no es fácil, por doloroso que sea, las familias de origen deben facilitar la partida del hijo pero existen situaciones en que los padres no están listos para dejar ir paulatinamente al hijo y entonces surge una pugna entre padres e hijos.

Cuando se ha elegido al compañero surgen otro tipo de complicaciones, ya que cada cónyuge llega a la unión marital con una identidad formada aunque incompleta. Se supone que a través de la unión íntima dicha identidad se va completando.

Cada cónyuge lleva al matrimonio una parte de sí mismo que internalizó desde niño de cada uno de sus progenitores. De éste modo también se unen oficialmente dos familias que pueden agregar otra dificultad a la joven pareja.

Al llegar el desprendimiento de los jóvenes con la familia de origen, cada uno lleva consigo ciertas expectativas del matrimonio, algunas de ellas pueden ir en detrimento de la relación marital. Cada uno valora al otro cónyuge a veces hasta

el grado de pensar que el otro resolverá los propios problemas personales o que podrá cambiarlo o reformarlo y de esta manera, con el paso del tiempo, se puede responsabilizar al otro de problemas personales que ya se encontraban ahí aun antes de conocerse. De esta forma una relación puede empezar a presentar dificultades que le restan flexibilidad a la vez que obstaculizan la comunicación.

Aun cuando la pareja esté unida pueden existir indicios de que el desprendimiento no ha sido completado y de ser así no se puede pasar a la siguiente etapa del ciclo vital.

Podemos mencionar que los padres, al ejercer una fuerte influencia emocional sobre sus hijos, a veces utilizan maniobras no muy evidentes para obstaculizar el desprendimiento.

Segunda fase.- El encuentro

En cada una de las fases del ciclo vital se aprenden roles que pueden resultar no muy sencillos para algunos. De la fase de desprendimiento al encuentro se pasa del rol de hijo (a) al de esposo (a).

Dentro de cada rol se presentan tareas propias entre las que se encuentran la satisfacción de las necesidades de sobrevivencia, la contribución continua a las relaciones maritales y familiares y el establecimiento de límites que permitan el acceso al mundo exterior pero que a la vez proporcionen privacidad (Levande, Koch y Koch, 1983).

Esta nueva etapa implica, por una parte cambiar todos aquellos mecanismos que antes del matrimonio proporcionaron seguridad emocional y por otra parte.

integrar un nuevo sistema de seguridad emocional que incluya a uno mismo y al nuevo compañero.

Siguiendo a Burns (1987), es difícil para la pareja con problemas de fertilidad establecer límites claros en su matrimonio lo cual impide el establecimiento de un nuevo sistema de seguridad ya que alguno de los cónyuges puede regresar a una situación de desprendimiento incompleto puesto que tienen la sensación de no tener una seguridad emocional con el esposo (a), derivada de su imposibilidad de procrear, la cual se afanan en encontrar en la familia de origen.

Todos aquellos conceptos individuales que los cónyuges llevan al matrimonio pueden definirse como "contrato matrimonial" Sager(1971; citado en Estrada, 1988). El tema principal de tales conceptos es lo que cada uno piensa que es su obligación dentro del matrimonio y los beneficios que espera recibir del mismo, naturalmente basado en aspectos recíprocos de lo que uno piensa dar y recibir del compañero.

Asimismo, el contrato abarca cualquier aspecto ya sea relacionado con el sexo, las metas, los amigos, los paseos, el dinero, los hijos, los familiares, etc. Se dice que las expectativas de cada cónyuge están basadas en su historia, en su aprendizaje en el seno familiar con sus padres y hermanos.

Según Sager y Kaplan (1972; citados en Estrada, 1988) existen tres niveles en el contrato matrimonial que definen como:

1. Nivel conciente.- Es aquel en donde se comunica al compañero en forma clara y comprensible aquello que espera dar y recibir.
2. Nivel conciente no verbalizado.- contiene todas aquellas creencias, deseos y fantasías que no se verbalizan por vergüenza o temor a un rechazo.

3. Nivel inconciente.- Se encuentran todos aquellos deseos y necesidades de naturaleza irracional que no se encuentran conscientes y que por lo mismo pasan desapercibidos para ambos cónyuges. Estos deseos y necesidades se refieren a una problemática personal y a veces el cónyuge es utilizado como vehículo para lograr una victoria irracional a través de maniobras patológicas como el rechazo emocional.

Tan pronto sucede que algún miembro de la pareja no cumpla con las expectativas individuales del contrato matrimonial, aparecen poco a poco la desilusión y el sentimiento de haber sido engañado, lo cual puede provocar discordancia marital o depresiones bajo el supuesto de que las reglas matrimoniales han sido violadas. Esta situación se agrava cuando uno de los cónyuges siente que él/ella si ha cumplido con la parte que le corresponde del contrato matrimonial.

Ante la falta involuntaria de hijos uno de los cónyuges puede sentir que el otro no está cumpliendo con una de las partes del contrato matrimonial y entonces se llevan a cabo maniobras de inducción de culpa, por lo general encubiertas e incluso puede sobrevenir dificultades en la comunicación entre los cónyuges y en casos extremos, el divorcio; aunque posiblemente el distanciamiento emocional se vaya dando paulatinamente, por ello es importante tomar medidas preventivas a nivel emocional.

Tercera fase.- Los hijos

La decisión de tener hijos es un tanto controvertida, mientras unos opinan que una relación profunda no es completa si no termina en niños, otros opinan que no es necesaria la descendencia para completarse biológica y psíquicamente.

No obstante en la actualidad observamos que las tecnologías reproductivas obedecen a las demandas cada vez mayores de las parejas que desean tener hijos biológicos por razones que pueden deberse mucho a su historia individual.

Se dice que la llegada de un hijo requiere de un espacio físico y emocional. Dicho espacio se encuentra presente en lo que Burns(1987) define como "fantasía del hijo". Así pues, la presencia del hijo requiere una nueva reestructuración del contrato matrimonial.

Por otra parte, sabemos que esta reestructuración del contrato matrimonial se requiere no sólo con la llegada de un hijo sino también con la demora prolongada de éste.

Como ya se ha venido observando, pocas parejas antes de unirse cuestionan su fertilidad y la procreación se convierte en una experiencia importante en donde la educación sexual y la planificación familiar juegan un papel primordial.

La presencia de un hijo puede favorecer la intimidad y la cercanía de la pareja, además puede producir un sentimiento de continuidad y unión con las generaciones futuras. Del mismo modo, éste permite que penetre el impacto social y cultural al sistema familiar a través de la escuela, las nuevas amistades del niño y de otros grupos familiares. Estas son experiencias inexploradas por la pareja con problemas de fertilidad, que o bien pueden ser sólo demoradas o nunca producirse.

Muchas parejas no se percatan de la importancia de la nueva relación que surge con la llegada de un hijo. Tan importante es la tríada como la individualidad y la díada marido-mujer, por tal razón es necesario que haya una madurez emocional antes de la llegada de éste, puesto que también puede existir la

posibilidad de que se formen alianzas quedando fuera de la tríada algún miembro, o bien pueden buscarse "anclajes emocionales" con otras personas.

Quizá con esto podamos comprender mejor la importancia del proceso de la adopción puesto que la presencia física del hijo impone demandas adicionales al matrimonio.

Cuarta fase.- La adolescencia

En caso de que haya sido resuelto el problema de fertilidad a través de la adopción y/o tecnologías reproductivas, con el paso del tiempo la pareja se enfrentará a otro tipo de pérdida que tiene que ver con la continuación natural de otro ciclo vital y la iniciación de otro en donde el hijo se convierte en adolescente y se desprende de su familia de origen.

Quinta y Sexta fase.- El Reencuentro y la vejez.

Estas dos fases se encuentran muy seguidas puesto que en ellas se representa la transición de la edad madura a la vejez.

Mientras que en el reencuentro la pareja se enfrentará a posibles pérdidas de generaciones anteriores y a la inclusión de nuevos miembros (cónyuges de los hijos); en la vejez el individuo se sabe a unos pasos de la muerte. Esta última etapa es quizá una de las menos exploradas, sin embargo, también requiere una reestructuración de los esposos del contrato matrimonial al tener que prepararse para la jubilación.

Uno de los roles importantes de la vejez es el de abuelos, el cual ofrece un nuevo horizonte en la vida, enciende el deseo de sobrevivir aun cuando se acepta la propia mortalidad, hay una sensación de fusión en el presente, del pasado y el futuro y se da la oportunidad de experimentar una relación diferente de la paternidad.

Es así como puede entenderse la influencia de las familias de origen para que el nuevo matrimonio tenga un hijo. De esta manera se puede también comprender las motivaciones individuales que aunadas a las presiones familiares dan lugar a confusiones en la vida emocional de la pareja con problemas de fertilidad.

En éste sentido es como debería ponerse especial atención a aquellos mensajes que no se dicen pero que, tienen, sin embargo, un gran sentido emocional.

4.2 Actitudes ante la paternidad

Una actitud puede ser definida como "una predisposición aprendida que responde en una forma favorable o desfavorable respecto a un objeto determinado" (Fishbein y Ajzen, 1975, P.6; citados en Pick de Weiss, 1979).

En esta definición podemos encontrar tres características básicas: a) las actitudes se aprenden, b) predisponen a determinados actos y, c) la dirección de las respuestas pueden ser favorables o desfavorables en relación a un determinado objeto. Por lo tanto una actitud es un concepto evaluativo.

El sentido que culturalmente se ha dado a la maternidad predispone a la mujer a adoptar una actitud especial ante ella con mayor frecuencia en favor, aunque no

se descarta la posibilidad de que haya mujeres totalmente en contra de ella. Es muy posible que una mujer desee casarse y sin embargo no desear tener hijos.

Existen diferentes sentimientos y motivaciones para desear tener un hijo que incluso pueden ser difíciles de explicar por los padres. Así una mujer puede decidir tener sólo uno, otras anhelan muchos y en algunas se activa el deseo del hijo sólo después de su llegada. Algunas mujeres desean tenerlo como una forma de neutralizar la frigidez o la esterilidad, para complacer o castigar al marido o para lograr la aprobación de otros, ya sean abuelos o amigos (Ackerman, 1988).

Otra de las razones pueden ser que estos brindan la oportunidad de dar amor y afecto y la oportunidad de proporcionar las experiencias que los padres tuvieron cuando fueron niños. Observar a los niños como crecen y se sorprenden de las pequeñas cosas de la vida, el inicio de los años escolares, el logro de una meta, etc., maravilla a los padres.

Hoffman y Hoffman (1979; citados en Brooks, 1981) describen nueve grupos de razones para tener hijos:

1) Estatus social e identidad

- 2) Expansión del auto-concepto, vínculo con una larga entidad.
- 3) Moralidad, religión, altruismo, normas referentes a la sexualidad.
- 4) Vínculo con un grupo primario, afiliación.
- 5) Estimulación, novedad, alegría.
- 6) Creatividad, realización y competencia.
- 7) Poder, influencia, eficacia.
- 8) Comparación social, competencia.
- 9) Utilidad económica.

Ya hemos venido comentando como éstas razones pueden representar una pérdida para las parejas con problemas de fertilidad y sus consecuencias emocionales.

Socialmente los padres, parientes y amigos esperan que los hijos lleguen después del matrimonio y los adultos obligan a cumplir esa expectativa social. Esto es particularmente verdadero para la mujer a quien desde niña se le socializa para ver que su destino y propósito en la vida es la maternidad. Desde pequeñas, las mujeres piensan en ser madres, lo cual se puede observar a través de sus juegos y forman su identidad en términos de amor y cariño para otros.

Para otros los hijos son considerados una virtud, una manifestación divina y bendita. Los individuos que no están afiliados a ninguna religión pueden considerar el tener hijos como una muestra de altruísmo y desinterés y menor egocentrismo comparados con aquellos que voluntariamente permanecen sin hijos.

En algunas culturas la paternidad es considerada una obligación social para mantener la cultura y el incremento de su número (Brooks, 1981).

Arnold y colaboradores (1975; citados en Levande, Koch y Koch, 1983) examinaron las opiniones positivas y negativas de individuos de distintos países, y describieron las razones para tener hijos en términos de sus ventajas y desventajas.

Dentro de las ventajas se identificaron cinco razones:

1. Beneficios emocionales. Esto se refiere a aquellos sentimientos que van desde la felicidad hasta el alivio de tensiones.

2. Beneficios económicos y seguridad. Estos hacen referencia a la utilidad psicológica, económica y física que pueden ofrecer los hijos, como la ayuda al

cuidado de hermanos pequeños, ayuda en las labores del hogar. En casos en los que haya fortuna de por medio los beneficios pueden ser al heredar negocios o el apoyo económico y físico a los padre cuando estos ya no puedan trabajar.

3.Autoenriquecimiento y desarrollo. Verse como un adulto completo a través de los hijos o viéndolos como un estímulo o metas en la vida.

4.Identificación con los niños. Los logros de los hijos pueden ser vistos como logros propios, se puede sentir orgullo por el placer de verlos crecer y desarrollarse.

5.Continuidad y unión familiar. Los hijos pueden ser vistos como un fuerte lazo afectivo que une al esposo y a la esposa, producción de herederos o de continuidad del nombre de la familia y tradiciones.

En cuanto a las desventajas se identificaron:

1.Precios emocionales. Así como existen beneficios emocionales reconfortantes también existe preocupación y consecuente desgaste emocional al pensar en la disciplina necesaria, la conducta moral del niño, su salud y el trabajo adicional en casa.

2.Precios económicos. Existe también la preocupación por los gastos que implica la crianza del niño en lo que respecta a educación, alimentación y vestido.

3.Restricción y precios de oportunidad. El tener un hijo implica responsabilidad y por tanto existe la posibilidad de que los padres se priven de libertades en su vida social por quedarse en casa atendiendo al pequeño y restringirse de viajes y recreaciones e incluso en la vida profesional.

4.Demandas físicas. El cuidado de los niños también puede ocasionar cansancio, pérdida del sueño y quehaceres físicos.

5. Precios familiares. Obviamente la relación entre pareja se ve transformada por la presencia de un hijo, existe menos tiempo de estancia con el cónyuge e incluso pueden existir desacuerdos en cuanto a la educación de los niños.

Pick de Weiss (1979) resume todas éstas razones en tres grupos: a) intrínsecas, b) extrínsecas y c) sistémicas.

Dentro de las primeras se encuentran las motivaciones de carácter puramente emocional, una forma altruista de dar un sentimiento sin esperar nada a cambio.

En las razones extrínsecas se encuentran aquellas motivaciones en donde está implicado el deseo de dar esperando recibir algo a cambio.

Al tercer grupo se le define "razones sistémicas" porque se encuentran relacionadas con el sistema de reglas implícitas y explícitas en el grupo social al que se pertenece. Así se encuentra presente la idea de la continuidad de las generaciones, el tener que cumplir con un deber social o también puede considerarse como un signo de virilidad el tener preferencia por un hijo varón pues éste constituye un medio de perpetuar el apellido.

Se considera que todas las razones anteriormente descritas se encuentran interrelacionadas y bastante influenciadas por la cultura es quizá por ello que los padres encuentran dificultad en definir las razones que tienen para tener hijos probablemente muchas personas no se lo cuestionan y simplemente los tienen por considerar que es parte del ciclo vital natural.

En el caso de los problemas de fertilidad es muy probable que las motivaciones para tener hijos vayan cambiando a lo largo del tratamiento médico aun cuando la persona no se cuestione de manera abierta sus verdaderas razones para tenerlos.

4.3 LOS PROBLEMAS DE FERTILIDAD Y LA TRANSICION A LA PATERNIDAD.

Una transición es definida como "la ocurrencia o no-ocurrencia de un suceso que altera la percepción de sí mismo y del mundo" (Schlossberg, 1981)

La llegada de un bebé provoca estrés, desequilibrio y reorganización, es un período en el que se define la creación e integración de nuevos roles y relaciones al tener que cambiar desde las finanzas hasta la vida social. Las familias de origen e incluso los amigos pueden ayudar a la pareja a ajustarse a éste nuevo cambio en sus vidas (Brooks, 1981; Michaels y Goldberg, 1988).

Matthews y Matthews (1986), consideran que la realidad de un nuevo matrimonio es objetivada por los cánones preestablecidos de la sociedad, los cuales en alguna dirección ayudan a la pareja a ajustarse a su nuevo rol. Así, se dan muestras de estar esperando que la pareja cumpla con las funciones que se supone debe cumplir todo matrimonio y por tanto la pareja puede esperar ser cuestionada acerca de la llegada de un primer hijo.

La falta involuntaria de hijos requiere de una reconstrucción mayor de la realidad por parte de los cónyuges y en ocasiones de sus familias y amigos.

La reacción de las familias de origen ante los problemas de fertilidad puede estar influenciada por muchos factores que dependen de si hay o no otros nietos, el estilo de vida y el valor que se le asigne a los hijos.

A menudo la reconstrucción de la realidad de los cónyuges y sus familias es difícil si no imposible cuando estos se someten a un tratamiento médico, ya que se encuentran en el dilema de no saber si lamentarse o esperar a los resultados.

La nueva construcción de la realidad es posible sólo cuando ha concluido un tratamiento o la pareja renuncia a la búsqueda de un tratamiento efectivo y entonces puede ejercer un mejor control sobre su mundo privado y familiar.

Por su parte, Koropatnick, Daniluk y Pattinson (1993), se propusieron determinar la validez predictiva de cuatro variables de transición y siete variables individuales en la diferenciación individual de respuestas ante la esterilidad.

Participaron 43 mujeres y 28 hombres intentando la concepción por un promedio de 48 meses, los cuales completaron cinco escalas:

1) El Bem Sex Role Inventory.- con 30 ítems, se utilizó para evaluar el grado de identificación con las definiciones tradicionales de masculinidad y feminidad.

2) El Coppersmith Self-Esteem Inventory.- Con 25 ítems que evaluaron auto-estima y auto-evaluación positiva.

3) El Rotter Personal Beliefs Questionnaire fue usado para evaluar otros componentes de competencia psicosocial, como las percepciones individuales de bienestar interno y externo.

4) Los 90-ítems del Symptom Check List (SCL 90-R) proporciona una medida de los síntomas de estrés psicosocial de los participantes sobre 9 dimensiones de síntomas primarios que en muchos casos de esterilidad han sido reportados.

5) El Adjustment to Infertile Scale (AIS), usado como un adjunto de la SCL-90R para medir el impacto de la esterilidad sobre el autoconcepto de los respondientes, identidad sexual, relación marital y relación sexual.

Los resultados de esta investigación sugieren que el paso del tiempo así como la percepción de fin en la búsqueda de un hijo biológico parecen tener alguna influencia sobre la adaptación individual a la transición de la esterilidad.

Los individuos y parejas que perciben su esterilidad como definitiva pueden incorporar su realidad a su identidad y adaptarse exitosamente a la transición. Asimismo, el ajuste a la esterilidad se relacionó positivamente con la autoestima, control interno, estatus socioeconómico alto y edad moderada; en cambio una baja autoestima, rol sexual indiferenciado y edad avanzada estuvieron relacionados con niveles altos de ansiedad y estrés.

Estos hallazgos apoyan los de otras investigaciones y la idea de una cercanía a la fase de resolución emocional cuando se ha perdido la esperanza, después de un largo período de espera, del hijo biológico.

Observando lo anterior, podemos decir que a pesar de los cambios en la ideología, actualmente la reproducción sigue representando un tema muy importante para la sociedad.

Aunque las razones para tener hijos no pueden ser claramente expuestas por los padres se cree que la influencia cultural juega un papel muy importante. Los medios de comunicación son quizá uno de los que constantemente envían mensajes implícitos y explícitos de la importancia y valoración del hijo y la conservación de la familia.

Con respecto a la influencia familiar, se considera que trata de repetir los patrones culturalmente establecidos a través de las próximas generaciones y se vuelve a insistir en los mensajes implícitos acerca de lo que se considera que es la "obligación" de los hijos, en éste sentido se podría hablar también de un contrato implícito que los padres poseen y en donde se encuentra establecido lo que ellos van a dar y lo que esperan recibir de su relación con los hijos, en emotividad o en bienes materiales y sociales.

Sea cual sea la fase del ciclo vital por la que se atraviesa, encontramos dificultades que requieren de estrategias adecuadas para superarlas.

El paso de una fase del ciclo vital a otra representa una transición que ha de facilitarse u obstacilizarse por la influencia de personas significativas como puede ser el grupo familiar.

Por otra parte es de tomarse en cuenta que cada fase también requiere de un nuevo ajuste y en éste sentido, retomando los planteamientos del enfoque sistémico, la nueva unidad matrimonial deberá establecer límites entre ellos y otros sistemas sociales

Tomando en cuenta los planteamientos anteriores, se considera que la descripción de las fases por las que atraviesa el ciclo vital nos ayudará a entender la crisis que surge por la imposibilidad de moverse de una fase a otra, como consecuencia de la imposibilidad de concebir.

Asimismo, el enfoque sistémico nos dá la pauta para considerar al individuo como un sistema biopsicosocial y comprender la crisis emocional derivada por las constantes intervenciones médicas así como la interacción del matrimonio con otros sistemas sociales que pueden influenciar su ejecución.

Al mismo tiempo nos permite observar el desempeño de la unidad matrimonial en el ámbito familiar y evidenciar la influencia familiar en el establecimiento de límites del matrimonio sin hijos.

METODOLOGIA

DISEÑO

La investigación se refiere a un estudio de tipo transversal ya que se realizó en un momento determinado, en donde el interés fue el fenómeno en el presente.

OBJETIVO GENERAL

Describir la actitud de mujeres con problemas de fertilidad ante las familias de origen.

Objetivos particulares:

-Describir la opinión de las mujeres con problemas de fertilidad de la intervención familiar en la vida conyugal.

-Indagar acerca de la influencia familiar en las decisiones de la pareja.

-Explorar el grado de involucración de la mujer con problemas de fertilidad con las familias de origen.

-Indagar acerca de la respuesta de la mujer con problemas de fertilidad ante posibles presiones familiares.

-Explorar la posible relación entre la edad de las mujeres con problemas de fertilidad y la actitud ante las familias de origen.

-Explorar la posible relación entre la escolaridad de las mujeres con problemas de fertilidad y la actitud ante las familias de origen.

-Explorar la posible relación entre el tiempo de matrimonio de las mujeres con problemas de fertilidad y la actitud ante las familias de origen.

-Explorar la relación entre la ocupación y la actitud ante las familias de origen.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Existen diferencias entre la actitud de mujeres con problemas de fertilidad y la actitud de mujeres fértiles, ante las familias de origen.

SUJETOS

La muestra consistió de 100 mujeres divididas en dos grupos:

El primer grupo estuvo formado por 50 mujeres con diagnóstico de esterilidad y/o infertilidad primaria y que actualmente se encuentran en tratamiento para lograr la concepción.

Los criterios de inclusión para el primer grupo fueron:

-Diagnóstico de esterilidad o infertilidad primaria.

-Edad de 18 a 45 años

-Casadas

-Escolaridad mínima de primaria.

El segundo grupo se tomó como referencia de comparación y estuvo formado por 50 mujeres casadas con hijos.

Los criterios de inclusión para el segundo grupo fueron similares a los de las mujeres con problemas de fertilidad, pero los sujetos de éste debían tener uno o más hijos.

INSTRUMENTO

Se diseñó una escala de actitudes tipo Likert con 34 proposiciones relacionadas con situaciones familiares las cuales incluyeron 4 opciones de respuesta:

- 1)Muy de acuerdo.- Total aprobación de la proposición.
- 2)De acuerdo.- Acuerdo sólo en algunos aspectos.
- 3)Indiferente.- Indeciso en cuanto a la respuesta.
- 4)Desacuerdo.- Total desaprobación de la proposición.

Los reactivos estuvieron distribuidos de tal forma que algunas preguntas se dirigieron a explorar la actitud ante la familia propia (reactivos 19,22,25,26,32,33,34), otras ante la familia política (reactivos 3,4,12,17,20,21,30) y otras incluían a ambas (reactivos 1,2,5,6,7,8,9,10,11,13,14,15,16,18,23,24,,27,28,29,31).

ESTUDIO PILOTO

Se realizó un estudio piloto para verificar la claridad y comprensión de los reactivos, el cual consistió en la aplicación de 20 cuestionarios con 15 reactivos y cuatro opciones de respuesta similares a los del cuestionario final.

La población del estudio piloto estuvo conformada por estudiantes casadas de la E.N.E.P-Iztacala.

Confirmada la claridad de los reactivos , se procedió a aumentar el número de reactivos referentes a la familia propia, a la familia política y a ambas, tratando de ser objetivos y claros en el contenido de los reactivos, de tal forma que algunos se repetían a mitad o al final del cuestionario con el propósito de confirmar la confiabilidad de las respuestas.

PROCEDIMIENTO

Para la captación de la muestra con problemas de fertilidad se acudió al servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco-Obstetricia No.3 del Centro Médico "La Raza"; en donde el Ginecólogo canalizó pacientes con esterilidad o infertilidad primaria que cumplieran con los criterios de inclusión.

Se sostuvo una conversación individual con las pacientes, en la cual se les explicó el propósito del estudio, así como las instrucciones para contestarlo, agregando una explicación de cómo debían entenderse cada una de las opciones de respuesta. Asimismo se hizo énfasis en la confidencialidad de sus respuestas.

Para la información del grupo control, se acudió a escuelas públicas y privadas, así como a vecinos de la localidad.

Se solicitó su colaboración para contestar unos cuestionarios anónimos, cuyo propósito era conocer su opinión acerca de la familia propia y política.

A continuación se procedió a leer las instrucciones y explicar las opciones de respuesta.

Una vez contestados los cuestionarios, se procedió a verificar que ningún reactivo quedara sin contestar.

Posteriormente comenzó la tarea de codificación y calificación de los cuestionarios.

Para calcular la puntuación de las actitudes de la muestra, se determinó si los reactivos eran negativos o positivos y se les asignó un valor.

A los ítems negativos se les asignó el puntaje como sigue: Muy de acuerdo(1), De acuerdo(2), Indiferente(3), Desacuerdo(4) (reactivos 1-16, 18,19,22,27-32 y 34).

A los ítems positivos se les asignó el siguiente puntaje: Muy de acuerdo(4); De acuerdo(3); Indiferente(2); Desacuerdo(1) (reactivos 17,20,21,23,24,25,26,33).

El investigador permaneció al lado de la entrevistada por si surgiera alguna duda o comentario respecto al instrumento.

RESULTADOS

Los datos fueron procesados utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), en una computadora personal.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

La muestra de las mujeres con problemas de fertilidad fue más joven que la muestra de las mujeres fértiles, al encontrarse una media de 29.3 años, con una edad mínima de 23 años y una edad máxima de 40 años. Para la muestra de las mujeres fértiles se encontró una media de 32.6 años, con una edad mínima de 20 y una máxima de 44 años (Ver figura 1).

La duración de matrimonio de las mujeres con problemas de fertilidad estuvo comprendido entre 2 y 17 años, con una media de 5.9 años; mientras que el rango de duración de matrimonio de las mujeres fértiles fue de 2 a 24 años, con una media de 9.6 años (Ver figura 2).

En cuanto a la ocupación, en el grupo con problemas de fertilidad, el porcentaje de mujeres de doble jornada es mayor (60%) que en el grupo de mujeres fértiles (48%). El 40% de las mujeres con problemas de fertilidad se dedica exclusivamente al hogar y el 52% de las mujeres fértiles es ama de casa .

La escolaridad de las mujeres con problemas de fertilidad es menor, el 22% cuenta con una educación mínima de Primaria y el 24% con Secundaria como mínimo y máximo nivel académico respectivamente; sólo el 6% , de las mujeres fértiles cuenta con la educación primaria y el 28% tiene una carrera profesional (Ver tabla 1).

Para este último grupo el número de hijos estuvo comprendido entre 1 y 4 con una media de 2.

ANÁLISIS DE LA ESCALA

Las actitudes se evaluaron por medio de una escala tipo Lickert la cual está especialmente destinada a medir actitudes (ver anexo 1).

"Desde un punto de vista aritmético la escala de Likert es una escala sumatoria, ya que el puntaje o la media de cada persona en la actitud medida se obtiene mediante la suma de sus respuestas a diversas preguntas que actúan como estímulos" (Galtung, 1966; Pp. 300-316; citado en Briones, 1987).

CONFIABILIDAD DE LA ESCALA

La confiabilidad de la escala se obtuvo por medio del método de mitades, por el Coeficiente de Correlación Producto-momento de Pearson, relacionando los ítems pares con los impares de cada sub-escala.

El llamado método de mitades hace referencia a la consistencia interna entre los ítems, para verificar el grado de confiabilidad de la escala.

El coeficiente de correlación resultante indica el grado de confiabilidad de la escala.

Para la primer sub-escala (actitud hacia ambas familias) se obtuvo $r = 0.5876$; $P < 0.001$, lo cual representa una confiabilidad moderada.

En la segunda sub-escala (actitud hacia la familia propia) se obtuvo $r = 0.4734$; $P < 0.001$ que nos representa una confiabilidad moderada.

Para la tercer sub-escala (actitud hacia la familia política) se obtuvo $r = 0.7141$; $p < 0.001$, la cual representa una fuerte confiabilidad.

CORRELACIONES ENTRE LAS SUB-ESCALAS

Las correlaciones entre las sub-escalas se presentan en la tabla 2 en la cual se pueden observar correlaciones moderadas.

En la tabla 3 se presentan las correlaciones entre las sub-escalas para cada grupo, en donde se puede apreciar, como dato más relevante, una alta correlación entre las sub-escalas de familia propia y ambas, en el grupo de

las mujeres con problemas de fertilidad y correlaciones moderadas entre las demás sub-escalas.

Esto nos indica que tanto se relacionan las actitudes de las mujeres entre cada una de las sub-escalas

ANALISIS DE LOS ÍTEMES

Al realizar el análisis de los ítems, correlacionando los puntajes totales con el puntaje de cada ítem se encontró que de los 39, 21 fueron significativos. Es decir que sólo estos poseen una consistencia interna o un poder discriminatorio para diferenciar a las personas en la actitud medida .

En la tabla 4 se presentan descritos cada uno de éstos ítems.

ACTITUDES

Los resultados se presentan en el siguiente orden:

Primero se presenta el análisis de las actitudes hacia las familias de origen en conjunto, después se hace una separación entre la actitud hacia la familia propia y hacia la familia política, por parte de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad.

En la segunda parte, se muestran los análisis de la relación entre la ocupación y la escolaridad con las actitudes hacia las familias de origen, considerando sólo aquellos reactivos de la escala en donde se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres..

El tercer análisis se refiere a la relación entre la edad y el tiempo de matrimonio con las actitudes hacia las familias de origen.

ACTITUD ANTE LAS FAMILIAS DE ORIGEN

Los reactivos relacionados con la actitud hacia ambas familias en general fueron 20 por lo que, la puntuación mínima posible a obtener fué de 20 puntos y la máxima de 80 puntos.

Para estos reactivos la puntuación de las categorías fué la siguiente:

El intervalo entre 20 y 39 puntos corresponde a la categoría de aceptación.

El intervalo entre 40 y 59 puntos, corresponde a la categoría de indiferencia.

El intervalo entre 60 y 80 puntos corresponde a la categoría de rechazo.

En general, se encontró que las actitudes de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad, muestran una actitud indiferente hacia las familias de origen, no encontrando diferencias significativas ($t(98) = -.04; P > 0.05$), como se puede observar en la figura 3.

Esto indica que tanto las mujeres con problemas de fertilidad como las fértiles muestran una posición de indecisión hacia las familias de origen que podría depender de las circunstancias en las que se encuentran las mujeres para definirse por una posición en favor o en contra de la influencia familiar.

ACTITUD HACIA LA FAMILIA PROPIA

Los ítems relacionados con la actitud hacia la familia propia son siete , por lo que la puntuación mínima a obtener fueron 7 puntos y la máxima 28 puntos.

Las actitudes se clasificaron en tres categorías:

El intervalo comprendido entre 7 y 14 puntos correspondió a la categoría de aceptación.

El intervalo comprendido entre 15 y 22 puntos corresponde a la categoría de indiferencia.

El intervalo comprendido entre 23 y 28 puntos corresponde a la categoría de rechazo.

En la figura 4 podemos observar diferencias significativas ($t(98) = -2.27$; $P < 0.05$), en la actitud que las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad, muestran hacia la familia propia, en donde la actitud del grupo de las mujeres con problemas de fertilidad tiende a ser de rechazo hacia la influencia de la familia propia, al encontrarse los puntajes ligeramente desviados en el rango de 23 a 28 puntos, mientras que la actitud de las mujeres fértiles muestran una actitud de indiferencia al observarse los puntajes entre el rango de 15 a 22 puntos.

Estos resultados indican que en los reactivos en donde se hace referencia específica a la familia propia, las mujeres con problemas de fertilidad pueden discriminar mejor su posición con respecto a ella, observándose que ésta es más tendiente al rechazo que a la aceptación. Por su parte, la posición de las mujeres fértiles sigue permaneciendo indiferente pero no se exhibe una tendencia clara que vaya más en favor o en contra de la familia política como en el caso de las primeras.

ACTITUD HACIA LA FAMILIA POLITICA

Los ítemes relacionados con la actitud hacia la familia política, son siete por lo que la puntuación mínima a obtener fueron 7 puntos y la máxima 28 puntos.

Las actitudes se clasificaron en tres categorías:

El intervalo comprendido entre 7 y 14 puntos correspondió a la categoría de aceptación.

El intervalo comprendido entre 15 y 22 puntos corresponde a la categoría de indiferencia.

El intervalo comprendido entre 23 y 28 puntos corresponde a la categoría de rechazo.

También se observan diferencias significativas ($t(98) = -2.22$; $P < 0.05$) en la actitud de las mujeres con problemas de fertilidad, que al encontrarse, como se muestra en la figura 5, en el rango de 23 a 28 puntos, dan evidencia de una actitud de rechazo hacia la influencia de la familia política, mientras que las mujeres fértiles muestran una actitud de indiferencia.

Al igual que en la actitud de las mujeres con problemas de fertilidad, hacia su familia propia, se observa una actitud rechazante hacia la familia política, lo cual indica que éstas mujeres muestran una actitud más negativa hacia las dos familias y que la actitud de las mujeres fértiles dependería de las circunstancias a evaluar para tomar una posición más definida.

RELACION DE LA OCUPACION Y LA ACTITUD ANTE LAS FAMILIAS DE ORIGEN.

La tabla 5 muestra las actitudes de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad que se dedican al hogar y los reactivos en donde se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

El reactivo 3 se refiere a la influencia de la familia política en las decisiones de la pareja, se encontraron diferencias significativas siendo las mujeres fértiles las que aceptan en mayor grado el hecho de compartir

asuntos importantes de la pareja con la familia política, mientras que las mujeres con problemas de fertilidad se muestran indiferentes.

En lo que se refiere a la actitud de las mujeres hacia las presiones familiares, observamos diferencias ya que, tanto las mujeres fértiles como las que tienen problemas de fertilidad rechazan la idea de anteponer las necesidades de la familia a las propias y notamos que esto se presenta en mayor grado en las mujeres con problemas de fertilidad; la actitud de las mujeres fértiles es más bien indiferente (reactivo 9).

Con respecto al reactivo 11, que hace referencia a la influencia familiar en las decisiones de la pareja, se observa que las mujeres con problemas de fertilidad, rechazan, en mayor grado, la idea de confiar asuntos importantes de la pareja a la familia más que a los amigos, mientras que las mujeres fértiles, al igual que en el reactivo 9, muestran una actitud indiferente a este hecho.

En la tabla 6 se muestran las actitudes de las mujeres de doble jornada hacia las familias de origen.

La actitud de la mujer ante presiones familiares(reactivo 7) presenta diferencias significativas, pues tanto las mujeres fértiles como las que tienen problemas de fertilidad, rechazan la idea de hacer todo lo posible por evitar conflictos con la familia, sólo que esto se manifiesta en mayor grado en las mujeres fértiles.

La temática del reactivo 13 se refiere a la actitud de la mujer ante la influencia familiar en las decisiones de la pareja, las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad mantienen una actitud de indiferencia que es manifestada en mayor grado por estas últimas.

En la involucración de la mujer en actividades familiares se observa que las mujeres con problemas de fertilidad sostienen una actitud indiferente mientras las mujeres fértiles no consideran importante involucrarse en actividades familiares y por lo tanto muestran una actitud de rechazo (reactivo 14).

En relación también a la involucración de la mujer en actividades familiares, pero particularmente a la participación activa, tanto las mujeres fértiles como las mujeres con problemas de fertilidad se muestran

indiferentes, sin embargo esta actitud se observa en mayor grado en las mujeres con problemas de fertilidad(reactivo 18).

Otra diferencia significativa se observó en el reactivo 28, el cual hace referencia a la confianza que la mujer deposita tanto en su propia familia como en la familia política, las mujeres con problemas de fertilidad se mantienen indiferentes, mientras que las mujeres fértiles no aceptan que se deba sentir la misma confianza con ambas familias.

Los reactivos 19 y 20 se refieren de manera específica a la familia propia y política respectivamente.

En relación al primero de ellos, en el que se plantea que la mujer debe hacer todo lo posible por hacer sentir a su familia como si estuvieran en su propia casa; tanto las mujeres fértiles como las mujeres con problemas de fertilidad se muestran indiferentes, sin embargo esto se presenta en mayor grado en las mujeres con problemas de fertilidad, mientras el rechazo a este planteamiento se presenta en mayor grado en las mujeres fértiles.

En el reactivo 20, no existe aceptación por parte de las mujeres fértiles ni tampoco por parte de las mujeres con problemas de fertilidad, ante la idea de permitir que la familia política realice algunas actividades en su casa, la indiferencia se presenta en mayor grado en las mujeres fértiles, mientras que el rechazo es mayor en las mujeres con problemas de fertilidad.

A excepción de estos reactivos, no se encontraron diferencias significativas en el resto de los reactivos que conforman la escala.

RELACION DE LA ESCOLARIDAD Y LA ACTITUD HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN.

A excepción del reactivo 3, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la relación entre la escolaridad de ambos grupos y las actitudes hacia las familias de origen, en las mujeres con educación secundaria.

El reactivo 3, se refiere en particular a la influencia de la familia política en las decisiones de la pareja. Las mujeres con problemas de fertilidad se pronuncian, en mayor grado indiferentes, mientras que las mujeres fértiles aceptan en mayor grado que los problemas importantes de la pareja se compartan con la familia política.

RELACION ENTRE LA EDAD, LA DURACION DEL MATRIMONIO Y LAS ACTITUDES HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN

No se encontraron diferencias significativas entre la edad y las actitudes de las mujeres de ambos grupos hacia las familias de origen y tampoco entre la duración de matrimonio y las actitudes hacia las familias de origen en las mujeres de ambos grupos.

Lo cual nos indica que éstas variables demográficas no tienen una relación directa con la actitud que las mujeres con problemas de fertilidad muestran hacia las familias de origen, en comparación con las mujeres fértiles.

DISCUSION

El objetivo central de la presente investigación fue observar las actitudes de las mujeres con problemas de fertilidad hacia las familias de origen.

Una primera conclusión puede iniciarse con el análisis de las actitudes de ambos grupos hacia las familias de origen.

En general, no se observaron diferencias entre la actitud de las mujeres con problemas de fertilidad, en comparación con las mujeres fértiles, hacia las familias de origen; ambos grupos muestran una actitud de indiferencia.

No obstante al analizar las sub-escalas por separado, se pueden observar diferencias significativas entre los grupos, en su actitud hacia la familia propia y política; la cual es de rechazo en las mujeres con problemas de fertilidad y de indiferencia en las mujeres fértiles.

Lo anterior sugiere que las mujeres de ambos grupos pudieron presentar menos dificultad en su posición hacia la familia propia o política cuando los reactivos se referían de manera específica a éstas. Y que en realidad ambos grupos difieren en su actitud hacia las familias propia y política.

Se observó, por comentarios de las mujeres fértiles que su sentido de familia se encuentra estrechamente ligada a ellas mismas como parte de una unidad familiar integrada con descendencia; por lo tanto su actitud hacia algunos hechos concretos en relación a las familias de origen, se hizo desde su posición como madres de familia.

En otras palabras, las mujeres fértiles se consideraron ellas mismas como familias de origen que como pertenecientes a una familia de origen; a pesar de haberseles indicado que los reactivos se referían a su propia familia y a la familia de su esposo.

Ello puede explicar su posición de indiferencia hacia las familias de origen aún en el análisis por separado de cada sub-escala; pues probablemente presentaron dificultad en definir su posición debido a que no pudieron desprenderse de su rol como familias de origen.

Mahlstedt (1985) menciona que para el matrimonio con problemas de fertilidad el sentido de familia no está presente sin la existencia de un hijo que la personifique, por tanto, las actitudes de las mujeres con problemas de fertilidad

muy probablemente se derivaron de su percepción como pertenecientes a una familia de origen.

La segunda conclusión se deriva de la relación entre la ocupación y la actitud hacia las familias de origen.

Al encontrar un alto porcentaje (60%) de mujeres fértiles que se dedican al trabajo y al hogar, podemos suponer, como lo indican Atwood y Dobkin (1992), que las mujeres de este grupo cruzan por un período de aislamiento activo, enrolándose en otro tipo de actividades extras como una forma de sentir que son socialmente aceptadas. Estos autores consideran que tanto el aislamiento activo como el pasivo, caracterizado este último como el no aceptar relacionarse con ningún círculo social, son igualmente perjudiciales.

No obstante es preferible que las mujeres con problemas de fertilidad busquen alternativas hacia donde canalizar las reacciones emocionales derivadas de su imposibilidad para concebir, en una forma que les permita reducir la tensión al mismo tiempo que les deje satisfacciones.

En un examen más detallado de cada uno de los reactivos, se pudieron detectar aquellos en los que las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad que se dedican al hogar, difieren significativamente.

Los reactivos en donde se detectan diferencias significativas en las mujeres de ambos grupos, que se dedican al hogar, hacen referencia a la influencia familiar en las decisiones de la pareja (reactivos 3 y 11) y a las presiones familiares (reactivo 9)

Se puede observar, por parte de las mujeres con problemas de fertilidad una actitud de indiferencia hacia la influencia familiar en las decisiones de la pareja, mientras que las mujeres fértiles muestran una clara tendencia a aceptar ésta. Esto podría estar indicando que las mujeres fértiles estarían más dispuestas, en determinado momento, a recibir ayuda de la familia política y de otras personas, que las mujeres con problemas de fertilidad.

La actitud de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad, hacia determinadas presiones familiares, es de indiferencia, sin embargo la indiferencia es denotada en mayor grado por las mujeres fértiles.

Del mismo modo, se pudieron detectar aquellos reactivos, en los que la actitud de las mujeres de doble jornada difieren significativamente.

En las mujeres de doble jornada se observaron más reactivos en los que los grupos difieren significativamente en su actitud.

La actitud de los dos grupos hacia determinadas presiones familiares es de rechazo, el cual es manifestado en mayor grado por las mujeres fértiles.

La influencia de la familia en las decisiones de la pareja, es expresada con una actitud de indiferencia en ambos grupos, que es mayor en las mujeres con problemas de fertilidad.

En cuanto a la participación en actividades familiares, las mujeres con problemas de fertilidad se pronuncian en mayor grado indiferentes, sin embargo, existe un rechazo por parte de las mujeres fértiles o no le dan mucha importancia al hecho de tener que involucrarse en actividades familiares.

Los reactivos 19 y 20, se refieren a la intervención de la familia propia y política en la vida conyugal. En ellos se puede detectar un claro rechazo hacia la intervención de la familia política, por parte de las mujeres con problemas de fertilidad, mientras que las mujeres fértiles se mantienen indiferentes, pero más tendientes al rechazo que a la aceptación.

En lo que se refiere a la familia propia, las mujeres con problemas de fertilidad se muestran indiferentes, en cambio, la actitud de las mujeres fértiles es de rechazo.

En el reactivo 28, se hace una diferenciación entre la intervención de la familia política y propia, en éste las mujeres fértiles presentan un rechazo a la idea de que se debe tener la misma confianza con ambas familias y las mujeres con problemas de fertilidad exhiben una actitud de indiferencia.

A la luz de estos resultados se puede decir que las mujeres con problemas de fertilidad, tolerarían un poco más la intervención de la familia propia que de la política, al contrario de las mujeres fértiles que demuestran ser más tolerantes con la familia política.

Dentro de los resultados más relevantes podemos mencionar los siguientes:

La posición de la mujer con problemas de fertilidad hacia la familia propia y política es definida, en lo que respecta a la intervención de ésta en la vida conyugal, de este modo se puede decir que éstas mujeres tolerarían mejor la intervención de su propia familia en su vida conyugal que de la familia política.

Esto puede ir de acuerdo a los planteamientos teóricos de Burns(1987), en donde menciona que los esposos pueden tener dificultad al desprenderse de sus

familias de origen puesto que con ellas tienen una seguridad emocional, sin embargo, a juzgar por los resultados esto puede ser cierto sólo bajo ciertas circunstancias.

La actitud de las mujeres con problemas de fertilidad hacia temas relacionados con la influencia familiar en las decisiones de la pareja, es de indecisión o indiferencia.

La actitud de las mujeres con problemas de fertilidad hacia la involucración en actividades familiares también es de indecisión o indiferencia.

La actitud de las mujeres con problemas de fertilidad hacia posibles presiones familiares también es de indecisión o indiferencia.

Dicha indecisión podría estar indicando que las mujeres con problemas de fertilidad, y en particular las de doble jornada, definirían su actitud de acuerdo a una evaluación previa de aquellos aspectos que no perjudique sus propias necesidades y preferencias.

Por el contrario las mujeres fértiles muestran una tendencia a tolerar mejor a la familia política que a la propia.

En comparación con las mujeres fértiles, se encuentra una actitud de indiferencia, más frecuentemente presentada por las mujeres con problemas de fertilidad, se puede presumir que éstas presentan mayor dificultad para definir su posición respecto a ciertos asuntos relacionados con las familias de origen que pueden derivarse de su condición laboral y/o de su estado reproductivo.

A pesar de encontrarse más frecuentemente una actitud de indiferencia hacia las familias de origen, se puede detectar una tendencia hacia el rechazo, por parte de las mujeres con problemas de fertilidad, más que a la aceptación.

En lo que respecta a la escolaridad, sólo se encontró una diferencia entre las mujeres de ambos grupos con escolaridad de secundaria, la cual hace referencia a la actitud de las mujeres hacia la influencia familiar en las decisiones de la pareja. Se observó que las mujeres con problemas de fertilidad se mantienen indiferentes, mientras que las mujeres fértiles aceptan el hecho de compartir los asuntos importantes de la pareja se compartan con la familia política.

Se presume que las mujeres con problemas de fertilidad se detendrían a pensar más en qué asuntos conyugales estarían dispuestas a compartir con la familia política y cuales se reservarían para ellas y sus esposos.

La edad, así como la duración del matrimonio no tienen una relación significativa con las actitudes de las mujeres hacia las familias de origen.

Esto sugiere que las diferencias entre los grupos se debe más a su condición laboral que a otros factores demográficos.

A través de la descripción del perfil psicológico de la pareja estéril proporcionado por Zárate y Moscona (1985) y en la literatura que describe el estado emocional de las mujeres con problemas de fertilidad, podemos encontrar un panorama desolador para ellas; sin embargo se considera que este panorama puede ser comparable al de las mujeres fértiles en otras transiciones del ciclo vital.

La pérdida de la maternidad, como lo menciona Mahlstedt (1985), no es algo tangible ni a los propios ojos ni a los ojos de los demás pero es de un gran valor simbólico, como podría ser la pérdida de otro evento de la vida en las mujeres fértiles; puesto que el hecho de ser madre no es equivalente a creer que todas las dificultades de la vida están resueltas.

A nivel emocional las pérdidas tangibles o no tangibles, de la adultez pueden desencadenar reacciones similares.

Sin embargo cada transición de la vida tiene sus particularidades y sus formas de ser tratadas profesionalmente, del mismo modo, un evento de la vida como es la transición a la no paternidad, como lo define Matthews y Matthews (1986), puede ser tratada con sus particularidades.

Del mismo modo hay que tener presente que en los problemas de fertilidad se requiere, como lo indica este mismo autor, una reconstrucción de la realidad por parte de la pareja misma y de sus familias de origen.

CONCLUSIONES

Es necesario ubicar los resultados dentro del enfoque teórico que sustenta la presente investigación, que es el enfoque sistémico, en el cual se considera al individuo como un ser biopsicosocial.

De esta manera, también podemos ubicar a la muestra recorriendo una fase de su ciclo vital.

Es difícil determinar en que fase del ciclo vital se encuentran las mujeres con problemas de fertilidad, ya que no existe un tiempo definido que marque el inicio y el fin de cada fase.

Sin embargo, al encontrarse una edad menor, y por consiguiente un tiempo de matrimonio menor, es posible que éstas mujeres se encuentren en la segunda fase del ciclo vital que Estrada(1988) ha definido como "Encuentro".

A juzgar por los resultados obtenidos, en los que la actitud de las mujeres con problemas de fertilidad, es ambigua, pero más tendiente al rechazo que a la aceptación, es probable que éstas mujeres están empezando a desarrollar un nuevo sistema de seguridad emocional, ya no con la familia sino con su pareja o con otros círculos sociales.

La tendencia al rechazo por parte de estas mujeres puede ser también un reflejo de la pérdida de la seguridad, en la cual menciona Mahlstedt(1985), que el desenvolvimiento de la pareja puede verse afectado a consecuencia de los problemas de fertilidad y por ello la mujer evita hacer demasiadas confidencias a las familias de origen.

Desde el enfoque sistémico, ello puede estar respondiendo a la necesidad de las mujeres con problemas de fertilidad por establecer límites claros entre el sub-sistema marital y el familiar.

Considerando la condición reproductiva de las mujeres con problemas de fertilidad, y dado el rechazo que se detectó en su actitud hacia la familia propia y política; ello puede corresponder con los planteamientos de Zárate y Moscona(1985), Di Paola y Procaccini(1988) y Mahlstedt y Johnson (1988), en donde mencionan que la frustración que siente la pareja puede volcarse hacia la familia; o bien también puede estar indicando un alejamiento temporal hacia ésta.

Considerando que la gran mayoría de las mujeres con problemas de fertilidad son mujeres de doble jornada, es probable que, de acuerdo con Atwood y Dobkin (1992), éstas busquen la aprobación social involucrándose en actividades diferentes a las del hogar, como una manera de sentir que son aceptadas socialmente aún sin poder concebir.

Burns (1987) opina que la paternidad es un proceso preparatorio que se va gestando desde la niñez; sin embargo los resultados, no muestran evidencia de que las mujeres se sientan presionadas por las familias de origen para ejercer la paternidad y que por esta razón se esté condicionando su rechazo hacia ellas.

A pesar de esto es evidente que se encuentra presente lo que Burns define como "fantasía del hijo", puesto que las mujeres se entrevistaron en un momento en que se encuentran bajo tratamiento para concebir.

De esta manera, se podrían ubicar las razones de las mujeres con problemas de fertilidad, para tener hijos en uno de los tres tipos que Pick de Weiss(1972) definió, así, dado que no se encontró evidencia de que las mujeres se sientan presionadas por las familias de origen, para ejercer la paternidad, las motivaciones de éstas para tener hijos pueden estar respondiendo a razones meramente intrínsecas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La presente investigación pretende contribuir a ampliar un poco el panorama acerca de los factores que pueden considerarse al abordar un tema como es el de los problemas de fertilidad, con la finalidad de que se puedan prevenir, en determinado momento conflictos adicionales dados por la influencia familiar y el estado emocional de la mujer.

Es importante además ubicar el tema dentro de un contexto social determinado, con su particular idiosincrasia ya que, a pesar de los cambios en la ideología los problemas de fertilidad son un tema que puede considerarse un tabú dentro del grupo social, ya que es uno de los que se trata de hablar lo menos posible al exterior de una consulta médica, primero por su contenido emocional a nivel individual y luego por el papel que socialmente se le sigue otorgando a la maternidad.

Esto hace un tanto difícil el acceso a determinada información y más aún, es difícil el acceso a la información del cónyuge, ya que por lo general es el esposo el que se muestra renuente a solicitar y proporcionar información, no sólo en el plano psicológico sino incluso en el médico.

Resultaría interesante y más completa una investigación en donde se pudiera obtener información de familiares y personas cercanas a la pareja con problemas de fertilidad e indagar acerca de su propia posición en relación al problema.

Asimismo ello podría ampliar el panorama sobre los recursos con los que el matrimonio con problemas de fertilidad puede contar, en caso de necesitarse un apoyo emocional adicional.

Debido a que, como lo menciona Estrada(1988) en el "contrato matrimonial" se encuentran asuntos relacionados con las familias de origen, estos hallazgos son dignos de consideración, si se toma en cuenta la influencia afectiva de éstas, que aunque no se acepte del todo, es un hecho y pueden ser causa de problemas adicionales en el matrimonio con problemas de fertilidad, derivados de la interacción misma.

Se considera importante tener en cuenta además, la etapa del ciclo vital por la que atraviesan en el momento de la investigación las mujeres con problemas de fertilidad y ser conscientes de que su estado emocional es cambiante; por tanto el rechazo manifestado hacia las familias de origen puede o no agudizarse.

Por ello se resalta la importancia de la propuesta de Mcdaniel, Hepworth y Doherty (1992) de atender los vínculos emocionales, promoviendo la calidad de la interacción de las parejas que experimentan problemas de fertilidad, en otros círculos sociales y particularmente con las familias de origen para evitar conflictos adicionales en el matrimonio .

BIBLIOGRAFIA

- Abbey, A.;Hallman,L.J. y Andrews,F.M. (1992) Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. Fertility and Sterility, vol .57 No.1 .Pp.122-127.
- Ackerman, N.W. (1988) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar. Buenos Aires, Paidós. Pp.211-220
- Ander-Egg, E. () (s/año) Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires, HVMANITAS. Cap. 11
- Andrews,F.M.;Abbey,A.;Hallman,L.J. (1991). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertility and Sterility. Vol. 57 No. 6 Pp. 1247-1253
- Andrews, R. (1970) Adoption and the resolution of infertility. Fertility and Sterility. Vol.21, No.1
- Atwood, J.; Dobkin, S. (1992) Storm clouds are coming: Ways to help couples reconstruct the crisis of infertility. Contemporary Family Therapy. Vol.14 No. 5 Pp.385-403
- Bardwich, J. (1971) Psicología de la mujer. Madrid, Alianza Editorial. Cap. 4
- Benson, R.C. (1985) Manual de Ginecología y Obstetricia. México, El Manual Moderno. Cap. 29
- Briones, G. (987) Métodos y técnicas de investigación para las Ciencias Sociales. México, Trillas. Cap. 12

- Brooks, J.B. (1981) The process of parenting. California. Mayfield Publishing Company. Pp.29-
- Burns, L.H. (1987) Infertility as Boundary Ambiguity: One Theoretical Perspective. Family Process. Vol.26 No.3, Pp.359-370
- Burns, L.H. (1993) An overview of the psychology of infertility. Comprehensive Psychosocial History of Infertility. Infertility and reproductive medicine. Vol.4, No.6 Pp. 433-454
- Cruz, T.M. (1992) Estudio comparativo del auto-concepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y Oclusión Tubaria Bilateral. Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología. U.N.A.M
- Christ, G.L. (1980) The psychological and social management of the infertile couple. En: Pepperell,J; Hudson,B.;Wood,C. (Eds.). The Infertile Couple. Edimburgo. Churchill Livingstone. Pp.229-247
- Di Paola,G.; Procaccini,J. Enfoque de la pareja estéril. En: R. Asch y A. Acosta (Eds.) 1988. Avances en reproducción humana. Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad. Médica-Panamericana. Pp.11-19.
- Domar,A.; Broome,A.; Zuttermeister,P. Seibel,M. Friedman,R. (1992) The prevalence and predictability at depression infertile women. Fertility and Sterility. Vol.58 No.6 Pp.1158-1163.
- Domar, A.; Seibel, M.; Benson, H. (1990) The Mind/Body Program for Infertility a new behavioral treatment approach for women with infertility. Fertility and Sterility. Vol. 53, No.2 Pp.246-249
- Duarte, G.L.; Morales, C.F; Kably, A.A. (1990) Psicoterapia de grupo: Una alternativa para el manejo integral de la paciente estéril. Ginecología y Obstetricia de México. Vol 58 Pp. 239-243

- Duverger, M. (1978) Métodos de las Ciencias Sociales. España, Ariel. Pp. 309-329
- Estrada, I.L. (1988) El ciclo vital de la familia. La ayuda terapéutica a la familia a través del análisis de su nacimiento, reproducción y muerte. México, Posada.
- Gallegos, J.C. (S/año) Repercusión de la infertilidad en la dinámica familiar. Trabajo de investigación con carácter de tesis profesional, especialidad en medicina familiar. I.M.S.S. H.G.Z. No. 1
- Hellhammer, D.H; Hubert, W.; Phil, C.; Freischem, C.W. y Nieschlang, T. (1985) Male infertility: Relationship Among Gonadotropins, Sex Steroids, Seminal Parameters, and Personality Attitudes. Psychosomatic Medicine. Vol. 45 No. 1 Pp. 58-65.
- Jones, H.W. y Jones, G.S. (1984) Tratado de Ginecología de Novak. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. Pp.720-721.
- Kerlinger, F. (1985) Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México, Interamericana. Cap 8,9.
- Klock, S.; Maier, D. (1991) Guidelines for the provision of psychological evaluations for infertile patients at the University of Connecticut Health Center. Fertility and Sterility. Vol.56, No.4 Pp. 680-685
- Koropatnick, S.; Daniluk, J.; Pattinson, H.A. (1993) Infertility: a non-event transition. Fertility and Sterility. Vol.59 No. 1 Pp.163-171
- Larraz, I.Z. (1980) Parejas infértiles. Interrelación de factores de personalidad. Tesis de Doctorado. U.N.A.M
- Levande, D.; Koch, J.; Koch, L. (1983) Marriage and the family. U.S.A. Mifflin Company. Pp.18-21, 301-306

- Mahlstedt, P.P. (1985) The Psychological Component of Infertility. Fertility and Sterility. Vol.43 No.3
- Mahlstedt, P.P.; Johnson,P.T. (1988) Support to Persons Experiencing Infertility: Family and Friends Can Help. Journal of Social Work and Human Sexuality. Pp. 65-71 335-346
- Marshall, R.J. Infertilidad. En: R.C. Benson (Ed.) 1985. Diagnóstico y tratamiento Gineco-obstétricos. México, El Manual Moderno. Cap. 41
- Matthews, R.; Matthews, A.M. (1986) Infertility and Involuntary Childlessness: The Transition to Nonparenthood. Journal of Marriage and the Family. Vol. 48 Pp. 641-649
- McDaniel, S.H.; Hepworth, J.; Doherty, W. (1992) Medical family therapy with couples facing infertility. The American Journal of Family Therapy. Vol.20 No. 2 Pp.101-121
- Michaels, G.; Goldberg, W. (1988) The transition to parenthood. Cambridge, University Press. Pp.62-81
- Moghissi, K.S. y Wallach, E.E.(1983) Unexplained Infertility. Fertility and Sterility. Vol.39 No.5 . Pp. 5-21.
- Moscona,E. Aspectos psicológicos de la adopción. En: A.Zárate y C. MacGregor (Eds.)1987.. Manejo de la pareja estéril.Un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad. México, Trillas. Cap.16
- Nachtigall,R.;Becker,G.;Wozny,M. (1992) The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. Fertility and Sterility. Vol.57 No.1 Pp.113-121

- Nava y Sánchez, R.; Olivas, L.O.; Meza, V.M.; Valenzuela, C.J.; Salazar, L.C. (1991) Conducta diagnóstica terapéutica y resultados del factor neuroendocrino en esterilidad. Ginecología y Obstetricia de México. Vol.59 No. 1-6
- Pick de Weiss, S. (1979) Un estudio social-psicológico de la planificación familiar. México, Siglo XXI. Pp.39-82
- Ramírez, M.E.; Villalobos, R.M.; Rodríguez, J.D.; Martínez, M. y Lichtemberg, R. (1989) Estudio epidemiológico en mil parejas estériles. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 57 Pp. 67-72.
- Ramírez, S. (1962) Esterilidad y fruto. Psicología de la función procreativa. México, Pax-México.
- Rhodes, R. (1988) Women, Motherhood, and Infertility: The Social and Historical Context. Journal of Social Work and Human Sexuality. Pp.5-19
- Vega, H.M.; Pedron, N.; Marquez, O.M. (1992) Etiología cromosómica de la esterilidad e infertilidad masculina. Ginecología y Obstetricia de México. Vol.60
- Watson, W.J. y Pierfederici, H.L (1984) Enfermería Ginecológica y Obstétrica. México. Harla. Pp.37-51
- Williams, L.; Bischoff, R.; Ludes, J. A (1992) Biopsychosocial model for treating infertility. Contemporary Family Therapy. Vol.14 No. 4 Pp.309-322
- Zárate, A. y MacGregor, C. (1987) Manejo de la pareja estéril. Un libro para facilitar el tratamiento de la esterilidad. México. Trillas. Cap. 4 y 16.

Zárate, A.; Moscona, E. (1985) Perfil psicológico de la pareja estéril y recomendaciones para su manejo. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 53, No.336 Pp.101-105

ANEXO 1

El siguiente cuestionario está dirigido a conocer su opinión acerca de la participación, tanto de su propia familia como de la familia política, en la vida conyugal. Le pedimos contestar con la mayor sinceridad posible, teniendo en cuenta que los datos recolectados son únicamente con fines estadísticos y por tanto son confidenciales. De antemano gracias por su colaboración.

Instrucciones: Lea con cuidado el reactivo y posteriormente marque o subraye la opción que considere se acerca más a lo que Ud. opina.

A continuación se presentan algunos datos demográficos que deberá llenar antes de contestar el cuestionario.

EDAD _____ OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____

TIEMPO DE MATRIMONIO _____ NUMERO DE HIJOS _____

1.- Las familias de la pareja deben opinar acerca de asuntos importante en la vida de ésta.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

2.- Las opiniones de las familias políticas son importantes en la vida conyugal.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

3.- Los problemas importantes de la pareja tienen que compartirse con la familia política.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

4.- Los hijos son importantes para las familias políticas.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

5.- Las opiniones familiares son importantes para la pareja.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

6.- La pareja debe participar activamente en las reuniones familiares.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

7.- Debemos hacer todo lo posible por evitar conflictos con la familia.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

8.- Es importante complacer a la familia.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

9.- No debemos negarnos cuando algún miembro de nuestra familia o de la política nos pide un favor.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

10.- La pareja debe seguir los consejos de nuestra familia o de la familia política.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

11.- Es mejor confiar los asuntos importantes de la pareja a la familia que a los amigos.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

12.- Es importante que la pareja sea aceptada por la familia política.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

13.- Es importante el apoyo de las familias en las crisis conyugales.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

14.- Es importante involucrarse en actividades familiares.

Muy de acuerdo De acuerdo Indiferente Desacuerdo

15.- Se debe tener comunicación constante con las familias.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

16.- Debemos hacer a un lado nuestras actividades cuando la familia nos solicita un favor.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

17.- La pareja debe decidir cuando visitar a la familia política.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

18.- Debemos participar activamente en los preparativos de las reuniones familiares.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

19.- Debo hacer todo lo posible porque mi familia se sienta en mi casa como si fuera la suya.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

20.- Debemos permitir que la familia política realice algunas actividades en nuestra casa.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

21.- Los hijos son importantes para las familias políticas.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo.
-----------------------	-------------------	--------------------	--------------------

22.- Debo sentirme mal si no puedo satisfacer las exigencias de mi familia.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

23.- Los padres disfrutan más a los nietos que a los propios hijos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

24.- Es importante para las familias la continuación del apellido.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
-----------------------	-------------------	--------------------	-------------------

25.- Desde pequeños nos preparan para ser padres.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

26.- Nuestros padres desean vernos convertidos en padres.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

27.- Es importante seguir las tradiciones familiares.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

28.- Debemos sentir la misma confianza tanto como con nuestra familia como con la familia política

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

29.- las familias deben decidir con que frecuencia la pareja debe visitarlas.

Muy de acuerdo	de acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

30.- Los problemas de la pareja afecta a la familia política.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

31.- Debemos seguir los consejos familiares, puesto que sólo buscan el bienestar de la pareja.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

32.- debo preocuparme cuando alguien de mi familia hace algún comentario acerca de mi matrimonio.

Muy de acuerdo	de acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

33.- Me doy cuenta de que soy parecida a mi madre en algunos aspectos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

34.- Me sentiría muy mal si no tuviera hijos.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo
----------------	------------	-------------	------------

**TABLAS
Y
FIGURAS**

Tabla 1. Porcentaje de la escolaridad de las mujeres fértiles y con problemas de fertilidad.

Escolaridad	Fértiles (%)	con problemas (%)
PRIMARIA	8	22
SECUNDARIA	20	24
PREPARATORIA	18	14
PROFESIONAL	28	22
POSGRADO	4	0
C. TECNICA	24	18
TOTAL	100	100

TABLA 2. CORRELACIONES DE LAS ACTITUDES HACIA LAS
FAMILIAS DE ORIGEN EN AMBOS GRUPOS.

	FAMILIA POLITICA	AMBAS
FAMILIA POLITICA	0.5758	0.6732
FAMILIA POLITICA	0.1000	0.6399

TABLA 3. CORRELACIONES DE LAS ACTITUDES HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN EN CADA GRUPO.

FERTILES		
	FAMILIA POLITICA	AMBAS
FAMILIA POLITICA	0.4865	0.5560
FAMILIA POLITICA	0.1000	0.6343
CON PROBLEMAS		
	FAMILIA POLITICA	AMBAS
FAMILIA POLITICA	0.6439	0.8033
FAMILIA POLITICA	0.1000	0.6660

TABLA 4. CORRELACIONES DE LOS PUNTAJES DE LOS ÍTEMS CON EL PUNTAJE TOTAL DE LA ESCALA ÍTEM

ÍTEM	SIGNIFICANCIA
1. LAS FAMILIAS DE LA PAREJA DEBEN OPINAR ACERCA DE SUNTOS IMPORTANTES EN LA VIDA DE ESTA	0.3685**
2. LAS OPINIONES DE LAS FAMILIAS POLÍTICAS SON IMPORTANTES EN LA VIDA CONYUGAL.	0.3201**
3. LOS PROBLEMAS IMPORTANTES DE LA PAREJA TIENEN QUE COMPARTIRSE CON LA FAMILIA POLÍTICA	0.2649*
5. LAS OPINIONES FAMILIARES SON IMPORTANTES PARA LA PAREJA	0.4789**
6. LA PAREJA DEBE PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES FAMILIARES	0.4103**
7. DEBEMOS HACER TODO LO POSIBLE POR EVITAR CONFLICTOS CON LA FAMILIA	0.3287**
8. ES IMPORTANTE COMPLACER A LA FAMILIA	0.2780*
9. NO DEBEMOS NEGARNOS CUANDO ALGUN MIEMBRO DE NUESTRA FAMILIA O DE LA POLÍTICA NOS PIDE UN FAVOR	0.2788*
10. LA PAREJA DEBE SEGUIR LOS CONSEJOS DE NUESTRA FAMILIA O DE LA FAMILIA POLÍTICA	0.4449**
11. ES MEJOR CONFIAR LOS ASUNTOS DE LA PAREJA A LA FAMILIA QUE A LOS AMIGOS	0.3712**
12. ES IMPORTANTE QUE LA PAREJA SEA ACEPTADA POR LA FAMILIA POLÍTICA	0.3581**
13. ES IMPORTANTE EL APOYO DE LAS FAMILIAS EN LAS CRISIS CONYUGALES	0.4212**
14. ES IMPORTANTE INVOLUCRARSE EN ACTIVIDADES FAMILIARES	0.3533**
15. SE DEBE TENER COMUNICACION CONSTANTE CON LAS FAMILIAS	0.4731**
16. DEBEMOS HACER A UN LADO NUESTRAS ACTIVIDADES CUANDO LA FAMILIA NOS SOLICITA UN FAVOR	0.2689*
18. DEBEMOS PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LOS PREPARATIVOS DE LAS REUNIONES FAMILIARES	0.2549*
19. DEBO HACER TODO LO POSIBLE PORQUE MI FAMILIA SE SIENTA EN MI CASA COMO SI FUERA LA SUYA	0.3818**
28. DEBEMOS SENTIR LA MISMA CONFIANZA TANTO COMO CON NUESTRA FAMILIA COMO CON LA FAMILIA POLÍTICA	0.4222**
30. LOS PROBLEMAS DE LA PAREJA AFECTAN A LA FAMILIA POLÍTICA	0.4022**
31. DEBEMOS SEGUIR LOS CONSEJOS FAMILIARES PUESTO QUE SOLO BUSCAN EN BIENESTAR DE LA PAREJA	0.5959**
32. DEBO PREOCUPARME CUANDO ALGUIEN DE MI FAMILIA HACE ALGUN COMENTARIO ACERCA DE MI MATRIMONIO	0.3183**

* P < 0.01

** P < 0.001

TABLA 5. ACTITUD DE LAS AMAS DE CASA FERTILES Y CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN (EN PORCENTAJES).

reactivo	aceptación		indiferencia		rechazo		significancia
	F*	C.P**	F	C.P	F	C.P	
3	80.8	40	19.2	55		5	.01
9	0	15	84.6	55	15.4	30	.04
11	19.2	15	80.7	50	0	35	.01

* fértiles

** con problemas de fertilidad

TABLA 6 . ACTITUDES DE LAS MUJERES DE DOBLE JORNADA HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN. (EN PORCENTAJES)

reactivo	aceptación		indiferencia		rechazo		significancia
	F*	C.P**	F	C.P	F	C.P	
7	0	10	16.7	36.7	83.3	53.7	.04
13	20.8	23.3	41.7	63.3	37.5	13.3	.05
14	29.2	13.3	29.1	73.3	41.7	13.3	.01
18	4.2	6.7	62.5	86.6	33.3	6.7	.04
28	29.2	16.7	29.2	70	71.4	13.3	.02
19	8.3	10	33.3	56.7	58.3	33.3	.01
20	0	0	66.6	33.3	33.3	66.7	.02

*fértiles

** con problemas de fertilidad

FIG. 1 DISTRIBUCION DE LA EDAD EN LOS GRUPOS.

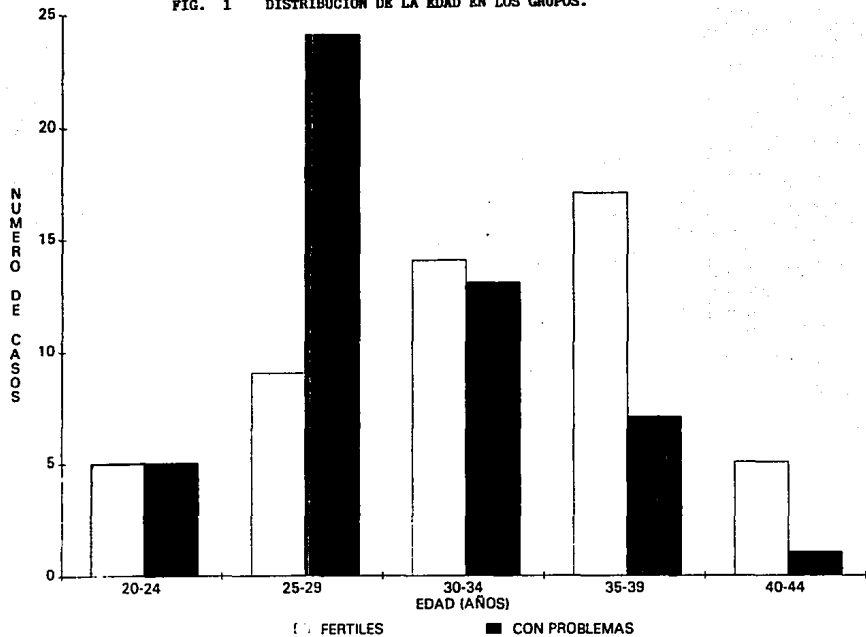


FIG. 2 DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE MATRIMONIO EN LOS GRUPOS.

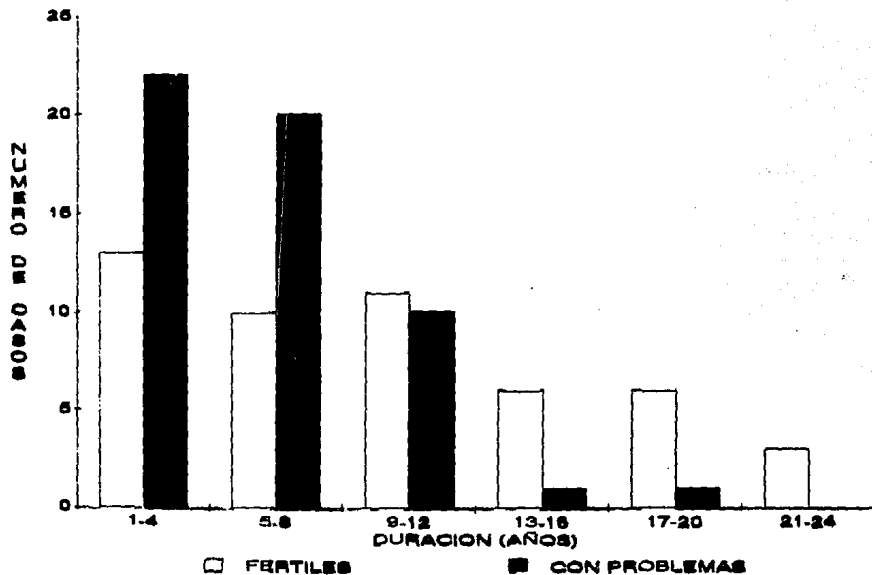


FIG. 3 ACTITUD DE LAS MUJERES FERTILES Y CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD HACIA LAS FAMILIAS DE ORIGEN.

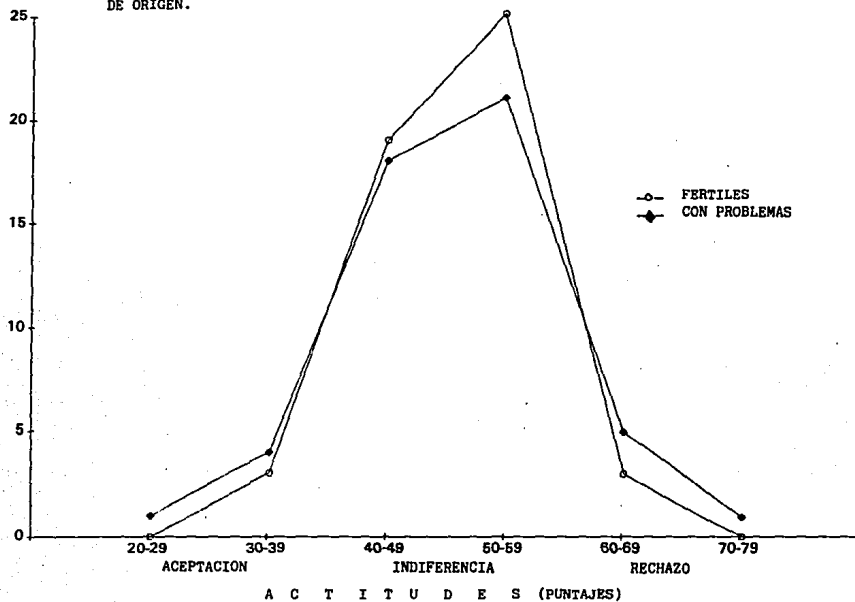


FIG. 4 ACTITUD DE LAS MUJERES FERTILES Y CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD HACIA LA FAMILIA PROPIA.

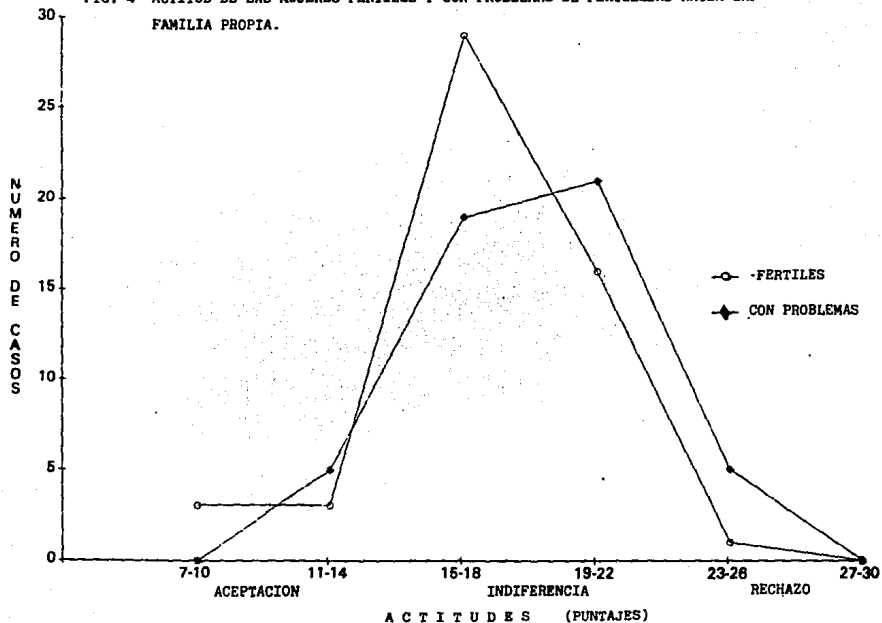


FIG. 5 ACTITUD DE LAS MUJERES FERTILES Y CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD HACIA LA FAMILIA POLITICA

