



17
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
" I Z T A C A L A "**

**" ESTRATEGIAS DE INTERVENCION
PSICOLOGICAS CON PACIENTES INFERTILES A
NIVEL PRIVADO E INSTITUCIONAL "**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N ;
DIANA CABILDO HERNANDEZ
CAROLINA DIAZ PAREDES
ALMA LAURA MARTINEZ CEBALLOS**

ASESOR: MAESTRO JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ



IZTACALA, ESTADO DE MEXICO

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Al Maestro :
Jorge Luis Salinas R.
por su apoyo y confianza,
Por su paciencia,
nuestro más profundo agradecimiento.

Alma, Diana y Caro

A los Profesores :
José Esteban Vaquero y
José de Jesús Vargas.
Por su Ayuda.

Alma, Diana y Caro

FALLA DE ORIGEN

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS CON PAREJAS INFERTILES A NIVEL PRIVADO E INSTITUCIONAL

Cabildo, H.D., Díaz, P.C. y Martínez, C.A.L.

La infertilidad es la incapacidad para llevar a la viabilidad un producto que ha sido concebido. La cual tiene efectos importantes sobre algunas conductas que conforman el perfil psicológico de la pareja infertil. El objetivo de esta investigación es diseñar estrategias de intervención psicológicas que permitan descubrir y atender la situación a la cual se enfrentan.

Para tal efecto se utilizaron 30 parejas infértiles, de las cuales 15 pertenecían al grupo 1 (Proceso de Diagnóstico) y las restantes al grupo 2 (Diagnóstico Establecido). Ambos grupos fueron sometidos a entrevistas, cuestionarios y a un inventario de Ansiedad-Estado (IDARE). Los resultados indican que se encontraron diferencias en las conductas evaluadas (ansiedad, expectativas, comunicación, optimismo en relación al matrimonio, toma de decisiones, satisfacción en la vida familiar y sexual) entre ambos grupos.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	
DEFINICIÓN DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD	7
CAPÍTULO 2	
FACTORES QUE PROVOCAN LA INFERTILIDAD	14
A) FISIOLÓGICAS	14
B) PSICOLÓGICAS	20
CAPÍTULO 3	
EFECTOS PSICOLÓGICOS	
DE LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA	35
CAPÍTULO 4	
FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES QUE PRESENTA	
LA PAREJA UNA VEZ DIAGNOSTICADA LA INFERTILIDAD	54
CAPÍTULO 5	
A) OBJETIVO	64
B) METODOLOGÍA	66
CAPÍTULO 6	
RESULTADOS	67
CAPÍTULO 7	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	101

APÉNDICE

A) GRÁFICAS	104
B) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	117

INTRODUCCIÓN

La infertilidad es un problema al cual se han enfrentado algunas de las parejas que tienen como finalidad procrear un hijo, sin embargo, estos planes se ven frustrados por la infertilidad.

La infertilidad comúnmente se ha confundido con esterilidad debido a las malas traducciones que se han dado ya que la fecundidad del óvulo es llamado en inglés "fertilization" termino que traducido de manera errónea es "fertilization" en inglés la incapacidad de fecundar se le llama "infertility" o "sterility" siendo por tanto sinónimos.

Asimismo, diferentes autores le han dado definiciones similares a la infertilidad. Por su parte Benson, (1985) la define como la incapacidad para concebir después de un año de relaciones sexuales sin anticonceptivos.

Novak (1985) se refiere a la infertilidad como la falta de concepción después de un año de coitos regulares sin uso de métodos anticonceptivos, es la incapacidad de llevar a la viabilidad un producto que ha sido concebido.

En E.U.A. de acuerdo a los resultados estadísticos realizados se encontró que el 15% de las parejas son infértiles y el 1 al 2% estériles. Por lo cual la infertilidad es un problema médico y social que ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia.

Es importante mencionar que la infertilidad es un problema de pareja y ambos deben someterse a estudios y posteriormente a un tratamiento.

Cabe mencionar que son varios los factores que constituyen dicha incapacidad de procreación como lo es la edad de la pareja, la frecuencia de las relaciones sexuales y la duración de la actividad sexual sin anticoncepción.

Por otro lado el grupo científico sobre Epidemiología de la infertilidad de la Organización Mundial de la Salud (1975) define a la infertilidad de acuerdo a lo siguiente:

1. Infertilidad primaria: nunca se ha llevado a cabo la concepción.
2. Infertilidad secundaria: la mujer concibió con anterioridad pero no lo logra posteriormente.
3. Pérdida de embarazo: la mujer es capaz de concebir pero no logra producir un nacimiento vivo.

4. Mortalidad infantil: todas las muertes de niños vivos hasta el 5o. día de vida.

Es importante tomar en cuenta los factores que provocan la infertilidad en donde encontramos los fisiológicos y psicológicos. Entre los fisiológicos los más importantes son el mioma uterino, sinequia uterina, endometriosis, incapacidad cervical y embarazo ectópico, de acuerdo con estas causas es recomendable que la pareja acuda al servicio médico a que se les valore ya que con ello se alcanzan dos objetivos uno el establecer la etiología y el otro dar un pronóstico para la fertilidad futura.

Entre las causas psicológicas se puede decir que existen muy pocos estudios de la pareja infertil. No obstante cualquier pareja con infertilidad manifiesta ciertos cambios en su conducta, entre los cuales los más comunes son estrés, tensión, depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa, resentimiento, frustración e ira. Por otro lado el médico en muchas ocasiones aumenta el estrés que sufre la pareja, ya que comúnmente es invadida su vida privada y no obstante sugieren a la pareja que tengan relaciones sexuales siguiendo ciertas reglas, esto es la frecuencia, tomando en cuenta la tempera-

tura basal, etcétera. Lo cual provoca que se pierde espontaneidad convirtiendo así el placer en compulsión y rigidez.

El hecho de que existan mujeres que involuntariamente no tenían hijos llamo la atención de varios autores, entre ellos Deautch (1959), quien observó características relacionadas con el desarrollo pasado de las pacientes y el nivel emocional con una desfavorable relación con la madre lo cual muestra una situación de frustración en la familia.

Así mismo, en otras investigaciones se encontraron resultados desfavorables ya que las mujeres infértiles eran más reservadas, menos francas, hostiles, mas rígidas y sensibles al fracaso que otras mujeres.

La duración de la exposición del embarazo indica en que momento se debe llevar a cabo la valoración por infertilidad y de cierta idea de su diagnóstico. La investigación de la pareja con infertilidad se va a iniciar siempre con la historia clínica y la exploración física para descartar los estados médicos y ginecológicos principales. Esta historia clínica debe incluir la edad de la pareja, la duración del matrimonio, la historia reproductiva de ambos y los resultados de cualquier estudio anterior.

El estrés psíquico no es el único factor psicológico que podría promover la menor infertilidad ya que también se expone la relación entre el estrés psíquico y la incapacidad coital, la incapacidad de concebir y la pérdida de embarazo.

El hecho de tener un hijo es muy importante para la pareja ya que le da sentido a su vida y crean ciertas ilusiones, planes y expectativas sobre el hijo por llegar, es aquí donde entran en juego varios factores que determinan el deseo de un hijo y así mismo empiezan a vislumbrarse los conflictos al ver que sus planes no se han podido realizar, por lo cual algunos casos necesitan de ayuda psicológica especializada para resolver el conflicto.

La obsesión es una manifestación mas importante en las parejas infértiles sobre todo en las mujeres ya que centran toda su atención en el deseo de tener un hijo o quedar embarazadas por lo que todas sus actividades se convierten en una serie de obsesiones o rituales esto es curvas de temperatura, fechas de ovulación, citas con el médico, etcétera.

Dado todo lo anterior se realizó una investigación con una población de 30 parejas infértiles y se clasificaron en 2 grupos de acuerdo a sus caracte-

rísticas 15 en proceso de diagnóstico y 15 con diagnóstico establecido y se realizó una comparación entre ambos grupos, es decir, se evaluó el perfil psicológico de las parejas infértiles dependiendo de la etapa de evaluación médica en la que se encontraban tomando como variables la Ansiedad, expectativas, relaciones de pareja y actividad sexual, de las cuales se derivaron otras como son comunicación, toma de decisiones, autoestima, y optimismo relacionado con el matrimonio y se encontró que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, esto no presenta un nivel elevado de ansiedad, sus expectativas no son tan desfavorables. Sin embargo, las pequeñas diferencias que existieron se refieren al nivel de comunicación, relaciones familiares, toma de decisiones y actividad sexual.

Por consiguiente se encontró que no es determinante el grupo en el que se encuentran las parejas para determinar el perfil psicológico. Esto se debe a que la muestra empleada fue muy pequeña, por tanto no se encontraron diferencias, tal vez con una muestra mas grande se encuentren las diferencias esperadas.

CAPÍTULO 1

DEFINICIÓN DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD

1. DEFINICIÓN DE ESTERILIDAD

Esterilidad es un término que sólo puede aplicarse adecuadamente a una persona que presenta un factor que evita absolutamente la procreación. (Calandra, 1983.)

Puesto que esterilidad es la incapacidad en una pareja para concebir; se diferencia de infertilidad en que ésta es la incapacidad de una pareja para llevar a buen término el producto de una concepción.

No debe pensarse en la esterilidad como una enfermedad puesto que en realidad es sólo la manifestación de un padecimiento ginecológico o genital masculino. No existe la esterilidad femenina o masculina aisladamente ya

que las situaciones en las cuales un varón o una mujer pueden concebir separadamente con otros cónyuges pueden presentarse, sin embargo no lo pueden hacer entre sí, por lo que es necesario hablar siempre de esterilidad conyugal o de pareja. (Nuñez, 1991.)

La esterilidad comprende el 12% de todas las parejas, datos que en cifras estadísticas nos muestra, por ejemplo, que en nuestro país existían en 1991 alrededor de un millón de matrimonios estériles. (Miller, 1987.)

De esta manera, la esterilidad, en relación al tiempo de aparición puede ser: primaria, si la falta en la concepción ha sido desde las primeras relaciones sexuales y secundaria si dicha falta sobreviene después de una o varias gestaciones previas, aunque éstas no hayan sido viables.

A su vez, cualquiera de las anteriores, puede ser absoluta cuando la incapacidad para concebir no tiene remedio (como en una disgenesia) o relativa cuando esta incapacidad puede o no ser curable, pero sí tratable y transitoria cuando el problema es temporal o permanente y la esterilidad es definitiva. Así pues, esterilidad es un término que sólo puede aplicarse adecuadamente a una persona que presenta un factor que evita absolutamente la procreación.

2. DEFINICIÓN DE INFERTILIDAD

Infertilidad es la incapacidad para concebir después de un año de actividad sexual regular sin empleo de anticonceptivos. (Pérez, 1981.)

Por su parte infertilidad se ha definido como la falta de concepción después de un año de coitos regulados sin uso de métodos anticonceptivos, es la incapacidad de llevar a la viabilidad un producto que ha sido concebido. Infertilidad primaria es el término empleado para denominar aquellas pacientes que nunca han concebido e infertilidad secundaria se refiere a las pacientes que han tenido embarazos anteriores. (Novak, 1985).

Con frecuencia, se confunden los términos de esterilidad e infertilidad esta confusión se presenta cuando se entiende que la fecundación del óvulo es llamada en inglés "fertilization", término que traducido de manera errónea es "fertilización". En inglés la incapacidad de fecundación se denomina "infertility" o "sterility" siendo por lo tanto sinónimos. En cambio en español esta incapacidad de concebir debe designarse con el término de esterilidad en nuestra lengua se refiere a las posibilidades de desarrollo de la semilla ya fecundada.

Por su parte Benson (1985), se refiere a la infertilidad como la incapacidad para concebir después de un año de relaciones sexuales sin anticoncepción. Subfertilidad es un término sinónimo que muy frecuentemente es empleado clínicamente. La infertilidad puede ser primaria cuando no existen antecedentes gestacionales o secundarios cuando aparece la incapacidad después de uno o más embarazos exitosos.

Aproximadamente el 15% de las parejas en E.U.A. son infértiles y 1 a 2% son estériles. La infertilidad se está convirtiendo en un problema médico y social progresivamente mayor. Debido a la amplia disponibilidad del aborto para embarazos no deseados, menos parejas estériles tienen la alternativa de adopción. Además, la frecuencia actual de enfermedades venéreas da lugar a infertilidad en un número cada vez mayor de mujeres.

La infertilidad es un problema de pareja, y deben estudiarse ambos miembros. El hombre constituye la causa del problema en 30% de los casos, la mujer en 40% y ambos en el resto. (Benson, 1985.)

La capacidad de fecundación depende sobre todo de la edad de los integrantes de la pareja, la frecuencia del coito y la duración de la actividad se-

xual sin anticoncepción. En la mujer, esta capacidad es máxima a los 24 años aproximadamente, declina ligeramente a los 30 y después rápidamente. La capacidad de fecundación en mujeres menores de 18 años difícilmente alcanza 50% comparada con la de 24 años. En el hombre, la capacidad de fecundación también es máxima de los 24 a los 25 años. Una frecuencia de coito de 4 a 5 veces por semana se relaciona con la capacidad de fecundación máxima. Cuanto más tiempo haya transcurrido sin que una pareja logre fecundación, mayor es el grado de declinación de la tasa de concepción, independientemente de la edad de los participantes y la frecuencia del coito.

Una investigación diagnóstica exhaustiva identificara una o más causas de infertilidad aproximadamente en 90% de las parejas y el tratamiento adecuado permitirá el embarazo en 50 a 60% de las parejas tratadas. Por tanto, hay buenas razones para llevar a cabo una exploración diagnóstica e iniciar el tratamiento adecuado.

Ahora bien, por otro lado en términos epidemiológicos fue definida la infertilidad por el grupo Científico sobre Epidemiología de la Infertilidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1975), de acuerdo con lo siguiente:

- 1. Infertilidad primaria.** La mujer nunca concibió a pesar de la cohabitación y exposición al embarazo por un periodo de dos años.
- 2. Infertilidad secundaria.** La mujer concibió con anterioridad, pero no lo logra con posterioridad, a pesar de la cohabitación y la exposición al embarazo por un período de dos años, si la mujer amamantó a su hijo anterior, se debe calcular la exposición al embarazo desde el fin del período de la amenorrea de la lactancia.
- 3. Pérdida del embarazo.** La mujer es capaz de concebir, pero no logra producir un nacimiento vivo. La pérdida del embarazo durante las primeras 28 semanas se denomina muerte fetal temprana e intermedia o aborto, y puede ser espontánea o inducida. Después de las 28 semanas de gestación y hasta el término dichas pérdidas se denominan muerte fetal tardía o feto muerto.
- 4. Mortalidad infantil.** Todas las muertes de niños nacidos vivos hasta el quinto día de vida. (La mortalidad perinatal, esto es, los fetos muertos más todas las muertes de la descendencia dentro de su primera semana de vida, pueden ser restringidas en forma separada. Sin embargo, en algunas culturas, las muertes neonatales tempranas pueden ser consideradas como fetos muertos, por ende, es difícil su distinción.)

5. Infertilidad no demostrada o fertilidad no demostrada. Esto se refiere a problemas que en ocasiones son percibidos por las personas o las parejas como infertilidad o se les incluye como infertilidad en investigaciones demográficas, cuando de hecho la mujer virtualmente no está en riesgo de concebir. El problema puede ser biológico, como entre las madres que amamantan que son anovulatorias, o las parejas que practican anticoncepción; o ser circunstancial, cuando hay ausencia de cohabitación o coito.

CAPÍTULO 2

FACTORES QUE PROVOCAN LA INFERTILIDAD

A) FISIOLÓGICOS

Existen diversos y variados factores fisiológicos que pueden ser el origen o la causa de la infertilidad por lo cual es importante el conocer un poco acerca de ellos, por consiguiente se hará una breve descripción de los más importantes. (Master, 1988.)

Uno de ellos y de gran importancia es el mioma uterino que puede alterar el normal desarrollo del embarazo por 1) modificaciones de la cavidad uterina, interfiriendo con el desarrollo uterino y crecimiento del embrión o feto; 2) alteraciones del endometrio, secundaria al efecto mecánico del mioma y 3) perturbación vascular con menor irrigación y estancamiento venoso en la decidua.

Dado lo anterior es aceptado que las malformaciones uterinas están vinculadas con la ocurrencia de abortos, por partos inmaduros, partos prematuros y defectuosos en la posición fetal en el útero, provocando así infertilidad en las pacientes. Todo ello indica una evidente alteración de la normal capacidad reproductiva.

La sinequia uterina es aceptada como causa de hipomenorrea, amenorrea, esterilidad, infertilidad, mala presentación fetal o mala implantación placentera. En la mayoría de los casos está vinculada etiológicamente a la realización previa de uno o más raspados, generalmente terapéuticos y relacionados con la gestación (aborto incompleto, huevo muerto y retenido, hemorragia puerperal, mola hidatiforme).

Por otro lado a pesar de que anteriormente no se consideraba a la endometriosis como probable factor causal de la infertilidad, últimamente, en algunas publicaciones se enfatiza el rol de esta patología y se ha intentado además hallar explicación patógena para los cuadros de aborto asociados con ella.

Se ha supuesto que la endometriosis puede causar aborto por; 1) existencia de otra patología orgánica asociada; 2) existencia de adherencias pelvicas, que han sido aceptadas como factor causal de aborto y 3) por efecto de las prostaglandinas producidas por los focos ectópicos de endometrio.

También es importante considerar el embarazo ectópico como una importante causa de infertilidad, puesto que significa una forma de imposibilidad productiva al no poder llevar la paciente a término la gestación lograda. Pero además por su particular naturaleza evolutiva y necesidad de tratamiento quirúrgico, implica un agravamiento del problema reproductivo que exterioriza.

Se acepta la posibilidad de que 1 de cada 300 gestaciones tenga una implantación ectópica (3 al 4 por mil), la gran mayoría de las cuales son tubáricas, con menor frecuencia ováricas, excepcionalmente cervicales y peritoneales.

Casi todos los autores que se han ocupado del tema consideran que la ocurrencia de un embarazo ectópico determina una marcada reducción de las posibilidades de normal fertilidad de la pareja afectada y se acepta así

que sólo entre el 50 y 60% de ellas llegarán a tener un hijo vivo y normal.

(Inslar, 1988.)

La disminución ulterior de la fertilidad esta condicionada por dos eventualidades: 2) posibilidad de repetición del accidente, que ha sido diversamente valorada por distintos autores que han publicado cifras que varían entre 2 y 20%, 2) infertilidad secundaria, ya por efecto de la misma noxa que motivó el ectópico, o por el desarrollo de nuevas patologías vinculadas a la evolución del ectópico o al acto operatorio (adherencias peritoneales especialmente). La frecuencia de la infertilidad secundaria al embarazo ectópico está vinculada especialmente a la duración del control posoperatorio, a la naturaleza clínica del episodio, edad de la paciente, antecedentes patológicos, etcétera.

Cabe mencionar que en forma similar a la que ocurre con las pacientes estériles, en todas las series de pacientes infértiles se observa la existencia de un grupo en el cual la aplicación de la metodología diagnóstica descrita no permite descubrir la causa eventual, probablemente del episodio descrito.

Ahora bien, desde el punto de vista médico, la infertilidad es un trastorno singular, porque es necesario considerar a dos personas; ya que tanto el esposo como la esposa, e incluso ambos, pueden contribuir al problema, es necesario hacer una investigación conjunta. Hoy en día, se presentan más parejas a la consulta inicial. Ello debe estimularse, ya que ambos comparten el problema de la infertilidad. La cooperación mutua y la búsqueda de conocimiento sobre este problema médico fomenta el enfoque psicológico adecuado e impide culpar a uno u otro integrante de la pareja. (Inslar, 1988.)

La meta de la valoración de la infertilidad es doble; establecer la etiología y dar un pronóstico para la fertilidad futura. Aunque se estima que menos del 50% de las parejas que inician una valoración de su infertilidad logrará finalmente resultar fértil, pueden mejorarse estas estadísticas mediante la atención cuidadosa al diagnóstico etiológico. Solo cuando se establece la causa de la infertilidad puede llevar a cabo el tratamiento adecuado. La valoración de la infertilidad es por completo electiva, y por muy bien organizado y exhaustivo que sea el estudio médico para establecer el diagnóstico, sólo obtendrá resultados satisfactorios si los pacientes comprenden las metas y

completan la valoración. Por tanto, es necesario exponerles las razones detrás de los métodos de estudio. Una vez establecido el diagnóstico, pueden someterse los enfoques terapéuticos y el pronóstico estadístico para el embarazo.

B) PSICOLÓGICAS

Existen pocos estudios sobre los aspectos psicológicos de la pareja infertil. Sin embargo es obvio que la infertilidad implica estrés y tensión en cualquier matrimonio o interrelación. Las pacientes infértiles que se interrogan con gran tacto suelen sentir sentimientos de culpabilidad, resentimiento, frustración e ira. La paciente puede tratar a su médico con franca hostilidad o plantearle exigencias irrazonables. Sufre la imagen personal, ya que la esposa puede verse así misma como infecunda, y el esposo como desmasculinizado o castrado. Por su propia naturaleza en la valoración de la infertilidad hay que indagar los detalles anatómicos y psicológicos más íntimos. Por tanto el tratamiento de la infertilidad requiere comprensión, simpatía, compasión y tacto por las necesarias invasiones en la intimidad de los pacientes. (Abraham, 1980.)

Por desgracia, los médicos con frecuencia en mucho aumentan el estrés que sufre la pareja sin hijos. Suele ser innecesario y desaconsejable sugerir a la pareja que tengan relaciones sexuales diariamente o cada tercer día en

cierta época del ciclo, en especial según lo indique la temperatura basal o el flujo del moco percibido. El acto sexual por mandato pierde espontaneidad y el placer impone en su lugar compulsión y rigidez; este tipo de consejo innecesario confirma a la pareja su creencia de que algo de lo que hace está mal.

Una vez visto que cada uno de los problemas de infertilidad son importantes, se debe de enfocar a cada uno como un todo en una perspectiva psicósomática, esto es, evitando la dicotomía arbitraria entre lo somático y psicológico, entre el problema del esposo y el de la mujer.

Concretamente, los factores somáticos y psicológicos deben ser evaluados en forma conjunta, ya que se conoce que son consistentemente interdependientes.

De igual manera, el enfoque de las causas de la infertilidad en la pareja nunca deben llevar, simplemente, a la asignación de responsabilidad a uno de los miembros, ya que siempre hay una interacción que influye sobre los sentimientos de la otra persona. Esta interacción se expresa a varios niveles de su relación: como experimentan la infertilidad, sus reacciones emociona-

les y sexuales, sin dejar de mencionar su comportamiento en el mundo exterior, esto es, su familia, amigos, la sociedad que lleva el riesgo de conflictos y, en ocasiones, la separación.

En los que se refiere a la teoría, los estudios clínicos sobre la relación entre el estado emocional y las funciones biológicas demostraron ahora cómo diferenciarlos a través de la investigación de la interacción entre los centros superiores y la disfunción de los estimuladores, transmisores y receptores y están basados en conocidos conceptos psicosomáticos.

En primer lugar, está la distinción entre causas funcionales y orgánicas, que si bien no siempre es absoluta, se basa en el principio de que una alteración funcional es reversible, como en muchos casos de amenorrea, anovulación o disovulación, insuficiencia funcional del moco cervical y espasmos tubáricos.

La corrección puede ocurrir espontáneamente o después de tratamiento psicológico. En otros casos, aparentemente orgánicos, la diferenciación es más difícil, por cuanto algunas alteraciones funcionales pueden, con tiempo llevar a lesiones irreversibles. Esto representa la enfermedad psicosomática.

La literatura dedicada a la psicología de la infertilidad es sorprendente en la variedad de criterios analizados, la diversidad de teorías indicadas y las aplicaciones clínicas de las últimas.

Pueden distinguirse cinco tendencias:

1. Determinación de la infertilidad como psicógena después de la exclusión de las causas orgánicas.
2. Intentos de comparación psicológica de los sujetos con y sin afecciones somáticas que expliquen la infertilidad.
3. Repaso de algunos mecanismos psiconeurofisiológicos o endocrinos que aportan sostén científico a algunos casos de la denominada infertilidad psicógena.
4. Investigación psicológica en profundidad de las parejas involuntariamente sin hijos; en una perspectiva histórica, su desarrollo psicológico, emocional y biológico; tomando en cuenta sus actuales dificultades y sus sentimientos durante las investigaciones somáticas.
5. Controversias sobre la atención para pacientes infértiles.

Muchos informes de autores británicos y norteamericanos, tienden a ser restrictivos en su clasificación de la infertilidad como somática, una vez que el examen clínico demostró ser satisfactorio, ampliamente así, arbitrariamente,

la brecha entre lo psicológico y lo somático (Matarazzo, 1986); algunos autores llegan tan lejos como para admitir solamente las consecuencias emocionales de un período prolongado de infertilidad, ignorando la posibilidad de psicogénesis. (Michel, 1974.)

Ya en 1982, Newman alertó contra la tendencia de no aconsejar la evaluación psicológica de una pareja hasta después de excluir las causas orgánicas; las alteraciones psicopatológicas deben ser identificadas de inmediato a través de los exámenes médicos y psiquiátricos y no solamente en ausencia de evidencias orgánicas. Esta divergencia en los criterios explica las discrepancias en las estimaciones de los denominados casos psicógenos, que varían de un 5 a un 50 por ciento. (McIntyre, 1983.)

El análisis psicológico comparativo de dos grupos de mujeres infértiles, uno sin causas físicas detectables y otro considerado como somático (después de cirugía o no), dio resultados paradójicos. Ciertas entrevistas psiquiátricas no mostraron diferencias en el primer grupo con respecto al perfil de la personalidad o la frecuencia de neurosis. Sin embargo, varias investigaciones psiquiátricas revelaron alteraciones de la personalidad en las esposas

y/o maridos con antecedentes de conflicto y trauma, sentimientos de frustración, mucha ansiedad y, especialmente, obvios desajustes emocionales.

Son temas de estudio para los investigadores interesados en los mecanismos biológicos básicos de la infertilidad psicógena.

El sistema límbico, el corazón del comportamiento humano, recibe y registra distintas emociones que después son orquestadas por el hipotálamo, reduciendo en ocasiones la secreción de LHRH y llevando a una secreción insuficiente de gonadotropinas (4% de las parejas infértiles), es más, el sistema nervioso autónomo puede actuar directamente sobre los órganos durante el estrés (Soifer, 1971.).

Además, se están empezando a comprender los mecanismos que actúan sobre el hipotálamo desde centros hipotalámicos como así también las correlaciones positivas o negativas entre los distintos neurotransmisores. Por ejemplo, el incremento de la prolactina después de un nivel de tensión emocional, a través de la acción de la serotonina que inhibe el sistema antiprolactina, tiene su parte en la calidad de la infertilidad en las mujeres y la función sexual en los hombres.

Un nuevo campo de estudio ha estimulado grandes esperanzas: el descubrimiento de las endorfinas. Demostraron que la β -endorfina, con su propiedad morfínomimética, es liberada al torrente sanguíneo por la glándula hipófisis al mismo tiempo que la ACTH cuando se produce el estrés.

El problema de las mujeres que involuntariamente no tienen hijos fue analizado por Deutsch (1989), quien observó características relacionadas con el desarrollo pasado y el nivel emocional actual de estas mujeres; una alterada primera relación con la madre, las niñas siguen siendo a la vez dependientes y hostiles hacia sus madres, con inmadurez sexual, con mala integridad de la identidad femenina y el sentido de la maternidad. Los principios fundamentales de estos conocimientos básicos fueron revisados y confirmados en informes más recientes (Romn, 1991). Se sabe que en muchos casos el deseo consciente por un hijo esconde un rechazo inconsciente o una actitud ambivalente hacia la maternidad. Así, la historia personal de estas mujeres muestran una situación de frustración en la familia, una relación ambigua con sus madres, lazos idealizados con sus padres y una atmósfera emocional conflictiva con numerosas pérdidas o separaciones.

Su nivel tímico se caracteriza por una elevada ansiedad, la falta de espontaneidad y una tendencia más pronunciada a la depresión que entre los grupos controles de mujeres fértiles. Ellas consideran a la infertilidad como un castigo: "una mala madre se las toma en contra de su hija secándola por dentro.. dejando infertil" (Deutsch, 1989).

Alvarez (1988) observó que las mujeres infértiles eran reservadas, menos francas, más rígidas que otras mujeres, y sensibles al fracaso. Siguen estando dedicadas a su familia y tienen dificultades para ser objetivas sobre ellas. Más aún, las mujeres infértiles muestran numerosas alteraciones psicósomáticas en los sistemas genitales u otros.

Los maridos de las parejas infértiles han pasado a ser, desde hace poco tiempo, el tema de los estudios, ya que a menudo son responsables por unos casos de infertilidad (25% de acuerdo con Steeter, 1986), y también porque la mayoría de ellos tienen problemas para aceptar las pruebas a las que deben someterse y las insistentes demandas de sus esposas.

Carrizo en 1981, estudió el antecedente familiar del varón, observó la presencia de tempranos problemas nutricionales y a menudo madres domi-

nantes y exigentes, que desarrollan ansiedad en sus hijos respecto de "hacer las cosas mal". Posteriormente los hombres repiten la misma actitud en su matrimonio, teniendo dificultades para ser agresivo, siempre pidiéndole permiso a su esposa, quien se haría más fuerte así, lo que sólo consigue hacerlo más ansioso y más sumiso. Durante las investigaciones de infertilidad, esta ansiedad puede provocar sentimientos de depresión en el marido y un deterioro en la espermatogénesis aun más acentuada por la "violación de su vida privada" y las demandas médicas para que eyacule al series requerido. Esto lleva a relaciones sexuales menos frecuentes e incluso a la impotencia.

Por otro lado, se arrojaron nuevas luces sobre los aspectos psicossomáticos de la infertilidad a través de estudios recientes sobre los perfiles de las parejas infértiles; Fernández (1981); entrevistó a un grupo de 2 500 parejas infértiles no investigadas en su primera consulta en un enfoque global, tanto físico como psicológico, lo que incluía una entrevista analítica inmediata y pruebas emocionales. Se centralizó la atención en las interacciones de la pareja que se consideraron como una estructura específica con su autoridad, oposiciones y similitudes, divididas en cinco categorías. Dominaban algunos

factores, como el deseo de tener un hijo y su duración así como la vida sexual de la pareja. La infertilidad funcional representaba un 28% de los casos totales; el embarazo se produjo inmediatamente después de los exámenes diagnósticos (22%) o durante el ciclo menstrual observado (35%). El estudio se ocupa, principalmente, del daño así y a la pareja: la estabilidad, las frustraciones narcisistas, los problemas sociales y las depresiones se analizan con respecto a la imagen que cada sujeto tiene de sí y del otro. Los factores parecen variar de acuerdo con la edad de cada uno de los esposos, pero a menudo están relacionados. Aquí, como puede apreciarse en otros informes, la importancia de la infertilidad funcional puede ser vista como un mecanismo protector, y el significado de la concepción de un hijo "forzada por la mediación" como la consecuencia de una fantasía mesiánica (de ahí la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico que evalúe los riesgos ulteriores del embarazo). Además, el autor discute el rechazo y los mecanismos de proyección (con respecto al médico) usados por mujeres mayores que no desean conocer la infertilidad detectada.

Así como lo observa Usell (1974), la infertilidad psicógena es una afección en la cual las características típicamente emocionales no pueden ser detectadas por un médico que no recibió entrenamiento en psicología.

Sin embargo, cualquier consulta a un médico por infertilidad es en sí misma una causa de estrés que de por sí requiere una profunda evaluación psicológica. Incluso en el caso de una evidente causa orgánica pueden coexistir los factores psicológicos o fisiopatológicos, o interactuar por retroalimentación; deben anticiparse sus repercusiones sobre la psiques y sobre la sexualidad.

Al establecer el diagnóstico o el pronóstico es necesario considerar tres aspectos importantes: 1) edad de la mujer; 2) duración de la exposición al embarazo, y 3) factor médico etiológico. La fertilidad disminuye en las mujeres después de los 35 años. Streeter (1986) señaló un 4.5% de infertilidad en las mujeres casadas entre los 16 y 20 años; la frecuencia aumentó al 31.8% en las casadas entre los 35 y 40 años y después de los 40 años la infertilidad se acercó al 70 por ciento. Rara vez se observa un embarazo después de los 45 años y la edad máxima señalada para un embarazo a término es de

unos 52 años, con sólo 1 de cada 60 000 nacimientos en mujeres mayores de 50 años. Novak (1984) estudió a 200 pacientes de más de 50 años que habían sido sometidas a ooforectomía y encontró que en el 23% había pruebas histológicas de cuerpo amarillo reciente. Sin embargo, después de los 48 años había una ausencia casi informe de concepciones. Aún no se aclara la razón de este hecho, aunque quizá el óvulo en sí tenga una anomalía que determine su infertilidad. La mayor frecuencia de anomalías congénitas, tumores de la placenta y abortos en embarazos en las mujeres mayores al parecer apoyaría esta teoría. Sin embargo, Rechman (1980), comprobó un aumento de frecuencia de la insuficiencia luteínica al paso de los años, hecho que explicaría la infertilidad y la frecuencia de aborto.

La duración de la exposición del embarazo indica cuándo debe iniciarse la valoración por infertilidad y da cierta idea de su pronóstico. Un 25% de las mujeres se embarazará durante el primer mes de relaciones sexuales sin ninguna protección, el 62% en seis meses, el 75% en nueve, y el 80 a 90% en un año, y sólo un 3 a 5% adicional logrará embarazarse en los siguientes seis meses de exposición. La mayor frecuencia de coitos también aumenta la probabilidad de la fecundación: en el 83% de las parejas que tenían rela-

ciones sexuales cuatro o más veces a la semana, el embarazo se logró en menos de seis meses de exposición, mientras que en las que tenían relaciones menos de una vez a la semana sólo el 16% concibió en este mismo lapso. Un año de relaciones sexuales sin protección y a una frecuencia relativamente normal y sin que se logre el embarazo, es una indicación suficiente para emprender un estudio de infertilidad. En consecuencia, la edad de la mujer, y la duración de la infertilidad son indicadores pronósticos de la gravedad del problema. Por lo tanto, la principal preocupación en este estudio es establecer el factor médico causal. Es esencial recabar la historia y verificar una exploración física y ginecológica detallada. La entrevista inicial es quizá lo más importante de toda la investigación de la infertilidad, ya que en este momento se establece la base completa de información. Sin embargo, no menos importante es el desarrollo de la relación recíproca necesaria entre los pacientes y el médico para asegurar la franca cooperación entre la pareja con el investigador.

La investigación de una pareja infertil se inicia con la histología y la exploración física para descartar los principales estados médicos o ginecológicos. La historia adecuada incluye la edad de la pareja, la duración del matrimonio, la historia reproductiva de ambos y los resultados de cualquier

estudio previo. Es esencial hacer recabar la historia médica para aclarar las enfermedades importantes, el uso o la exposición crónica o toxinas, antecedentes alimenticios y normalidad de la función menstrual. Es necesario obtener un relato sincero de las relaciones y la conducta sexual de la pareja. Conviene entrevistar a los dos compañeros por separado primero, ya que quizá uno de los dos no desee revelar algunos detalles confidenciales en presencia de la otra persona.

Por ejemplo, algunas mujeres quizá no admitan haber tenido relaciones o embarazos premaritales y tal vez los varones no proporcionen voluntariamente cierta información sobre su fertilidad anterior o antecedentes de enfermedades venéreas.

La historia social de la pareja tiene importancia práctica debido a los costos e inevitables inconvenientes de la valoración de la infertilidad. Si ambos son empleados, en especial si difieren sus horarios de trabajo, quizá no sea posible que juntos acudan a algunas entrevistas o estén preparados para una prueba. Las ocupaciones también pueden tener importancia respecto a la exposición a toxinas, metales pesados, calor o radiación, así como a presiones emocionales, estrés. Es necesario considerar la religión de la pa-

reja infertil a causa de algunas prohibiciones religiosas. La obtención de una muestra de semen mediante la masturbación es un problema para algunos varones católicos y las parejas judías ortodoxas tienen prohibidas las relaciones sexuales en espacio de los siete días consecutivos a la menstruación. Quizá sea necesario obtener un permiso sacerdotal para que el varón católico proporcione una muestra de semen; se puede tratar a las judías ortodoxas que ovulan durante el tiempo de abstinencia obligatoria después de la regla si se retrasa la ovulación con estrógenos.

CAPÍTULO 3

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA

Debido a la educación psicosocial en E.U.A., la mujer generalmente se considera responsable, en primer instancia de la falta gestacional y también es la primera que busca atención médica. Por lo contrario, el hombre puede mostrar su incapacidad de encarar la posibilidad de ser febril rehuyendo su estudio.

Son frecuentes diversos sentimientos en pacientes infértiles, los que en principio pueden ser de sorpresa, negación y aislamiento, seguidos de enojo, sentimiento de culpa, depresión e incluso pesadumbre. Con la solución adecuada de estas reacciones, puede ser que se acepte la situación, pero es indispensable que el médico comprenda el poderoso impacto emocional de enterarse que uno no puede tener descendencia. Con mucha frecuencia sim-

plemente se deja a la pareja sin conocimiento de la realidad. Después de una valoración exhaustiva de la infertilidad, el médico debe practicar cuidadosamente y honestamente con la pareja respecto a sus posibilidades de procreación. Con frecuencia, la valoración aludida carece de tal culminación y se deja a los pacientes sin una idea clara de sus posibilidades de concebir. Dicha situación incierta puede ser peor que el conocimiento de que no se puede tener descendencia.

La infertilidad tiene efectos importantes sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima, tanto en hombres como en mujeres. Algunas mujeres pueden considerar la maternidad como expresión última de su identidad biológica y sin duda algunos hombres consideran la paternidad como afirmación suprema de su masculinidad. Es por ello que el conocimiento de su incapacidad para la procreación puede tener consecuencias psicológicas para uno o ambos miembros de la pareja que lleguen más allá de la simple ausencia de niños o de la función de crianza de los mismos y alterar sus conceptos de sí mismos como seres humanos valiosos (Benson, 1985).

Pueden surgir problemas adicionales durante el período de estudio. El tener relaciones sexuales de acuerdo a un programa establecido por el médi-

co puede eliminar la espontaneidad de dicha manifestación amorosa. Lo que es más, saber que después del coito se llevará a cabo una exploración, puede dar lugar a impotencia. La preocupación excesiva respecto al registro de la temperatura corporal basal puede transformar la vida marital en algo tedioso. El médico debe tener cuidado para mantener y apoyar la interrelación entre marido y mujer, independientemente del tipo de tratamiento utilizado para la infertilidad.

Sin embargo, es muy poca la información que existe sobre el papel de los factores psicológicos en la infertilidad. Ciertamente, hay acuerdo general que los factores psicológicos pueden tener un impacto adverso sobre los niveles de infertilidad. Científicos sociales en una amplia variedad de disciplinas, que van desde geografía y economía, antropología y sociología, discutieron la relación en ámbitos particulares, atribuyendo la menor infertilidad al estrés asociado con la vida nómada o con la industrialización. A la inversa, se planteó la hipótesis de que la elevada fertilidad de las parejas recién casadas se debe a la falta de estrés (Bess, 1974), como ocurre en la fertilidad excepcionalmente elevada de los huteristas norteamericanos.

Los clínicos también debatieron sobre la proporción de infertilidad debida o explicada por el estrés psíquico. Labrador (1984) informa que la estimación modal es que el 18 a 30% de la infertilidad tiene un componente de estrés psíquico. Sin embargo, la revisión de Macia y Mendez (1986) de 16 estudios demostró que la fluctuación variaba desde el ginecólogo que informaba que el 1% de sus pacientes tenía conflictos psíquicos, al psiquiatra que informaba que el 67% de sus pacientes evidenciaban una dinámica emocional característica de la infertilidad funcional.

Resulta muy difícil ver como sería posible aportar evidencias satisfactorias de los factores psicosociales como causa significativa de la infertilidad en personas o poblaciones. Existen dificultades evidentes de la distinción entre la causa y el efecto. Cualquier persona que ha tenido el tiempo suficiente para establecer su propia infertilidad a pesar de la falta de barreras fisiológicas también habrá tenido meses o años de espera durante los cuales ha habido ocasión para que desarrolle síntomas psicológicos como consecuencia de la amenaza de infertilidad. Todas las evidencias retrospectivas de que lo infértil se caracteriza por una incidencia elevada de síntomas psicológicos es

sospechoso. Normalmente deben hacerse todos los intentos por descartar la posibilidad de una causa física involuntaria antes de hablar de una causa psicológica. Es una carga muy pesada para el paciente el que se le diga que el problema está en su mente a menos que también esté una rápida cura.

En la vida real hay muy pocas situaciones experimentales naturales en las cuales sea posible controlar el impacto del estrés psicológico sobre la fertilidad en el aislamiento de alteraciones simultáneas en otros factores. Fernández (1981) planteó que el 40% de reducción en el porcentaje general de nacimientos en Bangladesh durante la hambruna de 1974 a 1975 era atribuible, principalmente, a una reducción en el porcentaje de concepciones, que en parte se debía a la ansiedad asociada con las condiciones de crisis. Sin embargo, en una emergencia de este tipo era inevitable la existencia de un número de factores posibles de influir sobre la fertilidad que también estaban sujetos a cambios. Los niveles nutricionales para las mujeres, que de por sí estaban muy bajos, cayeron aún más; se redujeron las frecuencias de los coitos, en parte porque los esposos se encontraban lejos buscando trabajos pagos y en parte por el estrés; además, también es muy probable que la cali-

dad de los datos relacionados con los nacimientos estuvieron alterada por el impacto general de la crisis.

Claramente, el estrés psíquico no es el único factor psicológico que podría promover la menor fertilidad. En su libro dedicado a una extensa revisión de la literatura ligada a la psicología y la fecundidad inferior a la normal, Vidal (1984) expone la relación entre el estrés psíquico y la incapacidad coital, la imposibilidad de concebir y la pérdida de embarazo antes de pasar a revisar los posibles impactos de la psicosis, las desviaciones sexuales, el alcoholismo, el consumo de cigarrillos y el abuso de drogas. Esto claramente comprende una idea amplia de las posibles relaciones causales. Sin embargo es imposible una estimación exacta del impacto cuantitativo de la psicopatología sobre la fecundidad de la población, en la actualidad, por los problemas inherentes a la investigación, especialmente la falta de datos.

Tener un hijo es dar sentido a la vida de uno como persona y como pareja, con un hijo, se continua la estirpe de la familia, los padres encuentran su lugar en el orden genealógico y perpetúan la vida que se les dio, pagando así una deuda. El advenimiento de un hijo implica una organización totalmen-

te nueva, al mismo tiempo que este nuevo ser prolonga la historia de la familia. Es un individuo nuevo, con su parte de elementos desconocidos e impredecibles.

La pareja proyecta sus nuevos deseos en el hijo por venir. Debería tener la profesión que ellos hubieran querido ejercer, tendrá éxito donde ellos fracasaron y será feliz donde ellos no lo fueron; en una palabra, él los resarcirá por sus deficiencias y fracasos y sea el depositario de su amor.

Ser infertil implica no tener un hijo cuando se le programa. En los tiempos actuales, que vieron el advenimiento de una anticoncepción efectiva, las parejas comenzaron a ver a la concepción como un dominio sobre el cual ellos tienen un control completo. Ven muy rápidamente cualquier incapacidad para concebir como un fracaso y vienen mucho más temprano a la consulta sobre infertilidad. El problema tiene que ver más con lo que la pareja está experimentando a nivel consciente y subconsciente que con el diagnóstico médico de infertilidad ¿Sería distinto si supiera que el 80% de las parejas fértiles que desean el embarazo lo logran dentro del primer año y el 90% en el segundo? Para muchas parejas, sin embargo, este esquema impuesto por

la naturaleza no está de acuerdo con los planes de su propia vida y su sorpresa y anonadamiento iniciales pueden dar lugar a la impaciencia y al enojo.

Es aquí donde entran en juego varios factores subconscientes que determinan el deseo de un hijo y muy a menudo entran en conflicto con los distintos fundamentos concernientes al momento más adecuado para iniciar una familia. Lo que no se considera en esta idea es que el hijo siempre existió en las fantasías de la mujer. Este efecto básico, esto es, el deseo de tener un hijo, está predeterminado por el pasado de la mujer ya que se refiere a su primera relación con su madre con la cual pudo, o no, haberse identificado. A través de esta adhesión inicial con su padre, sobre quien desplegó por primera vez sus encantos, fue confirmada en su futura capacidad de convertirse en una mujer. Si fue rechazada o dejada de lado por él, su futuro como mujer puede haber estado en peligro.

Con las primeras menstruaciones, la niña ya está anticipando con placer o temor el irreal distante y aun así, activamente presente, hijo que sueña te-

ner. Esto explica la confusión que puede experimentar si su ciclo es irregular o doloroso.

La imagen que la mujer retuvo de sus padres posibilita el entendimiento de sus problemas de identificación y arroja alguna luz sobre su relación con su médico.

La imagen de una "madre mala" aparece en la mujer que siente que no fue querida, que su madre no quería tener hijos, intento tener un aborto, hubiera preferido un varón. Desde 1921, la afirmación de Gorddeck de que "cuando uno odia a su madre tiene miedo de su hijo" ha sido bien reconocido entre los terapeutas. (Buela, 1991.)

Por lo contrario, ocasionalmente, la imagen de una madre buena es todopoderosa, hasta el punto en que la relación fusionada madre-hija se perpetúa en el tiempo. En este caso la maternidad es una amenaza porque desplaza a una mujer de su nivel de hijo, con la perspectiva intolerable de la desaparición de la generación mayor y en particular de la madre, cuando la última sigue siendo un objeto de amor infantil. De igual manera, está la incapacidad de la mujer para abandonar su amor por su padre. Este tipo de mu-

jer tiende a seleccionar una pareja que se le parezca a él. El hijo con el que fantasea es el hijo de su padre y en consecuencia, el objeto de un tabú.

En otras parejas, la infertilidad es sintomática de la estabilidad de su relación. Desean tener un hijo para prolongar o revitalizar su matrimonio, pero se desarrolla la infertilidad, enmascarando o revelando sus conflictos maritales.

También ocurre que se formen parejas alrededor del deseo inconsciente de no tener un hijo. Entre relaciones de pareja donde hay un rechazo subconsciente de un hijo, aparte de relaciones padre-hijo o edípicas, puede observarse una relación marital simbiótica del tipo madre-hijo. En algunos casos, el marido puede expresar su falta de deseo de ser padre negándose a someterse a las pruebas. Aún cuando este rechazo no sea verbalizado, es percibido por su esposa. El marido puede superar sus sentimientos negativos después de una adopción, por ejemplo, cuando descubre la satisfacción de ser padre. Incluso si el deseo de tener un hijo es instintivo en todas las mujeres, a menudo se le ve bajo distintas ópticas. Así, algunas mujeres dicen que desean tener un hijo cuando, de hecho, sólo quieren quedar embarazadas,

para demostrar que tienen un cuerpo adulto y son capaces de procrear. El propio embarazo es visto como un momento de plenitud y una aventura que la mujer está deseando experimentar, pero en su psiques no hay espacio para un hijo real. Otras mujeres, por otro lado, quieren tener un hijo sin experimentar las molestias del embarazo y no pueden aceptar los cambios que sufrirán sus cuerpos durante la gestación. No pueden adaptarse al hecho de dejar de fumar o suspender sus actividades profesionales o deportivas. El sentimiento de estar siendo habitadas por un extraño está tan cargado de ansiedad que inconscientemente rechazan la aceptación del embarazo ya que, para ellas, representa un fenómeno que una vez que comenzó ya no puede ser controlado. En este grupo de mujeres se registran abortos reiterados, partos prematuros y niños hipotróficos.

Hemos visto que los factores que impiden que el deseo de tener un hijo se convierta en realidad se deben, fundamentalmente a conflictos no resueltos en la mujer. El médico esta obligado a entender los sentimientos expresados a nivel consciente como así también la angustia y las tendencias masoquistas subyacentes. Si bien algunos casos requieren ayuda psicológi-

ca especializada para resolver el conflicto, la mayoría de las pacientes pueden ser tratadas por un ginecólogo perceptivo que sea capaz de evitar la interferencia activa.

Independientemente de que la infertilidad pueda ser atribuida a la mujer o al hombre, ambos miembros de la pareja están desolados por el descubrimiento que puede alterar el equilibrio de la pareja (Insler, 1988).

La sorpresa es el primer sentimiento expresado en una sociedad donde está tan difundida la anticoncepción, la fertilidad se considera un hecho, y el único problema está en controlarla. Para aquellos acostumbrados a superar todos los obstáculos, esta situación en la cual su deseo se desvanece, puede aparecer como intolerable.

La negación es también un sentimiento que es presentado por la pareja infertil y comúnmente se escucha "esto no puede estar pasandome a mí" es la relación que se observa a menudo ante un problema insoluble. Este sentimiento de negación se evidencia en algunos casos de parapraxia. Algunas parejas, por ejemplo, cuando buscan una segunda opinión, "olvidan todos sus descubrimientos", mientras otras traen los papeles pero se niegan a

aceptar el diagnóstico dado por el médico anterior. El médico debe entender que todo esto es una negociación y un mecanismo de defensa que permite a la pareja adaptarse a una nueva situación traumática. Cuando la negación se prolonga, hay riesgo de descompensación psicopática.

Otro sentimiento es el enojo que puede estar dirigido al médico que investiga, dirige y trata al paciente como a un niño, impone exámenes y tratamientos. A menudo el enojo enmascara sentimientos de intenso dolor y pena que no se puede reconocer. El médico comprensivo sabe oír las recriminaciones de la pareja agresiva es de por sí terapéutico.

El sentimiento de aislamiento es una manifestación que se origina a menudo a partir de la negativa de la pareja de discutir sus problemas con sus familias o amigos por distintas razones, como la vergüenza, el miedo a recibir un consejo inadecuado o el miedo a convertirse en el objeto de lástima. La pareja infertil siente que están solos al no ser capaces de tener un hijo o no cumplir los deseos de sus familias o conformar las expectativas de su miedo. Para la mujer puede ser cada vez más difícil tolerar los embarazos y

nacimientos entre sus familiares y amigos y escuchar conversaciones sobre los hijos en su círculo de amistades.

También el sentimiento de culpas un factor importante, ya que por esta razón por lo regular no discute su problema, puesto que se sienten culpables del mismo. Dado que la gente necesita a menudo encontrar una razón para que las cosas que le suceden, intentan descubrir por qué están siendo castigados. Algunas de las razones citadas por Menning incluyen el sexo prematrimonial, la anticoncepción, el aborto, las enfermedades venéreas, la masturbación, la homosexualidad e incluso el placer sexual. Esta culpa puede explicar por qué en la paciente que desea "hacer lo que sea" logra el embarazo, o que se ofrece para procedimientos experimentales o peligrosos, debe sospecharse que desean aplacar la culpa.

La obsesión juega un papel muy importante, puesto que en algunas mujeres, toda la energía se centra en el deseo de quedar embarazadas sus actividades se convierten en una serie de obsesiones y rituales, por ejemplo curvas de temperaturas, fechas de ovulación, sexo por pedido limitado a la fase fértil, citas con el médico, toma de medicaciones. Cuando inexorable-

mente se produce menstruación entran cada vez en el ciclo infernal del cual han desaparecido el deseo y el placer sexual.

Por último Andrea (1972) describe el estado de depresión y pena que sigue a la incapacidad de tener un hijo. Es una clase muy particular de pena, que comprende la pérdida de una vida potencial, que habría continuado la estirpe familiar y hubiera posibilitado superar la propia mortalidad.

Menning refuerza los problemas de las parejas que no se sienten libres de lamentarse. Ellas insisten en forma correcta, en los errores que el médico debería evitar, por ejemplo, indicando prematuramente la adopción como una alternativa o dejando que persistan dudas por demasiado tiempo respecto a que podría producirse un embarazo. En ambos casos, no se puede proceder al estudio de la pena.

En consecuencia, las parejas pasan por período de crisis intensa que puede influir en su fertilidad y repercutir sobre su vida sexual, creando nuevos factores de infertilidad que no existían antes.

Si no se resuelve la crisis de la infertilidad, la pareja entra en un círculo vicioso en el que los síntomas se agravan por problemas psicológicos y, a su

vez, agravan la ansiedad y la frustración. La castración es sentida por la mujer y el hombre. Lo experimentó el 69% de las parejas informadas en el estudio de Balles (1985). La crisis de la infertilidad queda resuelta cuando la pareja es capaz de poner infertilidad en perspectiva y cuando la libido queda involucrada en otros centros de interés. Es paradójico, pero en ocasiones, cuando se logra esta sublimación, se produce el embarazo.

Independientemente de que los problemas sexuales en el hombre existieran desde antes o después de diagnosticada la infertilidad en la pareja.

El descubrimiento de una muestra de espermias deficientes a menudo provoca impotencia o problemas de eyaculación en el hombre. En consecuencia se debe de ser muy cauto cuando informan a un paciente masculino que su esterilidad es definitiva ya que el paciente puede reaccionar cometiendo suicidio o algún equivalente del suicidio. Otros pacientes pueden desarrollar alteraciones neuróticas depresivas o incluso psicóticas.

En ocasiones, la pareja no logra informar sus problemas sexuales durante la primera visita por modestia, ignorancia o vergüenza. En el examen, se comprueba que la mujer es virgen o sufre de vaginismo. Ocasionalmente,

sólo después de varias pruebas poscoitales negativas, se descubre que el marido es impotente o incapaz de eyacular.

Es más la importancia atribuida a las relaciones sexuales durante los exámenes y el tratamiento de la infertilidad también crea problemas. Algunas parejas centralizan toda su vida sexual en los días fértiles de su ciclo y ya no hacen el amor por placer. El marido puede sentir que está siendo usado para producir un hijo solamente. Pérez (1981) discutió la incidencia de estas alteraciones cíclicas de la función sexual que se producían en parejas que anteriormente no habían experimentado problemas sexuales. El síndrome de "esta es la noche" es bien conocido por las parejas infértiles. El médico debe estar al tanto de esto y suspender (momentáneamente) el tratamiento y control del ciclo hasta que su vida sexual vuelva a ser armónica.

En los hombres, así como también en las mujeres, el impacto emocional de la esterilidad puede crear un efecto negativo sobre la fertilidad. Todo médico ha visto casos de agravamiento progresivo de la oligoastenospermia que cedieron espontáneamente cuando cesó el tratamiento.

Habiendo ya señalado la hipótesis anterior, nos queda por determinar las interferencias psicológicas o los procesos psicosomáticos que se producen en algunos cuadros clínicos.

Han aparecido en la literatura muchos estudios sobre aspectos somáticos y psicológicos de la infertilidad de origen desconocido. Si las investigaciones psicológicas fueron reservadas para las parejas que sufren este tipo de infertilidad, se debe a la frustración del médico de no poder apuntar a la causa de la infección. Sin embargo, estos estudios dieron resultados variables.

La frecuencia de la infertilidad de origen desconocido fue estimada en un 10 a 20% por los ginecólogos para quienes el diagnóstico de esterilidad psicógena sólo es variable cuando se excluyen los factores orgánicos que llevan a la infertilidad.

Las parejas no tuvieron éxito en la concepción después de dos años, a pesar de las investigaciones normales, dan origen a muchas preguntas:

¿Qué está causando su infertilidad?

A continuación se discuten varios mecanismos posibles. Es discutible el que puedan ocurrir aislados o conjuntamente, y cambien de ciclo en ciclo con cada pareja.

Puede haber alteraciones en la vida sexual de la pareja, con relaciones sexuales a intervalos demasiado frecuentes o infrecuentes, falta de satisfacción para la mujer, su inmediata expulsión del líquido seminal, problemas en la eyaculación o cambios en el volumen o la calidad de los espermatozoides que se produzcan, fundamentalmente en el período fértil.

Puede haber alteraciones ovulatorias con ovulación prematura o tardía o luteinización del folículo con retención del óvulo (Mastrianni (1985); Craft y colaboradores, 1980). Recientemente Nuñez (1991) observó fracasos o anomalías de la fertilización y el primer desarrollo embrionario en algunos casos de fertilización *in vitro*.

mediante la intervención médica. Por el contrario, las economías en desarrollo las culturas tradicionales del tercer mundo, en algunas zonas, consideran a la infertilidad como un problema que altera la vida de toda la sociedad (Newman, 1982).

A su vez las estimaciones de la magnitud del problema de la infertilidad a menudo son imprecisas basándose en datos demográficos o las estadísticas de los servicios de salud pública. Los datos basados en clínicas u hospitales no indican la prevalencia del problema, a menos que se haga investigación de todas las parejas afectadas en todos los servicios que brindan atención para la infertilidad y a menos que la mayoría de las parejas que sufren este problema se sirvan de los servicios de esos centros.

Por otra parte, la información que existe sobre el papel de los factores psicológicos en la infertilidad es que científicos sociales de varias disciplinas (antropología, geografía, economía, sociología y psicología), discutieron la relación en ámbitos particulares, atribuyendo la menor fertilidad al estrés asociado con la vida nómada o con la industrialización. A la inversa se planteó la

hipótesis de que la elevada fertilidad de las parejas recién casadas se debe a la falta de estrés, como ocurre en la fertilidad excepcionalmente elevada de los huteristas norteamericanos.

Los clínicos también debatieron sobre la proporción de infertilidad debida o explicada por el estrés psíquico (Labrador, 1984), informan que la estimación modal es que el 18 a 30% de la infertilidad tiene un componente de estrés psíquico. Sin embargo, la revisión de Macia y Mendez (1986) de 16 estudios demostró que la fluctuación variaba desde el ginecólogo que informaba que el 1% de sus pacientes tenía conflictos psíquicos, al psiquiatra que informaba que el 67% de sus pacientes evidenciaba una dinámica emocional característica de la infertilidad funcional.

Resulta muy difícil ver cómo sería posible aportar evidencias satisfactorias de los factores psicosociales como causa significativa de la infertilidad en personas o en poblaciones. Existen dificultades evidentes en la distinción entre la causa y el efecto. Cualquier persona que ha tenido el tiempo suficiente para establecer su propia infertilidad a pesar de la falta de barreras fisiológicas también habrá tenido meses o años de espera durante los cuales

ha habido ocasión para que desarrolle síntomas psicológicos como consecuencia de la amenaza de infertilidad.

En la vida real hay muy pocas situaciones experimentales naturales en las cuales sea posible controlar el impacto del estrés psicológico sobre la fertilidad en el aislamiento de alteraciones simultáneas en otros factores. Fernández (1981) planteó que el 40% de reducción en el porcentaje general de nacimientos en Bangladesh durante la hambruna de 1974-1975 era atribuible, principalmente, a una reducción en el porcentaje de concepciones, que en parte se debía a la ansiedad asociada con las condiciones de crisis. Sin embargo, en una emergencia de este tipo era inevitable la existencia de un número de factores posibles de influir sobre la fertilidad que también estaban sujetos a cambios. Los niveles nutricionales para las mujeres, que de por sí estaban muy bajos, cayeron aun más; se redujeron las frecuencias de los coitos, en parte por el estrés; además, también es muy probable que la calidad de los datos relacionados con los nacimientos estuviera alterada por el impacto general de la crisis.

También existen factores sociales y de la conducta que frecuentemente fueron indicados como posibles contribuyentes a una incidencia elevada de infertilidad. Se cree que la mayoría de estos factores lleva a una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual con probabilidades de promover la infertilidad o la pérdida del embarazo. Estos factores incluirían corrientes migratorias sexualmente desbalanceadas, la urbanización, el trabajo bajo contrato, la prostitución, la promiscuidad y las luchas sociales, desde el tráfico de esclavos hasta las guerras de independencia. Se considera que otro grupo de factores induce a la infertilidad, aun en ausencia de enfermedad venérea, por el daño al tracto genital o enfermedad inflamatoria pélvica. Este grupo de factores se centra en la circuncisión o infibulación femenina (también denominada "circuncisión faraónica") y otras prácticas dañinas en el nacimiento, si bien también están implicadas las curas médicas tradicionales que comprenden tratamientos médicos y quirúrgicos de la vagina. El último grupo de factores contribuyentes se relaciona con todos los elementos que determinan la disponibilidad y utilización de los servicios de salud que pueden servir para contrarrestar el impacto de las enfermedades venéreas, la cirugía genital o prácticas antihigiénicas en el nacimiento.

Ahora bien como se ha visto con anterioridad, toda afección aguda, incluso más, una alteración patológica prolongada, crea o recrea una cadena de reacciones psicológicas inesperadas en los pacientes, las que influirán sobre la evolución de su enfermedad. Los médicos cualquiera que sea su especialidad nunca son los observadores neutrales o indiferentes que creen ser, por cuanto están comprometidos en el desencadenamiento del proceso debido a la imagen que los acompaña y al papel que esperan tener.

El problema de la infertilidad es un problema típico de esta compleja situación, ya que actúa a distintos niveles. Existen dos tipos de factores comprometidos; por un lado, hechos biológicos determinados por la persona (el organismo, la personalidad, el carácter) y por las especies (funciones fisiológicas, estructura biológica); y por otro lado la particularidad del orden social y cultural, caracterizadas por el proceso de socialización y dominación específicas a una sociedad, una clase o un grupo, pero que igual permite importantes variaciones "prácticas" (Usell, 1974).

Así, la sociedad intenta designar papeles a las personas en un sistema en el cual las mujeres deben aceptar la parte que les ha sido asignada y se

espera que admitan imperativos sociales. Pero los cambios dentro de una cultura influirán, hasta cierto punto, sobre la forma de experimentar el cuerpo a través de las prácticas educacionales, pedagógicas y médicas que determinarán, entonces, en este contexto, las diferenciaciones entre hombres y mujeres, los papeles respectivos de la sexualidad, la anticoncepción, la reproducción, trabajo, etcétera.

Estos requieren que las mujeres cumplan con las funciones asignadas a ellas en el medio social, de tal manera que suene concebible que en ciertas condiciones no pueden ser más que estériles cuando son incapaces de definirse con claridad con todas sus aspiraciones.

Esta interpretación de los factores sociológicos en la vida emocional de las personas puede ser armoniosa, o volverse conflictiva y dar origen a padecimientos sobre problemas vitales. Expondremos hasta que punto algunas alteraciones de la fertilidad podrían ser la expresión de estos conflictos.

A nivel emocional, las mujeres que no respetan las tradiciones, que no responden a la necesidad de filiación, deben enfrentarse con un problema nuevo; o posponer la reproducción para satisfacer otras necesidades, princi-

palmente materiales, o se revelan contra la tradición en apoyo de una imagen distinta de ellas mismas como iguales del hombre, lo que cambiará su experiencia de vida y la de su pareja. Así sus necesidades básicas quedan sin satisfacción y a menudo son reemplazadas por maniobras prácticas y decisiones racionales que entran en contradicción total con sus deseos más íntimos.

En consecuencia, la importancia de las necesidades de una mujer por tener hijos y sus pedidos al especialista "imperativos e inmediatos" están relacionados con el inexplorado campo del deseo, donde se entremezclan elementos de la realidad y la fantasía. El problema es aún más complejo por cuanto no solo compromete a la persona sino a la pareja, que opera como una unidad y la combinación de dos personas separadas, con sus diferentes historias, sufrimientos y necesidades emocionales.

La pareja está anonada cuando descubre que su decisión de concebir, en el período que racionalmente se calculó como el más adecuado, se estrella contra su incapacidad de lograr este deseo; rápidamente les da un sentimiento de fracaso. La imagen más o menos dramática que tienen de su

infertilidad se determina entonces, no solamente por su conocimiento de biología sino fundamentalmente, por su imaginación, las antiguas creencias y tradiciones que dieron origen al infame "mito de la infertilidad" (Soifer, 1971).

Esta es la razón por la cual la primera reunión con el médico es fundamental, ya que esta dominada por la experiencia de la persona y de la pareja, con profundas raíces en la historia personal y las demandas sociales. La pareja pone sobre los hombros del especialista todo el peso de sus dudas sobre su futuro reproductivo. A través de la imagen que proyecta el médico y su papel social especial, él puede permitirles tener un hijo.

La evaluación y tratamiento debe comenzar tan pronto como se identifiquen alteraciones evidentes, o bien puede posponerse, por ejemplo cuando se observen factores fácilmente corregibles, como el factor coital, debido a relación sexual poco frecuente. Generalmente, en los primeros 6 u 8 meses bastaría la evaluación con pruebas relativamente sencillas y no invasoras, así como el estudio radiológico de la permeabilidad tubárica (histerosalpingografía) que puede a veces tener un efecto terapéutico.

FALTA PAGINA

No 63 a la.....

CAPÍTULO 5

MÉTODO

SUJETOS:

Para la presente investigación se utilizaron 30 parejas infértiles, las cuales se clasificaron en dos grupos (grupo 1 y 2) dependiendo de sus características, es decir 15 en Proceso de Diagnóstico y 15 con Diagnóstico Establecido.

Las características de los hombres del grupo 1 eran las siguientes: tenían una edad que fluctuaba de los 25 a los 35 años, en donde la edad promedio era de 29 años. Con una escolaridad que variaba, esto es dos de los varones cursaron primaria, 6 secundaria, 4 bachillerato, 1 carrera profesional y 2 otro tipo de estudios. En cuanto a las mujeres del mismo grupo, la edad de ellas variaba de 23 a 32 años con una edad promedio de 27 años, donde solo dos de ellas cursaron primaria, 5 secundaria, 4 carrera técnica, 3 bachillerato y solo 1 carrera profesional. El tiempo de unión de las parejas vario de 3 a 8 años.

En cuanto al grupo 2 se observó que las edades variaron de 23 años a 32 en los hombres y la de las mujeres fue de 23 como mínima y 31 como máxima. Respecto a la escolaridad tanto del hombre como de la mujer también vario.

MATERIAL:

El material que se utilizó para evaluar las variables Ansiedad, Expectativas, Relaciones maritales y Relaciones sexuales fue el siguiente:

- Entrevistas.
- Cuestionarios para relaciones maritales, expectativas y relaciones sexuales.
- Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)

HIPÓTESIS

Hi = Se espera encontrar que las parejas que están en Proceso de Diagnóstico de Infertilidad van a manifestar más Ansiedad, decremento en sus Relaciones Maritales y Expectativas desfavorables, así como decremento en la satisfacción de sus Relaciones Sexuales.

Ho = Se espera encontrar que las parejas que tienen un Diagnóstico Establecido de infertilidad van a manifestar menos Ansiedad, Relaciones Maritales favorables al igual que sus expectativas y sus relaciones sexuales.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación se analizarán de la siguiente manera: Se inició con la entrevista a las parejas de ambos grupos, Grupo 1 (Proceso de diagnóstico) y Grupo 2 (Diagnóstico establecido), en donde se obtuvieron datos demográficos de edad, escolaridad y tiempo de unión de las parejas, así como actitudes y conductas importantes, es decir cómo es su comunicación, que situaciones difíciles han vivido, qué esperan lograr y obtener con el tratamiento.

Posteriormente se analizarán los datos obtenidos en el inventario aplicado; Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

En tercer lugar se presentan los resultados que se obtuvieron al aplicar el cuestionario sobre las expectativas que tiene la pareja con relación al matrimonio.

Para finalizar se analizarón los datos obtenidos en el Inventario de relaciones maritales, con el que se evaluó: Satisfacción en la vida sexual, la vida familiar, toma de decisiones, optimismo con respecto al matrimonio y comunicación de las parejas.

En los inventarios, entrevistas y cuestionarios que se aplicaron para evaluar ansiedad, expectativas, relaciones maritales y relaciones sexuales, se encontró que en general no existen diferencias significativas entre el grupo en Proceso de diagnóstico (grupo 1) y el grupo con Diagnóstico establecido (grupo 2), esto pudo observarse de acuerdo a la prueba estadística que se utilizó (prueba T), que permite observar si existen diferencias significativas entre las conductas evaluadas, además permite conocer inclusiones estadísticas (media o desviación estándar) y así aceptar o rechazar la hipótesis planteada (Campbell, 1988). Es importante considerar que para establecer las diferencias significativas se reconozca el siguiente supuesto:

- $P < .05$ Si hay diferencias significativas.
- $P > .05$ No hay diferencias significativas.

ANSIEDAD

El **Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)** (Spielberg y Díaz, 1975) señala que la dispersión de posibles puntuaciones varía desde una puntuación mínima de 20 puntos, lo cual representa baja ansiedad hasta una puntuación máxima de 80 puntos, que significa una ansiedad elevada; esta puntuación se considera en ambas escalas de ansiedad.

Se evaluó primeramente la Ansiedad, definida como una emoción activadora cuya función es poner alerta al organismo en presencia de un peligro, estimulando la capacidad de respuesta del individuo. El organismo la manifiesta como tensión, malestar, miedo hacia algo no determinado y en algunas situaciones los criterios que se evalúan son la intensidad, la proporción y la duración del estado de activación que sufre el organismo.

Se encontró que el grupo de parejas en Proceso de diagnóstico (grupo 1) presentaron una menor Ansiedad Estado (AE) que las parejas que poseían un Diagnóstico establecido (grupo 2).

Se puede observar que los hombres del grupo 1 presentaron un bajo puntaje de Ansiedad Estado (AE), fluctuó de 24 puntos como mínimo a 43 como máximo, con una media de 34.8 puntos. La frecuencia en la cual se presentaron las puntuaciones fue de una vez en la mayoría de los casos, sólo existieron 2 varones que obtuvieron la misma puntuación de 30 y 32 puntos respectivamente.

En cuanto a la Ansiedad Estado de los varones del grupo 2 se encontró un nivel ligeramente mayor que las puntuaciones obtenidas en el grupo 1, en el grupo 2 se obtuvo una media de 39.6 puntos con un puntaje mínimo de 25 y un máximo de 64. Al igual que el grupo 1 la frecuencia de presentación de los puntajes fue similar en la mayoría de los casos (Figura 1).

Dado lo anterior, se puede señalar que no existieron diferencias significativas entre el grupo 1 y grupo 2 [$T(28) = -1.35; p > 0.05$].

Con respecto a la Ansiedad Estado que presentaron las mujeres del grupo 1, se encontró una ligera puntuación mayor en comparación a las mujeres del grupo 2, ya que las mujeres del grupo 1 presentaron un puntaje mínimo

de 35 puntos y un máximo de 56 puntos, con una media de 43.3 puntos. Sin embargo, a pesar que las mujeres del grupo 1 presentaron mayor puntaje la diferencia no fue significativa con respecto al otro grupo [$T(28) = 3.30$; $p > 0.05$]. Al igual que los varones del mismo grupo la frecuencia fue igual en la mayoría de los casos.

Con Ansiedad Estado no existen diferencias entre los dos vaya, es preocupante ya que se esperaba que, por el tipo de proceso que pasan (Dx), hubiera más en el 1 en las 2 parejas.

Con relación a los puntajes obtenidos en Ansiedad Rasgo (AR) de los varones del grupo 1, no se encontraron diferencias significativas en relación con los varones grupo 2 [$T(8238) = -0.11$, $p > 0.05$] a pesar de que presentaron una ansiedad de 90 puntos.

Sin embargo, se puede observar que los varones del grupo 1, la mayoría de ellos presentaron un bajo nivel de Ansiedad Rasgo casi todos presentaron un puntaje por debajo de los 40 puntos y sólo 3 de los varones obtuvieron un puntaje superior a los 50 puntos lo cual significa que presentaron una

ansiedad moderada. En general, el grupo obtuvo un puntaje mínimo de 20 puntos y un máximo de 51 puntos con una medida de 33 puntos. Si se considera que los puntajes que proporciona el IDARE (Spielberg y Díaz, 1975), se puede observar que el grupo 1 se presenta ansiedad o bien es muy baja (Figura 2).

Las puntuaciones obtenidas por las mujeres del grupo 1 fueron bajas en la mayoría de ellas, esto es, de las 15 mujeres del grupo, un 86.75 obtuvieron una puntuación baja y sólo un 13.3% obtuvieron un puntaje alto de ansiedad rasgo. Como se puede observar en el cuadro 1, las mujeres obtuvieron un puntaje mínimo de 25 puntos y un máximo de 59 puntos con una media de 40 puntos. Solamente 3 mujeres obtuvieron 42 puntos y la frecuencia de presentación de los puntajes restantes fluctuó de 1 a 2, (Figura 3).

El nivel de Ansiedad Rasgo (AR) presentado por las mujeres del grupo 2 fue menor al obtenido en el grupo 1, la media en el grupo 2 fue de 36.8 puntos, el valor máximo de 54 puntos y el mínimo de 26 puntos, en cuanto a la frecuencia de la presentación de los puntajes, al igual que en los anteriores no varió en su distribución también se presentaron de 1 a 2 ocasiones (Figura 3).

ra 4). Dado lo anterior, no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres del grupo 1 y 2 [$T(28) = 0.72; p > 0.05$].

EXPECTATIVAS

Se evaluó el nivel de expectativas con relación al matrimonio en las parejas de ambos grupos. Tomando en consideración que las expectativas son conductas relacionadas con el logro, la aceptación de riesgos y el nivel de aspiraciones en cuanto al diagnóstico, esto fue posible con un cuestionario formulado (véase apéndice) el cual constó de 12 ítems y el puntaje varío de 1 a 46 puntos en donde a mayor puntuación significaba mayor nivel de expectativas.

Se puede observar que los varones del grupo 1, no presentaron diferencias significativas [$T(28) = 0.20; p > 0.05$] en relación con los del grupo 2 en cuanto al nivel de expectativas. Sin embargo, en el grupo 1 el nivel de expectativas varío desde 17 puntos como mínimo hasta 42 como máximo con una

media de 29.6 puntos. Esto es, de los 15 varones un 26.7% obtuvieron un bajo nivel de expectativas, lo cual indica que existen planes positivos en cuanto a su pareja, es decir, entre más se valore, se quiera y se respete cada miembro de las parejas podrán cumplir mejor sus expectativas.

Con respecto a los varones del grupo 2 se observó que el puntaje mínimo fue de 24 puntos y el máximo de 34 puntos, con una media de 29.2 puntos. La frecuencia de presentación de los puntajes mostró una distribución con gran variabilidad (Figura 5).

Con relación al nivel de expectativas de las mujeres del grupo 1 se puede observar que fue más bajo en relación al grupo 2, como se puede observar en el cuadro 1. En el grupo 1 las mujeres obtuvieron un puntaje de 21 puntos mínimo y 45 como máximo con una media de 30.5 puntos. Sin embargo fue ligeramente mayor el nivel de expectativas de las mujeres que el de los hombres del mismo grupo ya que sólo un 20% obtuvieron un nivel bajo de expectativas y el 80% restante manifestó un elevado nivel de expectativas (Figura 6).

En relación a las expectativas de las mujeres del grupo 2 el porcentaje de respuestas fue muy variado, la media obtenida fue de 27 puntos, el puntaje más alto de 33 puntos y el más bajo de 19 puntos. Por lo tanto se puede señalar que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos [T (28) = 1.,62; > p 0.05].

SATISFACCIÓN EN LA VIDA SEXUAL

La satisfacción en la vida sexual, hace referencia a conductas de pareja como el deseo sexual, el impulso sexual, orgasmo, masturbación, de tal forma que la pareja conozca qué tiene que pedir a su compañero, ya que dependiendo de como lo haga podrá darse una mejor relación entre ambos, si a algún miembro de la pareja le cuesta trabajo o no sabe cómo hacerlo quizá presente dificultad en su vida sexual.

Estas conductas fueron evaluadas con un Inventario de Relaciones de pareja proporcionado por la clínica universitaria de salud integral (CUSI), que constaba de 10 ítems, a las respuestas se les asignó un valor de 1 a 10 pun-

tos, sumando un total de 100 puntos, en donde a mayor puntaje la satisfacción en la vida sexual era mayor.

Se puede observar en el cuadro 1, que el grupo 1 tiene una mayor satisfacción en la vida sexual ya que sólo un 26.7% obtuvieron un puntaje por debajo de los 75 puntos, lo cual representaba una insatisfactoria vida sexual y el 73.3% restante recibieron una puntuación por arriba de los 82 puntos, con una media de 85.4 puntos, lo cual indica una vida sexual más satisfactoria.

Sin embargo, en el grupo 2 se encontró una media de 31.0 puntos con un puntaje que vario de 60 como máximo y 18 como mínimo, lo que indica que las parejas del grupo 2 tienen un nivel muy bajo de satisfacción sexual (Figura 7). Por lo que no se encontraron diferencias significativas [$T(28) = 12.87$; $p > 0.05$] entre ambos grupos.

SATISFACCIÓN DE VIDA FAMILIAR

En cuanto a la satisfacción en la vida familiar, se observa como está constituida la familia, quién maneja las reglas de la casa y cómo son los roles. El procedimiento de evaluación fue el mismo inventario que se empleó en la sa-

tisfacción sexual. En donde se encontró que el grupo 1 tiene más satisfacción que el grupo 2. En el grupo 1 el puntaje mínimo fue de 68 puntos, 100 como máximo y una media de 87.2 puntos. Un 80% de las parejas obtuvieron un puntaje elevado por arriba de los 80 puntos.

El grupo 2, a pesar de que alcanzó un puntaje máximo de 100 puntos, presentó una baja satisfacción en la vida familiar, ya que como mínimo obtuvieron 25 puntos y una media de 41.8 puntos (Figura 8).

A pesar de estos no se encontró diferencias significativas ya que se observó $[T(28) = 8.27; > p 0.05]$.

TOMA DE DECISIONES

En esta conducta principalmente se evaluó cual miembro de la pareja es el que tiene manejo de las decisiones de la familia y de qué forma se manejan, se encontró que el grupo 1 obtuvo una alta puntuación en el inventario de acuerdos sobre toma de decisiones; el puntaje mínimo fue de 57 puntos y el máximo de 100 con una media de 80.9 puntos. Sin embargo, en el grupo 2 el puntaje máximo fue de 50 puntos, así que de las 15 parejas del grupo 1, sólo

un 46.7% obtuvieron un puntaje por debajo de los 78 puntos y el resto varío de 85 a 100 puntos.

Sin embargo, en el grupo 2 las puntuaciones fueron más bajas ya que la media obtenida fue de 35 puntos con un puntaje mínimo de 24 puntos y un máximo de 50 puntos. en cuanto a la frecuencia de las respuestas, se observó que variaron de 1 a 2 veces (Figura 9). Encontrándose que no hay diferencias significativas entre ambos grupos de acuerdo a la prueba T [$T(28) = 11.30; p > 0.05$].

OPTIMISMO CON RELACIÓN AL MATRIMONIO

Con el optimismo en relación al matrimonio, se encontró que es el grupo 1 quien presenta un mayor puntaje, es decir mayor optimismo en cuanto a su matrimonio, que tan felices son, el tiempo que comparten juntos y que tanto interés muestran en su matrimonio.

En el cuadro 1 se puede observar que las diferencias no son significativas entre ambos grupos [$T(28) = 11.30; p > 0.05$]. El grupo 1 presento un puntaje mínimo de 67 puntos y un máximo de 100 puntos, 73.3% de las pa-

rejas obtuvieron un puntaje mayor a 80 puntos y sólo 3 parejas representaron el 26.7%, obtuvieron un puntaje de 70 y 67 puntos respectivamente con una media de 83.4 puntos.

Sin embargo, el grupo 2 obtuvo una media de 38 puntos, con un máximo de 83 puntos y un mínimo de 20 puntos (Figura 10).

COMUNICACIÓN

En esta conducta se han considerado factores muy importantes como el expresar verbalmente sentimientos de amor, afecto, confianza hacia el otro miembro de la pareja. Se observó en los resultados que el grupo 1 tiene mayor puntaje que el grupo 2. Lo cual se puede observar en el cuadro 1, en donde se muestra que las parejas del grupo 1 obtuvieron un puntaje mínimo de 72 puntos y un máximo de 100 con una media de 88.4 puntos. Sin embargo, en el grupo 2 el nivel de comunicación es muy bajo ya que tan sólo obtuvieron una media de 40.4 puntos con un puntaje máximo de 60 puntos y un mínimo de 25 puntos (Figura 11).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Observando que no existen diferencias significativas entre ambos grupos [$T(28) = 12.76; p > 0.05$].

En resumen, de las conductas evaluadas se puede señalar que aquellas parejas que se encuentran en Proceso de diagnóstico presentan una ansiedad moderada, una mejor comunicación con su pareja llevan de mejor forma su vida familiar y una mejor y más satisfactoria vida sexual.

Sin embargo, las parejas del grupo 2 con Diagnóstico Establecido presentaron menor comunicación, llevan una vida familiar insatisfactoria, en cuanto a la toma de decisiones no están de acuerdo la mayoría de las ocasiones, tanto su optimismo como sus expectativas con relación al matrimonio son muy bajas.

Asimismo se evaluó la relación entre la escolaridad, edad y tiempo de casados de ambos grupos, en donde se observó que existen correlaciones bajas como se observa en el cuadro 1.

Otras variables que presentaron correlaciones moderadas fueron la Ansiedad Rasgo mujer y escolaridad de la misma ($r = .5747$).

En la correlación de las variables de expectativas hombre y expectativas mujer su correlación fue de ($r = 0.7186$) como puede observarse en el cuadro 1. En cuanto al tiempo de casados y la satisfacción en la vida familiar la correlación también fue moderada ($r = .6914$). En la toma de decisiones y optimismo en cuanto al matrimonio su correlación fue de ($r = .6436$).

Con respecto a la satisfacción en la vida familiar, satisfacción sexual y comunicación con respecto al tiempo de casados su correlación fue respectivamente de ($r = .6914$), ($r = .5440$) y ($r = .5770$) lo cual indica que están correlacionadas moderadamente.

La toma de decisiones y comunicación fue de ($r = .7157$), en la satisfacción de la vida familiar, optimismo en el matrimonio y comunicación fue de ($r = .6768$) y ($r = .5872$) respectivamente.

Como se puede observar en el cuadro 1 las correlaciones que presentaban las variables del grupo 2 al igual que el grupo 1 son moderadas, describiendo las correlaciones más significativas para la presente investigación como son la comunicación y escolaridad de ambos, toma de decisiones y sa-

tisfacción de la vida familiar, satisfacción sexual y optimismo en el matrimonio, así como la satisfacción sexual y la correlación entre toma de decisiones, satisfacción en la vida familiar y optimismo en el matrimonio.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De acuerdo a ciertas investigaciones que se han realizado se ha encontrado que existe una gran variedad de factores que dan origen a la existencia de la infertilidad, así mismo se ha encontrado en algunos estudios e investigaciones resultados satisfactorios para la solución de dicha incapacidad, tanto en los hombres como en las mujeres.

Sin embargo, una gran parte de las parejas se han enfrentado a un grave problema al ver que no pueden procrear familia, lo cual en la mayoría de los casos no saben cuál o quién es el problema, por lo que algunas parejas, no todas, acuden al servicio médico para exponer su problemática.

En algunos casos las afecciones que presentan son irreversibles como la esterilidad, que se presenta cuando la procreación es absolutamente imposible. Sin embargo, en otros casos puede ser reversible con la ayuda de un tratamiento médico.

Insler (1968) señala que es necesario considerar la infertilidad como un problema de dos personas, por lo que las investigaciones siempre deben hacerse conjuntamente. En la presente investigación se observó que la cooperación fue mutua en todas las parejas desde las entrevistas, la aplicación de inventarios y sobre todo la decisión de acudir al servicio fue de la pareja, la cual les permitió de alguna forma modificar sus ideas, pensamiento, sentimientos y aceptar la situación de forma responsable y conciente.

La infertilidad es un problema que afecta a la pareja modificando sus pensamientos y sentimientos que van de lo positivo a lo negativo, esto se observó en la presente investigación, ya que las parejas del grupo 1 (Proceso de Diagnóstico) poseen un alto nivel de expectativas, su comunicación es favorable, hay una mejor interacción familiar, lo cual les ha permitido una vida más satisfactoria.

Sin embargo, las parejas del grupo 2 (Diagnóstico Establecido), que ya pasaron por el proceso de diagnóstico, tienen conductas más negativas, su Ansiedad es mayor, sus expectativas son desfavorables, existe una mala co-

municación entre la pareja; se deriva que su relación como pareja es insatisfactoria y afecta en gran parte la interacción adecuada de la pareja.

Lo anterior confirma lo que encontró Buela (1991), sobre el enfoque de las causas de la infertilidad en la pareja, señala que se debe asignar la responsabilidad a la pareja, ya que siempre hay una interacción que influye en los sentimientos de ambos. Esta interacción se expresa en varios niveles de su relación; cómo experimentan la infertilidad sus reacciones emocionales y sexuales.

Se ha observado también muy frecuentemente en los pacientes con infertilidad que presentan sentimientos como los que manifestaron las parejas de ambos grupos de la presente investigación, estos son asombro, enfado, sobre todo el hecho de culpar a terceras personas o bien negarlo, principalmente los varones e incluso no es muy fácil que asistan a la consulta, es a base de convencimiento como se logra que lentamente se asimile la situación y se sometan a una serie de estudios y posteriormente a un tratamiento.

Sin embargo, el hecho de acudir al médico no significa que el problema esté resuelto puesto que se presentan problemas donde el psicólogo puede

presentar una importante ayuda, ya que presentan sentimientos negativos y cambios en su conducta, esto se observó principalmente en el área sexual que como afirma Benson (1985), el tener relaciones sexuales de acuerdo a un programa establecido por el médico puede eliminar la espontaneidad de dicha manifestación amorosa, o bien saber que después del coito se realizará una exploración puede dar lugar a impotencia o bien el excesivo registro de la temperatura corporal basal puede transformar la vida marital en algo tedioso y difícil de sobrellevar.

Así algunos si no es que todos los pacientes o parejas necesitan una atención psicológica especializada con el fin de trabajar los conflictos relacionados con las dificultades en la maduración e identificación del problema, para poder evitar que se desarrollen estados de ansiedad, inhibición u otros estados negativos.

En la presente investigación se observó que los pacientes que se encuentran en Proceso de Diagnóstico presentan menor ansiedad, mayores expectativas, mejor comunicación mayor optimismo en cuanto a su matrimonio y una vida familiar y sexual más satisfactoria, no importando el nivel so-

cioeconómico, el nivel de estudios y la edad de la pareja. En comparación con aquellas que poseen un diagnóstico establecido de infertilidad, lo cual merma sus expectativas, su relación de pareja, ya que este diagnóstico les informa sobre el tipo de infertilidad a la que se están enfrentando, sin embargo, con la ayuda de un tratamiento pueden llegar a procrear un hijo.

Es importante mencionar que el psicólogo puede representar un papel muy importante puesto que ayuda a que estas parejas enfrenten tanto el proceso de diagnóstico como un tratamiento con una menor carga emocional, como a la que se han venido enfrentando desde hace tiempo, por lo cual se puede realizar un trabajo multidisciplinario con la ayuda de otros especialistas para que las parejas puedan enfrentar el problema desde una perspectiva positiva o bien puedan realizar un tratamiento sin tantas ideas erróneas o de rechazo que no permiten llevar a buen término el producto concebido.

Se ha considerado que el psicólogo debe tener un espacio dentro de la recuperación de los pacientes con infertilidad que se considera indispensable para esta recuperación o tratamiento, ya que frecuentemente el psicólogo juega un papel secundario dentro de estas situaciones, ya que se ha obser-

vado que en las clínicas se enfocan más al aspecto médico, esto es a las afecciones o padecimientos fisiológicos dejando de lado todas las repercusiones que puede traerle a un paciente este tipo de problema. Además, por otro lado, el solo hecho de presentar una problemática de esta índole causa cambios en nuestra conducta, además de molestos estudios, interrogaciones y tratamientos que el médico realiza al paciente que llevan finalmente a presentar una serie de conductas negativas.

En los resultados se observó un gran número de diferencias de las conductas evaluadas entre el grupo de parejas en Proceso de Diagnóstico de Infertilidad y aquellas que poseían un diagnóstico establecido.

En la Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, ya que ninguno de los dos presentaron una Ansiedad elevada, es decir, la puntuación máxima fue por debajo de los 60 puntos. Sin embargo, en el grupo de parejas con Diagnóstico Establecido se encontró una mayor puntuación de Ansiedad como se puede observar en las figuras correspondientes a Ansiedad Rasgo y Estado en el apéndice.

En el área de Expectativas con relación al matrimonio no existe una divergencia considerable entre ambos grupos, sin embargo existen algunas diferencias en cuanto al nivel de expectativas presentadas por los hombres y las mujeres del grupo 1. Las mujeres mostraron mayores expectativas que los hombres del mismo grupo estas diferencias son causadas posiblemente por un lado, por el rol que se otorga a la mujer dentro del matrimonio esto es que ella es responsable de la procreación por lo que al desconocer aún el tipo de problemática a la que se está enfrentando tiende a tener ciertas expectativas, esperanzas e ilusiones en cuanto a su vida futura como esposa y madre, es por ello que al estar en Proceso de Diagnóstico manifiestan expectativas positivas en cuanto a su matrimonio; sin embargo, al enterarse de su problema de infertilidad esas expectativas disminuyen y al encontrarse con un Diagnóstico Establecido de Infertilidad, las esperanzas, ilusiones y expectativas decaen.

Con respecto a la comunicación se encontraron diferencias entre las parejas en Proceso de Diagnóstico y Diagnóstico Establecido, puesto que las

primeras mostraron una mayor comunicación que las segundas. Estas diferencias posiblemente son a causa de que las parejas del grupo 2 (Diagnóstico Establecido) mostraron sentimientos de depresión, ansiedad, baja autoestima y por otro lado no existe un entendimiento mutuo en lo que quieren comunicarse, no expresan sus gustos o agrado por determinada acción que su cónyuge hace por su pareja, no saben escuchar ni manifiestan interés por lo que su pareja piensa, siente y hace y no se sienten en libertad de expresar lo que piensan, esto se puede observar en el inventario correspondiente a Relaciones Maritales (véase apéndice).

En cuanto al optimismo en relación al matrimonio, al igual que en las áreas anteriores también se encontraron diferencias, puesto que el grupo 1 (Proceso de Diagnóstico) obtuvieron un puntaje mayor que el grupo 2 (Diagnóstico Establecido), lo cual indica un mayor optimismo en cuanto al matrimonio. Este optimismo se refiere en cuanto a qué tan felices son en su matrimonio, que tan comprometidos están y que tan felices son cuando están con su pareja, entre otras.

En toma de decisiones se presentaron elevadas puntuaciones en las parejas en Proceso de Diagnóstico lo cual indica un mayor acuerdo en la toma de decisiones que las parejas del grupo de Diagnóstico Establecido. Estas diferencias sugieren atribuirlo a la mala comunicación que existe entre las parejas del grupo 2 y del bajo optimismo que tienen en sus relaciones maritales. Estos desacuerdos se refieren en cuanto a la toma de decisiones en cuanto a donde viven, si trabaja o no la esposa, en dónde y cuánto tiempo trabaja la esposa, el número de hijos, cuándo tener contacto social con amigos o con la familia, cuándo tener relaciones sexuales, cómo tenerlas, en qué gastar el dinero, etcétera.

En la satisfacción de la vida familiar de igual manera que en las áreas anteriores el grupo 1 (Proceso de Diagnóstico) presentó una mayor satisfacción en su vida familiar que el grupo 2 (Diagnóstico Establecido), ya que la mayoría de las parejas del grupo 1 mostraron mayor interacción social, afectiva y sexual entre ellos, mayor confianza y mayor satisfacción en cuanto al manejo de sus hijos, del tiempo libre, de las responsabilidades en las finanzas, el comportamiento de ambos, etcétera.

En cuanto al área de satisfacción de la vida sexual, como se esperaba, fue el grupo 1 quien mostró una mayor satisfacción en comparación al grupo 2, es decir, existieron diferencias importantes en ambos grupos. Estas diferencias se encontraron en cuanto a la decisión de tener relaciones sexuales, la frecuencia, la variedad de experiencias sexuales, la forma en que la pareja habla del sexo para buscar mejores formas de agradarse.

Las diferencias mencionadas anteriormente entre los dos grupos se debe posiblemente a que en el grupo 1 existió una mejor comunicación entre las parejas, mostrando un mayor optimismo en sus relaciones maritales por lo que existió un mayor acuerdo en cuanto a la toma de decisiones, mostrando que existe una mayor satisfacción en su vida familiar y sexual, en el grupo 2 existe una comunicación deficiente que provoca que se vean afectadas las demás áreas.

Se considera que el tener un hijo es dar sentido a la vida como persona y como pareja, con un hijo se puede llegar a cambiar la vida de muchas parejas o bien a aceptar el problema de la infertilidad de manera conciente y responsable, puede permitir que la relación tanto familiar, sexual, la comuni-

cación y las expectativas sean mejores, quizá esto no sea fácil, es por tal motivo que se trata de manejar la situación de tal forma que no haga más difícil la realidad para las parejas, que se sometan a toda la serie de estudios y tratamientos que sean necesarios y así poder ayudarles a enfrentarse a su situación. Se considera importante diseñar **Estrategias de Intervención Psicológicas** que pueden ser de gran utilidad para los pacientes con infertilidad, tomando en cuenta que siempre se debe trabajar multidisciplinariamente para poder obtener resultados favorables en cuanto a la afección que presentan.

Ahora bien es importante señalar que los resultados obtenidos fueron a partir de una muestra muy pequeña de parejas, por lo cual se recomienda que para posteriores investigaciones se tomara en cuenta una muestra más grande, asimismo no se consideró un rango de edades de las parejas, puesto que la investigación se ajustó de acuerdo a las características de la población de parejas que se proporcionó, lo cual también sería importante evaluar si las diferencias encontradas en la presente investigación dependió de las edades de las parejas.

También se recomienda que para posteriores investigaciones sobre el mismo tema se tome en cuenta el nivel de estudios de las parejas y el nivel socioeconómico.

La infertilidad ha tenido efectos importantes sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima, tanto en la mujer como en el hombre. Siendo importante considerar a la infertilidad como un problema de pareja y no del hombre o de la mujer como muchas veces se ha hecho, por lo que se ha recomendado que ambos busquen atención médica y Psicológica.

La pareja al llegar a tener conocimiento de su incapacidad para la procreación llega a tener consecuencias Psicológicas que pueden alterar su concepto de si mismo e incluso se presentan sentimientos de culpa, depresión, aislamiento, ansiedad, etcétera.

Ante esta situación y de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se pretende diseñar algunas estrategias de intervención Psicológica que permita descubrir y atender la problemática real a la cual se enfrenta la pareja, y así intervenir no sólo a nivel médico sino a nivel psicológico, permitiéndole a la pareja llevar a cabo un tratamiento con menor índice

de ansiedad, expectativas favorables en cuanto al diagnóstico, y que a su vez puedan tener una buena relación sexual, una satisfactoria vida de pareja, es decir, mayor comunicación, mejor toma de decisiones, mostrar optimismo en cuanto al matrimonio y que su función primordial sea el fecundar y llevar a buen término el producto fecundado.

1. En primer lugar se considera importante que la pareja acuda a la atención Psicológica desde el primer momento que se entera de su incapacidad para la procreación, ya que como se observó en la presente investigación es desde el primer momento que las parejas observan que no pueden tener familia cuando se empiezan a manifestar ciertos cambios en su conducta que afectan su vida como pareja e individualmente.

En esta primera etapa se procederá a realizar la entrevista inicial con la pareja con la cual inicialmente se trabajará conjuntamente y posteriormente de manera individual puesto que algunas personas no desean hablar de ciertos aspectos de su vida privada delante de su pareja, por ejemplo las mujeres al interrogarles sobre su vida sexual, algunas veces mantuvieron relaciones sexuales antes de casarse o bien algunos hombres les molesta decir lo mismo delante de su pare-

ja o bien si tuvieron algún problema sexual. Trabajando de esta manera podemos recabar la información necesaria sobre la historia clínica de la pareja de una manera más detallada y podemos tener una visión más amplia del campo que estamos trabajando.

2. Una vez obtenida la información necesaria sobre los antecedentes clínicos de la pareja se pasará a la siguiente etapa, en donde se les aplicarán algunas pruebas psicológicas o test que se considera serán los más útiles para los fines que se desean alcanzar. Estos inventarios son de relaciones de pareja o maritales, actividad sexual, ansiedad, estrés, autoestima, depresión, expectativas y comunicación, esto ayudaría a detectar si existe alguna de las manifestaciones y en que nivel o grado. De esta manera podemos detectar qué área de su conducta o relación de pareja está afectando y poder empezar a trabajar el área de mayor atención.
3. De acuerdo a los resultados obtenidos se considera importante trabajar sobre la comunicación de la pareja, ya que de ésta depende en gran medida el buen o mal funcionamiento de la vida familiar y las satisfactorias relaciones de pareja, considerando la satisfacción de la vida familiar y las satisfactorias relaciones sexuales.

Mencionado lo anterior se pretende trabajar tres puntos en esta área que son los siguientes:

- Aumentar la frecuencia de conversaciones, siguiendo los requisitos básicos de una comunicación adecuada en la pareja. Para la cual será necesario presentar a la pareja una explicación de su problema a través de la descripción de los procesos de interacción, de esta misma manera se procede a darles instrucciones a la pareja de que lleven a cabo como mínimo dos acciones diarias que consideren sean agradables para su pareja y que además no sean muy frecuentes en su relación, por ejemplo, elogiar la comida, expresar afecto mediante caricias, hacer comentarios agradables sobre la apariencia física de su pareja etcétera. También será importante plantear la importancia de la expresión de opiniones, deseos y sentimientos de forma directa como medio mejor para tener informada a la otra persona de cuál es su situación, intentando erradicar un modo de comunicación basado en suposiciones. Además se comentarán los requisitos básicos de una buena comunicación, como son el mirar a la persona que nos está hablando, escuchar lo que está diciendo,

repartir el tiempo de hablar y dar una información más amplia y detallada.

—El segundo punto a trabajar será el Desarrollar las habilidades de comunicación en los casos de desacuerdos o discrepancias, lo cual se llevará a cabo indicándoles de que manera pueden discutir para aclarar un tema sin establecer una discusión o pugna de quien tiene la razón o quien dice la verdad y sobre todo aclarar e identificar en que consiste esa discrepancia entre los dos y así mismo buscar la solución mediante los acuerdos de ambos, teniendo en cuenta que ambos miembros de la pareja deben de darle la solución con la que ambos queden de acuerdo.

—Como tercer punto se considera que es importante el desarrollar métodos de toma de acuerdo y solución de problemas.

4. Otro de los aspectos que se considera importante trabajar es sobre el estrés que manifiestan las parejas, ya que esto los lleva a que manifiesten Ansiedad, así como ideas irracionales. Primeramente sería importante comentarle al paciente en qué consiste el problema del estrés y presentarle a partir de este comentario las posibilidades de la intervención para combatirlo. Ya que se mencionaron también es im-

portante que se trabaje sobre determinadas ideas irracionales que manifiestan las parejas, como son el no poder tener un hijo sano, el no sentirse útiles como hombres o mujeres, el sentirse culpable de la situación entre otras.

5. La depresión es otra de las conductas que frecuentemente es presentada por las parejas con infertilidad, por lo cual es importante trabajarla, ya que el pensar que no podrán tener hijos y sentirse culpables pone a los pacientes en estados depresivos muy fuertes que incluso se aíslan de amistades y familiares. Para lo cual se es importante en primer lugar definir o establecer las conductas depresivas y que función tienen en su vida de pareja, en segundo lugar se tiene que tener en cuenta la frecuencia de aparición de estas conductas y en que situaciones y con qué personas se manifiesta.
6. Como consecuencia de todo lo anterior tenemos como consecuencia una mala insatisfactoria relación sexual por lo cual es muy importante trabajar en esta área, ya que muchas parejas suspenden sus relaciones sexuales o bien existen insatisfacciones, ya que no lo realizan con agrado. Por lo cual se trabajará primeramente en una primera fase que consistirá de educación sexual en donde el objetivo funda-

mental es el de suministrar información a la pareja sobre la sexualidad proporcionando conocimientos sobre su anatomía, fisiología, etcétera, para lo cual serán de utilidad lecturas, diapositivas, videocintas, discusiones personales, etcétera.

En una segunda fase se pretenderá modificar las actitudes negativas hacia la sexualidad, en donde se pretenderá cambiar aquellas actitudes negativas, prejuicios e ideas erróneas sobre la sexualidad humana, de uno o ambos miembros de la pareja.

Como tercera fase se procederá a informarle sobre lo gratificante de las relaciones sexuales cuando ambos miembros de la pareja lo desean, así mismo como las diferentes formas de agradarse, esto se puede hacer con la ayuda de lecturas como antes lo mencionamos, videocintas, etcétera.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abraham, Karl (1980).** *Psicopatología y sexualidad*. Ed. Panamericana, México.
2. **Alvarez, Luis (1988).** *La depresión: Definición y modelos*. Ed. UNED; Madrid.
3. **Andrea, Flavio (1972).** *Desarrollo de la personalidad*. Ed. Harla, México.
4. **Baqes, R. (1985).** *Psicología Oncológica*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
5. **Benson, R. (1985).** *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico*. Ed. El Manual Moderno, México.
6. **Bess, Barbara (1974).** *La experiencia sexual*. Ed. Herrero, México.
7. **Buela, G. (1991).** *Manual de psicología clínica*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
8. **Calandra, Dante (1983).** *Aborto: Estudios clínicos*. Ed. Ofset, México.
9. **Campbell, D. (1988).** *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Ed. Amorrutu, Buenos Aires.
10. **Carrizo, Héctor (1981).** *Familia y sexualidad*. CONAPO, México.
11. **Deutsch, Helen (1989).** *Psicología de la mujer*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.
12. **Fernández, Rosalía (1981).** *Sociedad y sexualidad*. Ed. Limusa, México.
13. **Insler, L. (1988).** *Infertilidad en el hombre y la mujer; Diagnóstico y tratamiento*. Ed. Panamericana, Buenos Aires.

14. **Johnes, Master (1988).** *Tratado de Ginecología de Novak*. Ed. Interamericana, México.
15. **Labrador, Felipe (1984).** *Dolor crónico: Manual de modificación de la conducta*. Ed. Alhambra, México.
16. **Macía, D. y Méndez, F. (1986).** *Aproximación a la evaluación y modificación de la conducta*. Ed. Pirámide, Barcelona.
17. **Mastrianni, L. (1985).** *Enfermería materno infantil*. Ed. María, México.
18. **Matarazzo John (1986).** "Behavior health and behavior medicine: Frontiers for a new health psychology". *American Psychologist* 35 pág. 807-817.
19. **McIntyre, M. (1983).** *Endocrinología paraginología*. Ed. Ateneo, Buenos Aires.
20. **Michele, Helene (1974).** *Ginecología psicosomática*. Ed. Panamericana, México.
21. **Miller, B. (1987).** *Ginecología y obstetricia*. Ed. Interamericana, Madrid.
22. **Newman, James (1982).** *El aborto como enfermedad de las sociedades*. Ed. Amorrotus, Buenos Aires.
23. **Novak, T. (1985).** *Compendio de ginecología*. Ed. Méndez, México.
24. **Núñez, Fernando (1991).** *Ginecología y obstetricia*. Ed. Interamericana, México.
25. **OMS (1975).** "Salud para todos". *Crónica de la OMS* Vol. 39, 2.
26. **Pérez, Erio (1981).** *Infertilidad, esterilidad y endocrinología de la reproducción*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México.
27. **Rechman, Smith (1980).** *Contributions to medical psychology*. Ed. Program on Press, Oxford.

28. Normm, Mayer (1991). *Sexualidad en la mujer*. Ed. Siglo XXI, Madrid.
29. Solfer, Raquel (1971). *Psicología del embarazo*. Ed. Limusa, México.
30. Spielberger, C.D. y Díaz Guerrero, R. (1994). *Idare Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. Ed. El Manual Moderno, México.
31. Streeter, Rother (1986). *Esterilidad conyugal*. Ed. Panamericana, México.
32. Useli, Josh (1974). *La presión de la sexualidad*. Ed. Marla, México.
33. Vidal, Ramon (1984). *Ginecología y obstetricia*. Ed. Méndez, México.

A
P
É
N
D
I
C
E

A) GRÁFICAS

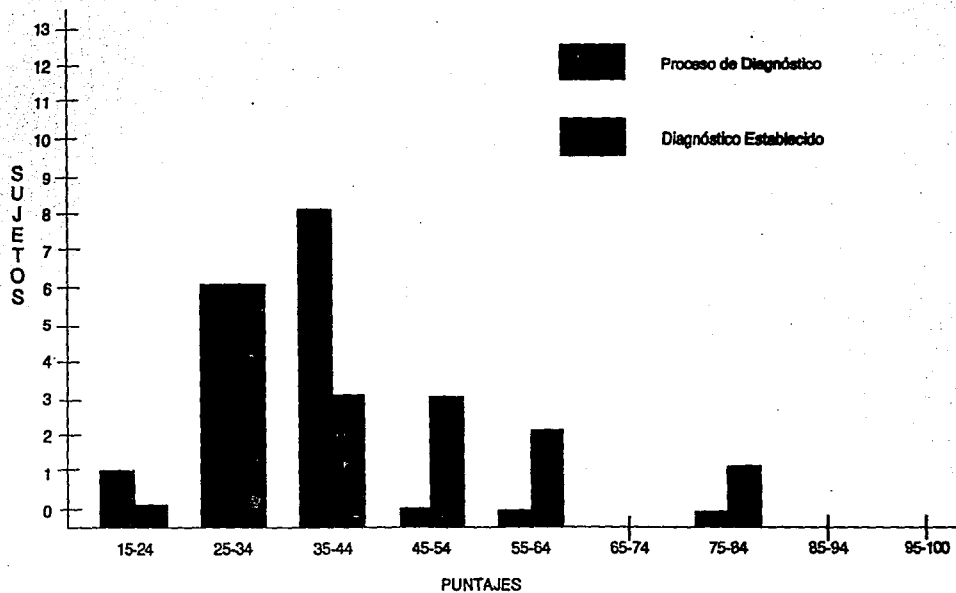


FIGURA 1. RANGO DE PUNTAJES DE ANSIEDAD ESTADO HOMBRE ENTRE AMBOS GRUPOS.

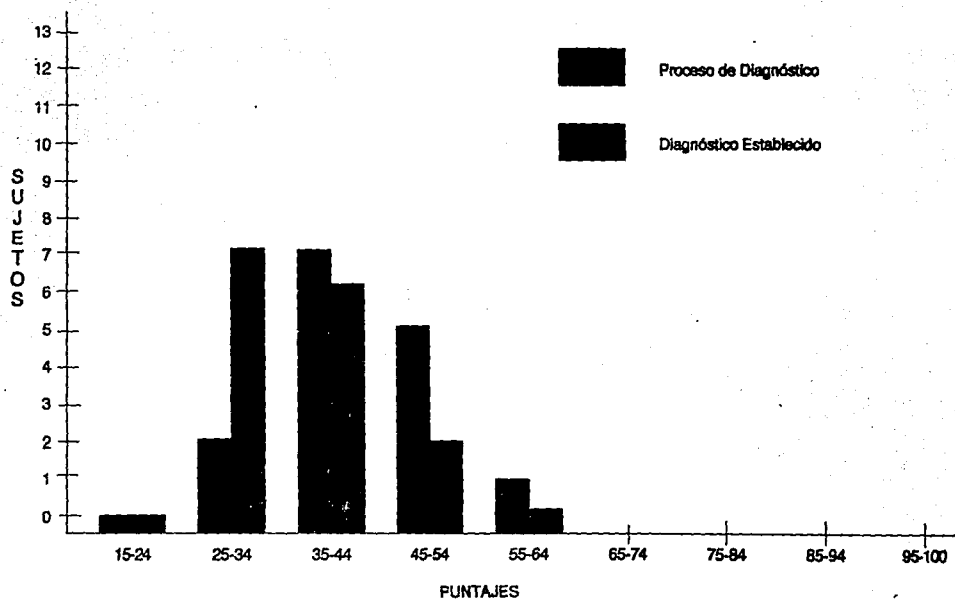


FIGURA 2. RANGO DE PUNTAJES DE ANSIEDAD ESTADO MUJER ENTRE AMBOS GRUPOS.

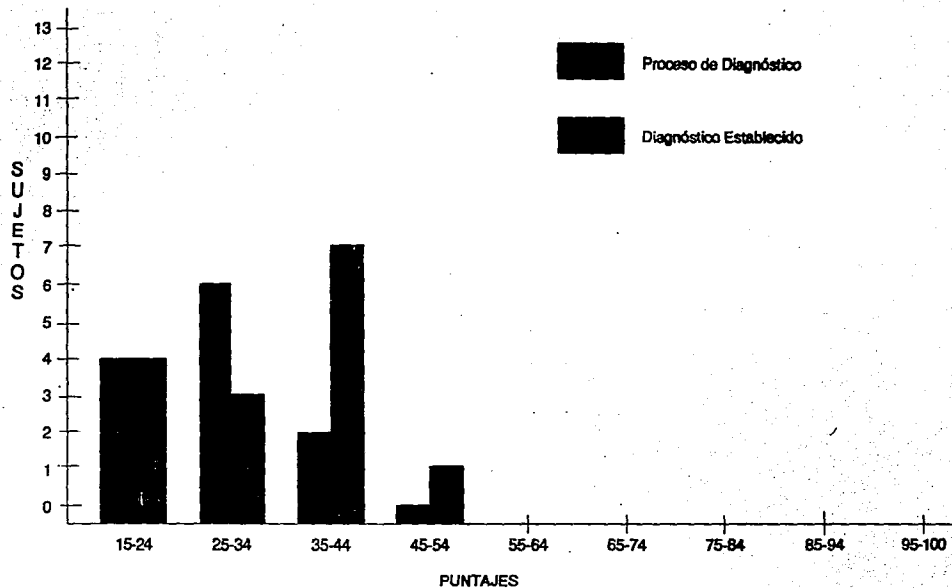


FIGURA 3. RANGO DE PUNTAJES DE ANSIEDAD RASGO HOMBRE ENTRE AMBOS GRUPOS.

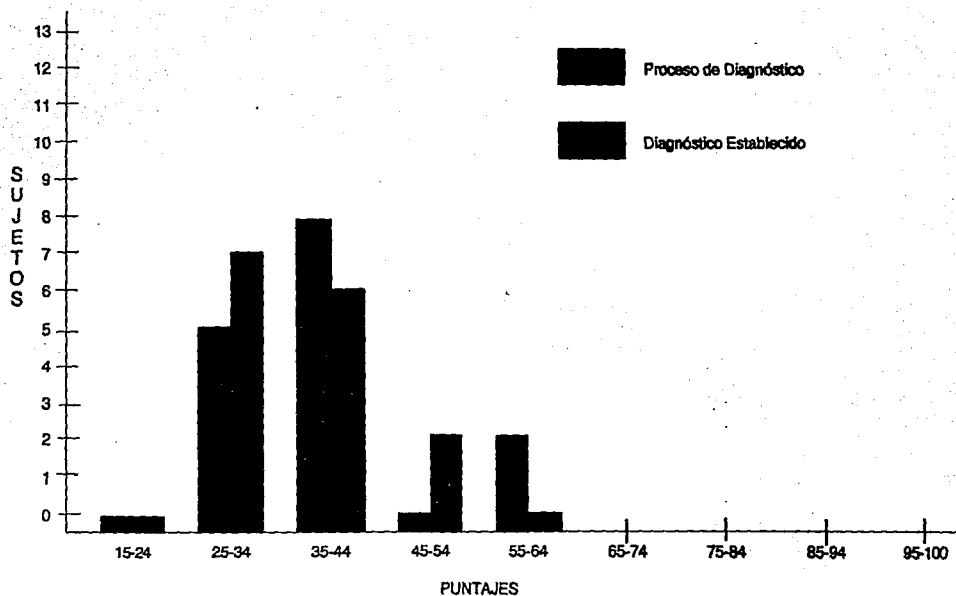


FIGURA 4. RANGO DE PUNTAJES DE ANSIEDAD RASGO MUJER ENTRE AMBOS GRUPOS.

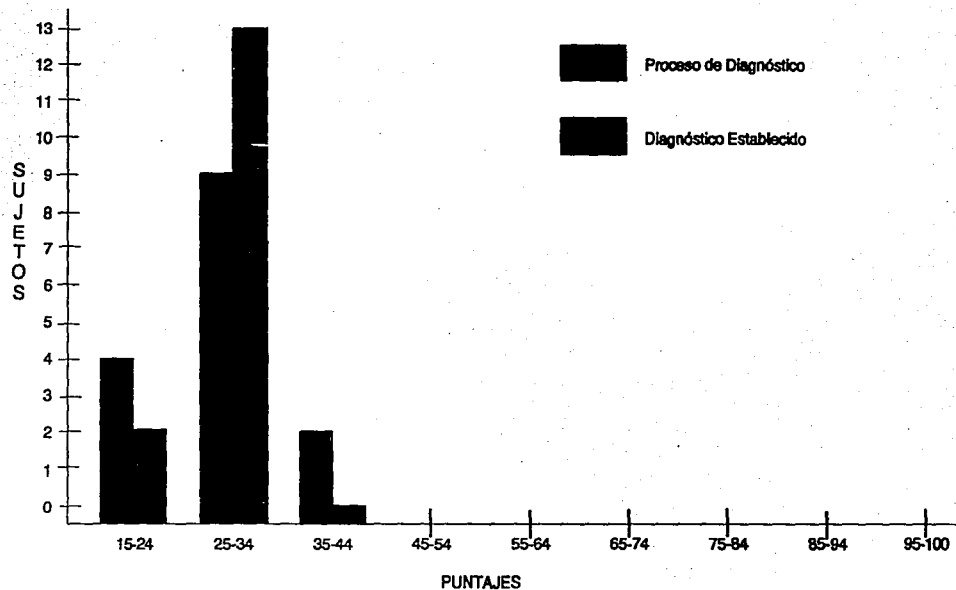


FIGURA 5. RANGO DE PUNTAJES DE EXPECTATIVAS DE HOMBRES ENTRE AMBOS GRUPOS.

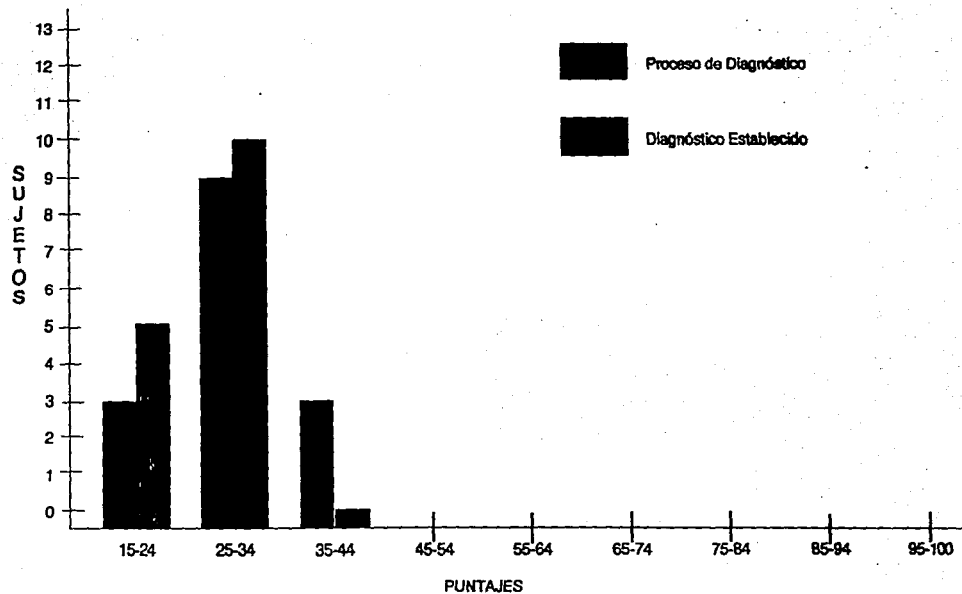


FIGURA 6. RANGO DE PUNTAJES DE EXPECTATIVAS MUJER ENTRE AMBOS GRUPOS.

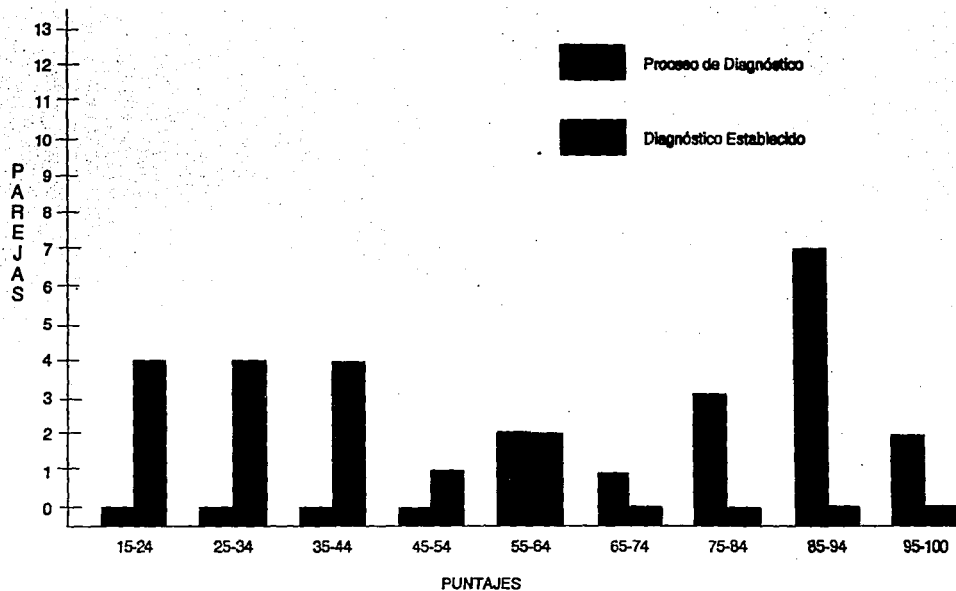


FIGURA 7. RANGO DE PUNTAJES DE SATISFACCIÓN SEXUAL ENTRE AMBOS GRUPOS.

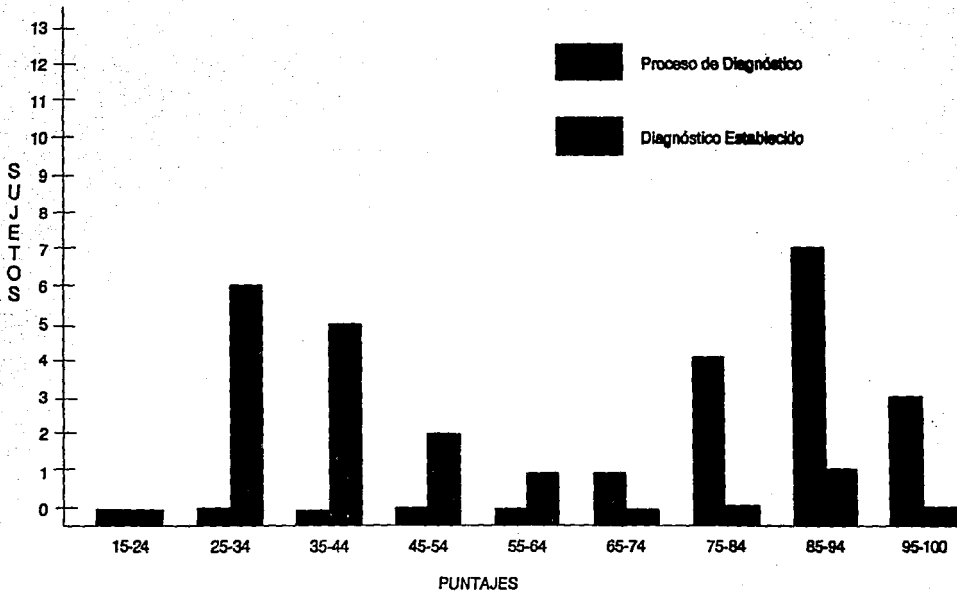


FIGURA 8. RANGO DE PUNTAJES DE SATISFACCIÓN VIDA FAMILIAR ENTRE AMBOS GRUPOS.

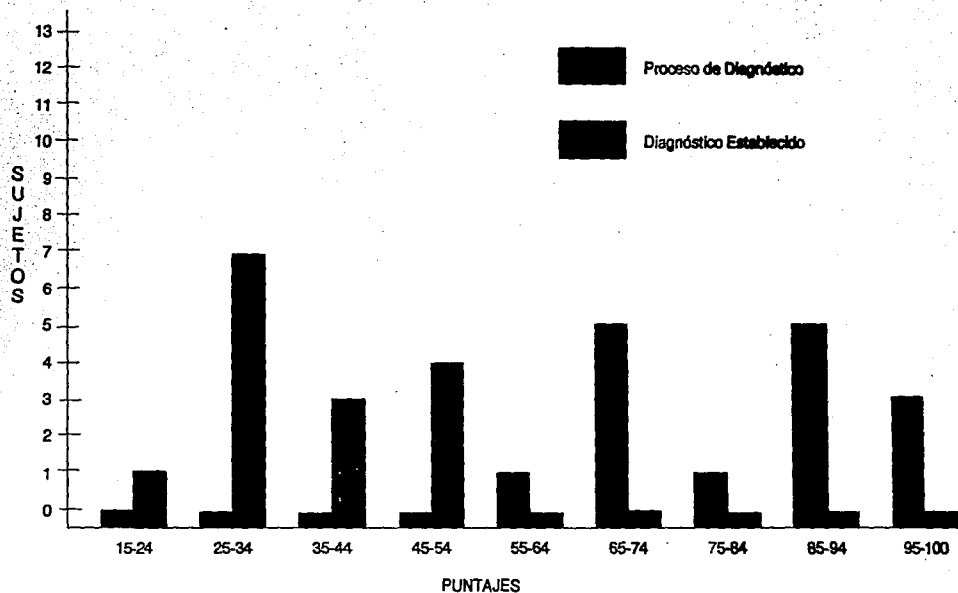


FIGURA 9. RANGO DE PUNTAJES DE TOMA DE DECISIONES ENTRE AMBOS GRUPOS.

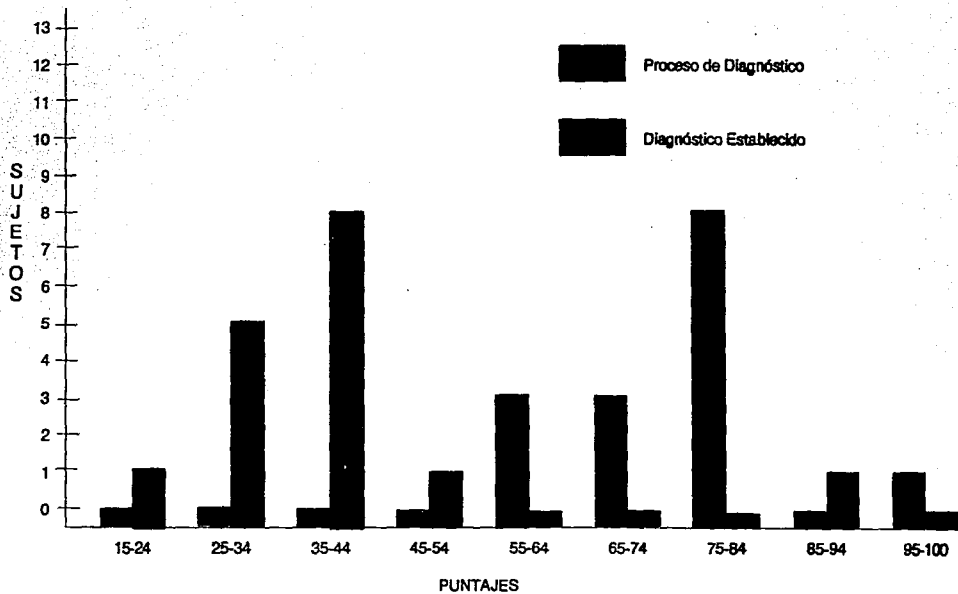


FIGURA 10. RANGO DE PUNTAJES DE OPTIMISMO EN RELACIÓN AL MATRIMONIO ENTRE AMBOS GRUPOS.

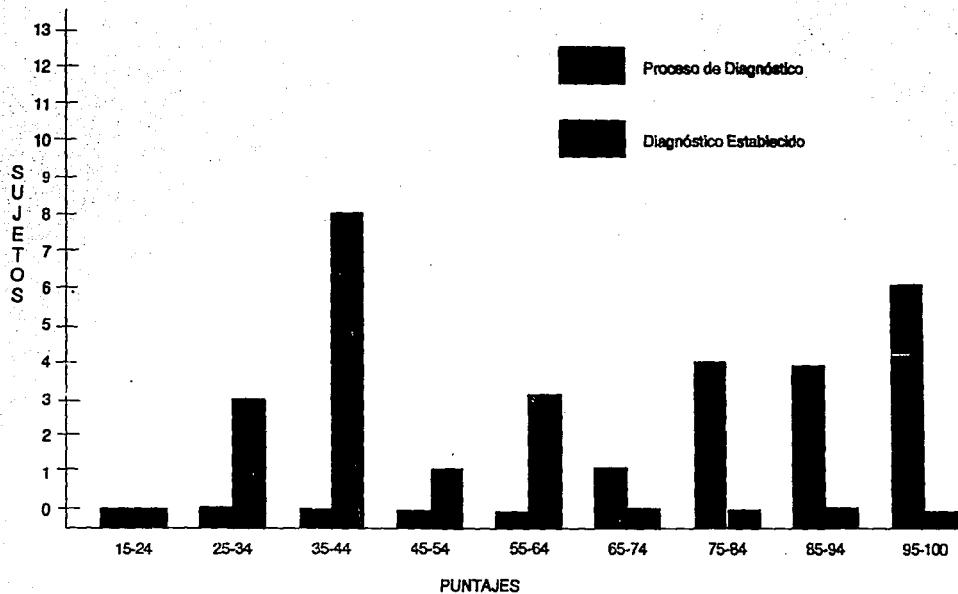


FIGURA 11. RANGO DE PUNTAJES DE COMUNICACIÓN ENTRE AMBOS GRUPOS.

Cuadro 1. Coeficientes de correlación entre las variables de ambos grupos

Variables	Grupo 1		Grupo 2	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ansiedad rasgo-tiempo de casados	.4090	.0478	.0435	.0224
Ansiedad Estado-tiempo de casados	.3202	.1333	.1413	.1921
Expectativas-tiempo de casados	.2724	.0291	.0790	.3021
Toma deci.-tiempo de casados	.0862		.0305	
Sat. Sexual-tiempo de casados	.5420		.1435	
Opt. Matrimonio-tiempo de casados	.4822		.1990	
Comunicación-tiempo de casados	.5770		.0934	
AR Hombre-AR Mujer	.3456		.2545	
AE Hombre-AE Mujer	.0436		.2018	
Exp. Hombre -Exp. Mujer	.7188		.5062	
Toma de dec-Exp. Hombre	.0255		.3397	
Toma de Dec-Exp. Mujer	.1652		.0237	
Sat. Vid. Fam-Exp. Hombre	.0919		.1458	
Sat. Vid. Fam-Exp. Mujer	.4949		.3525	
Sat. Sexual-Exp. Hombre	.2130		.1486	
Sat. Sexual-Exp. Mujer	.3855		.1953	
Opt. Mat.-Exp. Hombre	.3498		.1634	
Opt. Mat.-Exp. Mujer	.4471		.4045	
Comunicación-AE Hombre	.3588		.1341	
Opt. Mat.-Toma de dec.	.6436		.6284	
Comunicación-Toma de dec.	.7157		.7823	
Opt. Mat.-Sat Vid. Fam.	.8768		.7817	
Comunicación-Sat. Vid. Fam.	.5872		.7281	
Opt. Mat.-Sat. Sex.	.8719		.8230	
Comunicación-Sat. sexual	.7795		.7727	
Opt. Mat.-Comunicación	.7859		.6983	

**A
P
É
N
D
I
C
E**

**B) INSTRUMENTOS
DE EVALUACIÓN**

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a)	0	1	2	3
2. Me siento seguro (a)	0	1	2	3
3. Estoy tenso (a)	0	1	2	3
4. Estoy contrariado (a)	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado (a)	0	1	2	3
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado (a)	0	1	2	3
9. Me siento ansioso (a)	0	1	2	3
10. Me siento cómodo (a)	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	0	1	2	3
12. Me siento nervioso (a)	0	1	2	3
13. Me siento agitado (a)	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado (a)	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho (a)	0	1	2	3
17. Estoy preocupado (a)	0	1	2	3
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3



IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3
26. Me siento descansado (a)	0	1	2	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	0	1	2	3
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo (a)	0	1	2	3
33. Me siento seguro (a)	0	1	2	3
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35. Me siento melancólico (a)	0	1	2	3
36. Me siento satisfecho (a)	0	1	2	3
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	0	1	2	3

INVENTARIO MARITAL

PAREJA _____

FECHA _____

TELEFONO _____

FECHA DE MATRIMONIO _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
ESPOSO	_____	_____	_____
ESPOSA	_____	_____	_____
HIJO	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

OTROS PARIENTES O PERSONAS QUE VIVAN CON LA PAREJA

 PARENTESCO: _____

ALGUNOS DE LOS ESPOSOS ESTUVO CASADO ANTES

ESPOSO
_____ESPOSA

HIJOS DEL MATRIMONIO: _____

EDAD DE CASARSE: _____

DURACIÓN: _____

2. Anote tres cosas que a Uds. le gustaría que su conyuge hiciera más a menudo. Trate de pensar positivamente, escriba lo que desea y la situación donde ocurrió.

EJEMPLO: Durante la cena "que me pregunte como me fue en el día" en lugar de decir "que se interesa por mí".

Cuántas veces ocurrió en la semana	Muy importante Importante No importante
--	---

1. _____
2. _____
3. _____

3. Por favor, escriba 3 cosas que usted hace o que su pareja le pide que haga.

Cuántas veces ocurrió en la semana	Se me pidió hacerlo
---------------------------------------	------------------------

1. _____
2. _____
3. _____

4. Enumere cinco de sus gustos más importantes.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

5. Indique que aspectos de su conducta quisiera cambiar en relación a Ud. mismo.

Ahora formulelos en relación a su compañero.

6. Indique que cosas podría hacer su cónyuge que le ayudaría a Ud. a cambiar con mayor facilidad los puntos de la pregunta anterior.

7. La siguiente serie de preguntas relacionada con sus principales metas o planes. Si Ud. aún no ha establecido metas específicas o planes por favor responda a las siguientes preguntas indicando cuales les gustaría establecer.

1. ¿Qué metas o planes han establecido Ud. y su pareja para su familia?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

2. ¿Qué metas personales ha establecido para Ud. mismo?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

8. Describa cinco intereses compartidos con su pareja, y que realizan la actividad en común.

"Marque con un círculo la frecuencia con que lo hacen"

	Esporádicamente	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

9. Igual que el punto anterior, escriba ahora cinco de sus intereses y marque con un círculo la frecuencia con la que lo practica.

	Esporádicamente	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____

Revise la lista nuevamente y marque con una cruz la frecuencia con la que le gustaría compartirlo con su compañero.

10. En su familia, en quien cree Ud. que recae la responsabilidad de tomar decisiones en cada una de las siguientes áreas? Por favor conteste poniendo en un círculo la alternativa apropiada.

	Esposo		Igualmente compartido		Esposa	No es aplicable
a. Dónde vive la pareja	1	2	3	4	5	
b. En qué trabaja el esposo						
c. Cuántas horas trabaja el esposo						
d. Si trabaja la esposa						
e. En qué trabaja la esposa						
f. Cuántas horas trabaja la esposa						
g. Número de niños en la familia						
h. Cuándo alabar o castigar a los niños						
i. Cuánto tiempo pasa con los niños						
j. Cuándo tener contactos sociales con amigos						
k. Cuándo tener contactos sociales con la familia y parientes políticos						
l. Cuándo tener relaciones sexuales						
m. Cómo tener relaciones sexuales						
n. Cómo gastar el dinero						
o. Cómo y como proponer intereses personales						
p. La práctica de una religión						

2. Ahora, por favor vuelva a revisar lo que Ud. piensa que es la forma en que las decisiones se hacen ahora en su familia. Use una "X" para indicar como piensa Ud. que las decisiones deberían de hacerse en su familia.

11. Las siguientes series de preguntas se relacionan con el nivel de satisfacción que por lo general Ud. encuentra en la interacción con su esposo(a).

a) ¿Qué tan feliz está Ud. con la forma en que Ud. y su esposo(a) normalmente manejan los siguientes aspectos de su vida familiar? Por favor ponga en un círculo el número que mejor representa que tan feliz Ud. está en cada área.

	Muy feliz				Muy infeliz	No es aplicable
	1	2	3	4	5	
a. Interacción social entre ustedes						
b. Interacción afectiva entre ustedes						
c. Interacción sexual entre ustedes						
d. Confianza entre ustedes						
e. Manejo de los niños						
f. Manejo del tiempo libre						
g. Manejo de responsabilidades domésticas u otras						
h. Manejo de finanzas						
i. Interacción social con amigos						
j. Interacción social con la familia y parientes políticos						
k. La forma que el esposo(a) se comporta consigo mismo						
l. Manejo de trabajos fuera de casa						

b) Por favor vuelva a revisar cada pregunta. Esta vez ponga una "X" en cada respuesta que Ud. cree que su esposo(a) seleccionaría al responder cada pregunta sobre sí mismo.

c) Por favor vuelva a leer la lista de áreas en los espacios en blanco de la izquierda de la lista, por favor indique si el área es:

1. Muy importante
2. Importante
3. Poco importante
4. No importante

d) Volviendo a revisar la lista una vez más, marque con un asterisco (*) si un cambio en su propia conducta podría mejorar la satisfacción en las áreas que Ud. marco como 4 o 5.

12. Las siguientes preguntas están relacionadas con las formas en que Ud. y su esposo(a) se comunican tanto verbal como no verbalmente.

a) ¿Qué tan frecuentemente cree Ud. que cada una de las siguientes oraciones se refiere correctamente a su interacción con su esposo(a)? Por favor ponga en un círculo el número que corresponda a la respuesta.

	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
	5	4	3	2	1
a. Mi esposo(a) entiende lo que quiero comunicarle.					
b. Yo siento que entiendo lo que mi esposo(a) desea comunicarme					
c. Yo le pido a mi esposo(a) las cosas que me gustaría que él o ella hiciera para mí					
d. Mi esposo(a) me pide hacer las cosas que a él o ella le gustaría que se hicieran					

	5	4	3	2	1
e. Yo expreso agrado por las cosas que mi esposo(a) hace por mí					
f. Mi esposo(a) expresa agrado por las cosas que yo hago por él o ella					
g. Yo escucho y manifiesto interés en las cosas que mi esposo(a) dice, piensa, siente y hace					
h. Mi esposo(a) escucha y se interesa por las cosas que yo digo, pienso, siento y hago					
i. Me siento a gusto al expresar desacuerdo con las cosas que mi esposo(a) dice o hace					
j. Yo disfruto sentarme y hablar con mi esposo(a)					

b) Por favor vuelva a revisar cada pregunta. Esta vez ponga una "X" en cada respuesta que Ud. cree que su esposo(a) seleccionará al responder cada una de estas preguntas para él mismo.

13. Por favor responda cada una de las siguientes preguntas en la forma más específica posible. Indicando exactamente cómo le gustaría que su esposo(a) comunicara cada tipo de la información esencial. Sus respuestas incluirán palabras y/o acciones.

a. ¿Cómo le gustaría que su esposo(a) le dijera que le estima?

b. ¿Cómo le gustaría que su esposo(a) le pidiera cambios en algunas de las cosas que Ud. hace?

c. Las siguientes preguntas están relacionadas con la forma en la que Ud. y su esposo(a) manejan sus relaciones sexuales.

14. ¿Qué tan satisfecho está Ud. con la forma en que Ud. y su esposo(a) manejan cada uno de los siguientes aspectos de su relación sexual? Por favor ponga en un círculo el número que corresponda a su respuesta.

	Muy satisfactoria		In satisfactoria		Frecuentemente In satisfactoria
	1	2	3	4	5
a. La forma en la cual deciden tener relaciones sexuales					
b. La frecuencia con la que tienen relaciones sexuales					
c. La variedad de sus experiencias sexuales juntos					
d. La amabilidad o interés que ustedes se proporcionan durante sus contactos sexuales					
e. Las formas en las que Ud. y su esposo(a) hablan acerca del sexo con objeto de desarrollar mejores formas de agradarse					

Por favor vuelva a revisar cada pregunta esa vez ponga una "X" en cada respuesta que Ud. cree que su esposo(a) seleccionara al contestar cada pregunta para sí mismo.

Volviendo sobre su lista ¿Cómo cree Ud. que un cambio en su propia conducta podría mejorar su experiencia en ésta o cualquier otra área de su experiencia sexual?

15. Por favor enumere las cualidades que a Ud. le gustarían más y las que les gustarían menos de la experiencia sexual.

Me gustaría experimentar más:

Me gustaría experimentar menos:

16. ¿Qué tan a menudo Ud. y su esposo(a) están de acuerdo en las formas sobre cómo manejan día a día las situaciones relacionadas con sus niños?

	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca
	1	2	3	4	5
a. Nosotros estamos de acuerdo en cómo y cuando alabar las buenas cosas que nuestros niños hacen					
b. Nosotros estamos de acuerdo en cómo responder a las exigencias de dinero o privilegios de los niños					
c. Nosotros estamos de acuerdo en cuales deben de ser las responsabilidades de nuestros niños					
d. Nosotros estamos de acuerdo en cómo y cuando castigar la conducta problemática de nuestros niños					
e. Nosotros tratamos de respaldarnos cuando uno de nosotros premia o castiga a los niños					
f. Nosotros mantenemos a los niños fuera de nuestras discusiones					

Por favor enumere tres reglas que han establecido para sus niños que consideren las más importantes.

- a.
- b.
- c.

17. Estas preguntas se relacionan con su compromiso general y optimismo acerca de su matrimonio. Por favor contéstelas con base en su actual sentimiento.

	95%	75%	50%	25%	5%
1. Considerando todo lo anterior, ¿Qué tan feliz es Ud. en su matrimonio?					
2. Considerando todo lo anterior, ¿Qué tan feliz cree ud. que su esposo(a) es en su matrimonio?					
3. Considerando todo lo anterior, ¿Ud. espera ser más feliz conforme transcurra el tiempo?					
4. Considerando todo lo anterior, ¿Ud. cree que su esposo(a) espera ser más feliz conforme transcurra el tiempo?					
5. ¿Qué tan comprometido esta Ud. para continuar en su matrimonio?					
6. ¿Qué tan comprometido Ud. cree que su esposo(a) está para continuar en el matrimonio?					
7. ¿Qué proporción del tiempo que Ud. pasa con su esposo(a) es feliz?					
8. ¿Qué proporción del tiempo que su esposo(a) pasa con Ud. cree que sea feliz para él o ella?					

	95%	75%	50%	25%	5%
9. Considerando todo lo anterior, ¿Ud. espera continuar madurando conforme transcurre el tiempo?					
10. Considerando todo lo anterior, ¿Ud. espera que su esposo(a) continúe madurando conforme transcurre el tiempo?					

Por favor enumere cualquier otro cambio más que a Ud. le gustaría ver en cualquier aspecto de su matrimonio, familia o experiencia personal que no están contemplados en este inventario.

PAREJA: _____

FECHA DE INICIO: _____

ESPOSO									ESPOSA		
1	2	3	4	5	6	7	8	9			
										RESPONSABILIDAD CASERAS	1
										CUIDADO DE LOS NIÑOS	2
										ACTIVIDADES FAMILIARES	3
										ECONOMÍA FAMILIAR	4
										COMUNICACIÓN PERSONAL	5
										ACTIVIDAD SEXUAL	6
										ACTIVIDAD LABORAL	7
										INDEPENDENCIA PERSONAL	8
										INDEPENDENCIA CONYUGAL	9
										FELICIDAD GENERAL	10

SELECCIONE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU FELICIDAD ACTUAL Y
COLOQUELO EN LA CASILLA DESTINADA A LOS DÍAS

INFELIZ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 FELIZ

CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS

1. ¿De quién partió la idea de acudir al médico?

2. ¿Qué espera llegar a obtener con el servicio médico?

3. ¿Sus ideas han cambiado a partir de su asistencia al médico?

4. ¿Se ven sus expectativas cumplidas en su relación actual?

¿Por qué?

5. ¿Se siente atractivo(a) para su pareja?

6. ¿Cree que su pareja es atractivo(a)?

7. ¿Qué es lo que más valora de su pareja?

8. ¿Expresa verbalmente a su pareja sus sentimientos de amor y afecto?

¿con frecuencia?

9. ¿Recurre al contacto corporal para expresar sus sentimientos hacia él (ella)?
¿qué forma adopta este contacto?

10. ¿Disfrute de las relaciones sexuales con su pareja?

11. ¿Tiene confianza en su pareja?

12. ¿Cuánto tiempo llevan conviviendo?
