



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

33

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

“UNA PROPUESTA PARA EL TRATAMIENTO
PSICOLOGICO EN MUJERES ESTERILES
E INFERTILES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

CLAUDIA PEREZ CALLEJA

ASESOR DE TESIS: LIC. PATRICIA PALACIOS CASTAÑON

UNAM
FES
ZARAGOZA



EL HUMANISMO EN
NUESTRA REFLEXIÓN

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A MIS PADRES

*Con todo cariño y
agradecimiento por el apoyo
y confianza que han
depositado en mí para poder
lograr mis metas.*

A SONY

*Doy gracias a Dios y a mis
padres por tener una super
hermana como tú*

Te quiero

FELIPE

*Te agradezco infinitamente
que siempre estés a mi lado
compartiendo logros, retos,
experiencias, sacrificios y en
este caso alegrías*

Te amo

VERO

*Quién iba a pensar que
aquella chica que conocí por
casualidad es ahora mi mejor
amiga.*

*Sabes en qué momento
hacerme ver mis errores y
también reconocer mis
aciertos.*

Gracias

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS

*Gracias por estar siempre
cerca de mí.*

PATY, LUZ MA., MA. ESTHER, QUETA Y CARMEN

*A cada una les doy las
gracias por brindarme su
tiempo, dedicación y
conocimiento, pero sobre todo
que me dejaran formar parte
de su vida profesional y
personal*

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO 1 LA PSICOLOGIA EN EL AMBITO DE LA SALUD	6
1.1 La salud y la enfermedad	6
1.2 Antecedentes de la Psicología en el ámbito de la salud.....	10
1.3. La importancia de la Psicología en el ámbito de la salud	12
1.4. La importancia de la Psicología en el ámbito de la Reproducción Humana.	21
CAPITULO 2 REPRODUCCION HUMANA: MATERNIDAD Y FEMINEIDAD.	
UN PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO..	25
2.1. La mujer en el plano social	26
2.2. La maternidad y los conflictos de la mujer	32
2.3. La femineidad y su relación con la maternidad	37
CAPITULO 3 INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD..	44
3.1. Infertilidad y esterilidad	44
3.2. La infertilidad y sus consecuencias psicológicas.	46
3.3. La esterilidad y sus consecuencias psicológicas.	55
CAPITULO 4 UNA VISION PSICOLÓGICA HACIA LA INFERTILIDAD Y	
LA ESTERILIDAD..	63
4.1 Casos clínicos de mujeres infértiles y estériles	64
4.2 La importancia de la elaboración del duelo.	69
4.3. Arquetipos	76
4.4 La influencia de los sueños	81
4.5. El niño interior.....	85
4.5.1. El niño abandonado.....	87
4.5.2. El abandono de los sueños	88
CAPITULO 5 TRATAMIENTOS MAS COMUNES QUE SE UTILIZAN EN MUJERES	
ESTERILES E INFÉRTILES	90

INTRODUCCIÓN

“Desde que Dios creó al hombre le brindó la capacidad de pensar y desde ese momento sabía que sus hijos tomarían sus propias decisiones, al igual que ha sucedido en todas las familias y todos los hijos del mundo”

Harry Marcel

Cada sociedad posee una propia visión de la realidad del mundo, de sí misma, de la relación con su pasado con la naturaleza y lo que ansía conseguir

También la realidad es diferente en función de la ciencia que la contemple (la medicina, la bioquímica, la filosofía, etc), y podemos decir que también el ser humano es en sí mismo un cúmulo de realidades diferentes.

En la época cartesiana, cuando se hizo la separación mente-cuerpo, cada ciencia empezó a divagar en lo que le interesaba, ejemplo de eso, la medicina empezó a abocarse a lo que es el estudio único del cuerpo dejando de lado otros aspectos como es el entorno social, espiritual y emocional.

Al irse concentrando en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, fue perdiendo de vista la humanidad del paciente, reduciendo la salud sólo a una función mecánica, perdiendo la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. Esto ha sido manejado como el más grande error que ha tenido el enfoque biomédico.

Al ir notando las limitaciones, por la separación de las ciencias con respecto al estudio del ser humano (mente-cuerpo), es como empezaron a surgir otros momentos importantes, como lo fue el de la psicología, la que trataba de definir su estudio por el ser humano. Primeramente, con el surgimiento de la psiquiatría, la cual tenía todo el esquema médico. Posteriormente, Freud (citado en Capra, 1982) dio un cambio radical en el manejo de la psicología en el área médica, con la aparición de la psicoterapia, creando así un vínculo más estrecho entre la psiquiatría, las ciencias sociales y la filosofía.

Freud se centró básicamente en el psicoanálisis alrededor de la sexualidad con base en su teoría de los instintos.

Más recientemente, surgió la psicología de la salud, la cual está encaminada a realizar actividades interdisciplinarias orientadas hacia la atención integral del paciente, dando especial importancia a las influencias socioeconómicas y culturales que circundan al individuo para determinar su estado de salud.

La psicología de la salud ha tenido muchos reconocimientos en intervenciones para padecimientos como la cefalea, el tortícolis, hipertensión arterial, etc a través de la biorretroalimentación, que consiste en adiestrar a los individuos en el control de funciones como el tono muscular, la presión arterial, temperatura, etc

La distinción cartesiana (mente-cuerpo), influyó de manera significativa en la práctica de la asistencia sanitaria. En el área médica, por estar ocupados en el tratamiento del cuerpo han llegado a confundir el proceso de una enfermedad con el origen de esta, ya que, en vez de preocuparse de cómo surgió, tratan extenuantemente de suprimirla. Cuando lo logran, al poco tiempo se refleja en otra parte del cuerpo.

Para el área biomédica, la enfermedad no es más que la alteración de una determinada área del cuerpo.

Por su parte, surge otro concepto de la psicología en el área de la salud como es la Holística, la cual se basa en el respeto a la interacción entre la mente, cuerpo y entorno.

El holismo en medicina significa que el organismo humano se concibe como un sistema viviente cuyos componentes están relacionados entre sí y son interdependientes. En un sentido más amplio, la concepción holística reconoce también que este sistema es parte integrante de otros sistemas mayores, lo que implica que cada organismo tiene una continua interacción con su entorno físico y social, esto es, que constantemente se ve influido por el ambiente, pero que también puede actuar sobre él y modificarlo.

Para los holísticos, la enfermedad se origina del cuerpo-mente y se presenta por una falta de armonía y bienestar.

Para Dethlefsen y Dalkhe (1994), la enfermedad significa la pérdida de una armonía o también el trastorno de un órgano hasta ahora equilibrado. La pérdida se produce en la consciencia en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra. La enfermedad siempre es vista como lo peor, lo no deseable.

Así como la enfermedad es rechazada existe otra parte del ser humano que también se rechaza. Esta es definida como la SOMBRA que, de acuerdo a Jung (citado en Dethlefsen y Dalkhe, 1994), es todo lo que el ser humano rechaza. La sombra hace enfermar, es decir, hace incompleta a la persona y para completarla hace falta todo lo que hay en ella. La sombra produce la enfermedad y el encararse con ésta, será la clave para su comprensión y curación.

La sombra, por ser parte del inconsciente, se manifiesta por medio de los sueños que reflejan lo que conscientemente es criticable por la persona

Aunque la sombra contenga las cosas que no se desean tener cumple una función positiva **compensar a la persona**. Si se cultivan sus características relegadas, el YO se enriquecerá de su energía y se armonizará. De lo contrario, se manifestará como síntoma que siempre es parte de la sombra. Por el síntoma, el ser humano experimenta todo aquello que no quiere experimentar conscientemente. El síntoma obliga a asumir conscientemente el principio rechazado y con ello devuelve el equilibrio al ser humano. El síntoma es concreción somática de lo que falta en la consciencia, el síntoma, al hacer aflorar el elemento reprimido, hace enteros a los seres humanos. Los síntomas, con su insistencia o reaparición, indican que la persona no ha resuelto el problema con tanta rapidez y eficacia, y por lo tanto, la enfermedad siempre atacará la parte más vulnerable del cuerpo.

La solución no es luchar contra la enfermedad sino el aprender a oír y ver bien lo que quiere decir, para esto tiene que estar dispuesto a autocuestionarse y reconocer lo que le hace falta a esa persona

Traspolando ese tipo de cuestiones, sobre la sombra, el síntoma y la enfermedad, dentro de un ámbito de la salud como es la reproducción humana, podemos decir que las complicaciones por las que atraviesa una mujer dentro de su proceso de reproducción, es decir desde la menarquía hasta la menopausia, son señales o síntomas que manda el cuerpo de una persona. Los médicos, dentro de ese enfoque reduccionista¹, lo único que han hecho es tratar de eliminar al síntoma sin considerar su trasfondo. Esto ha ocasionado, que ni los más modernos tratamientos logren disminuir los problemas de reproducción que han ido en aumento

La imagen del médico e incluso su vestimenta (bata blanca), todavía logran impactar a la gente e incluso su fe en esa imagen, ayudan a que exista una "recuperación o intento" de lograr cambios. Mas sin embargo, hasta los mismos médicos se han dado cuenta de que lo que han hecho hasta ahora no es suficiente, ya que cada vez están recuperando esa atención hacia a la persona que se había perdido (cada vez hay más médicos homeópatas, naturistas y psicoanalistas)

¹ El enfoque reduccionista surge desde el siglo XVII. En esa época para los físicos, el complejo significado de los fenómenos naturales se podía deducir reduciéndolos a sus partes constitutivas básicas y descubriendo los mecanismos que los ponen en funcionamiento. Varias ciencias siguen influenciadas por esta visión como son la biología, la psicología, la medicina, entre otras (Capra, 1982)

Por su parte, la psicología también ha tenido cambios y aperturas en el terreno de la salud. Algunas investigaciones en el ámbito de la reproducción humana han dado pie a que se siga investigando sobre las causas que han originado problemas y por ende, conflictos en la mujer.

La mujer a través de la historia ha pasado por varias transiciones al querer definir su identidad y su función dentro de su misma sociedad.

Anteriormente a la mujer se le reservaba el papel de pasiva, receptora, donde su función principal era el atender su hogar, cuidar y obedecer a su marido y criar y educar a sus hijos. En México actualmente, algunas mujeres realizan más actividades donde su prioridad es tener la misma oportunidad competitiva que el hombre, dejando por consiguiente en un segundo plano su función de reproductora y criadora de sus hijos, ya que para ellas, ya no es suficiente.

Ferro (1991) menciona que la mujer que trabaja se mueve en un sistema de valores contradictorios debido a que existe un profundo desencuentro entre aquello para lo que fue educada y la realidad que vive.

Por su parte Stein (citado en Zweig et al, 1993) explica que cualidades consideradas como femeninas, tales como la pasividad, receptividad y sentimientos maternos, y, cualidades consideradas como masculinas como la fuerza, el poder, no se deben de aplicar a los géneros mujeres y hombres sino a los arquetipos femenino y masculino que existe en ambos sexos.

En esta sociedad occidental ha costado mucho el poder entender esto ya que, o se tiene una cualidad o la otra pero no ambas y esto ha sido el error y problema de la mujer, por ejemplo si solo ejerce su función reproductora y maternal, cuando llegue el momento de dejar a su hijo (a) crecer, le causará conflicto debido a que ya no se sentirá útil hacia a la sociedad ya que su función "básica" la concluyó. O por el contrario, si se pone a trabajar y triunfar profesionalmente compitiendo constantemente, va a llegar un momento en que tendrá conflicto con su necesidad o deseo de fungir como madre puesto que su estilo de vida cambiaría radicalmente.

Lo ideal es que tanto la mujer como el hombre deben de aprender que tanto las cualidades femeninas como las masculinas, son funciones que deben de ejercer y lo único que tienen que hacer es equilibrar una función u otra de acuerdo a sus necesidades.

Como ya se ha mencionado, la mujer, cuando tiene contradicciones, entra en conflicto. Marie Langer (1994) comenta que la mujer que está en conflicto consigo misma como tal, puede expresar este conflicto en diferentes terrenos sin tener consciencia de ello. Puede tener dificultades

con sus hijos, puede sufrir distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el problema es demasiado grande, esquivar del todo la maternidad.

Dethlefsen y Dalhke (1994) refieren que la no-reconciliación con la femineidad se manifiesta en los trastornos menstruales. En la medida que no se acepta la regla, indica que no se acepta como mujer con todo lo que representa.

Cuando una mujer, tiene conflictos no resueltos de su niñez, en especial en la relación con su madre, los manifestará tarde o temprano y más que nada, cuando tenga que enfrentar o tomar ese papel. Inconscientemente se sentirá indefensa, aterrada e incluso atacada, por eso su cuerpo inmediatamente la defenderá aflorando algunos síntomas que solo le ayudarán momentáneamente a resolver esa situación. Estos síntomas pueden ser dolores menstruales, amenorrea, infertilidad, etc. y, mientras persista este conflicto, continuarán los síntomas ya sea con problemas en el parto, con una psicosis puerperal, embarazos ectópicos, preclamsias, etc. En el caso de que logre tener un hijo (a) sus problemas se presentarán a la hora de criarlo y educarlo.

Por todo lo anterior surgió el interés de realizar esta investigación y por haber tenido la oportunidad de vivir de cerca los tratamientos que llevaban las mujeres en un hospital de reproducción, como lo es el Instituto Nacional de Perinatología, INPer, en especial en problemas como la infertilidad y la esterilidad. El conocer el gran conflicto que les causaba el decidir si su "capacidad" de tener hijos era fallido por cuestiones orgánicas o por culpabilidad "de algo" que en algún momento de su historial de vida llegó a sentir y que en ese instante las delataba y castigaba frente de la sociedad.

Esta investigación, que por su modalidad de ser bibliográfica, pretende dar una visión distinta de cómo la mujer ante una función "básica" como lo es la maternidad, crea en ella diferentes conflictos que la hacen enfrentarla de forma inadecuada como lo puede ser un problema de infertilidad y/o esterilidad y cómo desde un punto de vista holístico como lo es el enfoque jungiano permite resolver el conflicto, no eliminando al síntoma sino más bien entendiéndolo y transformándolo en la persona.

Con el respaldo en investigaciones hechas por Marie Langer, casos clínicos de pacientes manejados al cien por ciento psicológicamente y sin tratamiento médico, desde un enfoque jungiano y comparándolos con algunos datos retomados del mismo INPer, se pudieron obtener resultados muy interesantes que coadyuvaron a la propuesta psicológica que esta investigación brinda hacia las mujeres con problemas de infertilidad y esterilidad con la finalidad de continuar el trabajo desde un plano más práctico en lugares donde se proporciona atención a mujeres en aspectos reproductivos.

CAPITULO 1

LA PSICOLOGÍA EN EL AMBITO DE LA SALUD

“Los médicos modernos saben tal vez escuchar los diferentes órganos de la gente mejor que los médicos de otros tiempos, pero éstos sabían escuchar mejor a la gente”

Journal of the American Medical Association

Muchas veces al revisar temas sobre enfermedad, uno espera encontrar sólo tratamientos médicos para la cura del problema, ya que todo lo achacamos a cuestiones físicas y biológicas, pero en la actualidad, a otros factores, como son los psicológicos, se les empieza a dar más importancia en cuanto a que éstos influyen definitivamente en los trastornos de la enfermedad. En la antigüedad, lo que no se podía curar con medicina o no se le encontraba explicación, se dejaba de atender como algo incurable o se le manejaba en el ámbito psiquiátrico, o como hechizo. Ahora lo no explicable médicamente empieza a ser resuelto buscando alternativas no ortodoxas como son los tratamientos naturistas y psicológicos.

Por lo tanto, el propósito de este capítulo es dar un panorama de cómo se ha ido estudiando la salud y la enfermedad desde un punto de vista biomédico y, a partir de las limitaciones que ésta va teniendo, otras áreas, como es la psicología, logra introducirse a estos terrenos obteniendo así grandes descubrimientos y aportaciones (como se verá más adelante).

Por tal motivo es necesario conocer sobre los inicios de la medicina y de la manera en que poco a poco la psicología ha hecho su incursión en ésta, después conocer las diferentes perspectivas teóricas de la psicología, que conllevarán a una visión muy distinta de lo que acontece en el ámbito de la salud y sus trastornos.

1.1. La salud y la enfermedad.

Es bien sabido que cuando se habla sobre la salud uno suele enfocarse a lo que es el área médica, pero se ha visto que la medicina al ser influenciada por la corriente cartesiana, inclinó su función hacia una visión más reduccionista, enfocándose sólo a la enfermedad fisiológica pensando que con darle solución a ésta se atendería también lo que es la salud. Sin embargo, ni el uso de medicamentos ha sido del todo satisfactorio para alcanzar la salud.

El medio ambiente y la parte emocional de la persona son factores muy importantes que deben tomarse en cuenta junto con lo fisiológico para la obtención de la salud y que la medicina como tal, a dejado de lado.

De acuerdo a Capra (1982), desde la medicina hipocrática tenían la convicción de que las enfermedades eran causadas por fenómenos naturales que se pueden estudiar y en los que se puede influir por medio de procedimientos terapéuticos. En cuanto al arte de la curación, Hipócrates reconoció las fuerzas curativas de los organismos vivos, fuerzas que denominó "el

poder curativo de la naturaleza" La tarea del médico era ayudar a estas fuerzas naturales creando las condiciones más favorables para el proceso de recuperación. Este es el significado original del término terapia, que deriva del griego *therapeuein* "asistir". Pero en la práctica, los médicos no lo aplican y más con la influencia cartesiana donde el médico goza de la mejor reputación si es especialista y conoce en detalle una determinada parte del cuerpo.

Una diferencia entre la visión oriental (como puede ser el holismo) y la occidental (como el cartesiano) en los problemas de la salud es que, en las sociedades orientales, el **conocimiento subjetivo** suele ser muy apreciado, en la visión occidental lo mejor visto es el **pensamiento deductivo racional**.

En lo que se refiere al concepto de salud y el fenómeno de la curación han tenido diferentes significados en distintas épocas. El concepto de salud, como el concepto de vida, no puede ser definido con precisión de hecho, ambos conceptos van íntimamente ligados entre sí. El significado de la salud depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste con su entorno. Para la OMS "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males" (Capra, 1982, p. 136).

La salud de acuerdo con los escritos hipocráticos, requiere un estado de equilibrio entre las influencias ambientales, los modos de vida y los varios componentes de la naturaleza humana.

En lo que concierne al arte de la curación, Hipócrates reconoció las fuerzas curativas intrínsecas de los organismos vivientes, fuerzas que denominó "el poder curativo de la naturaleza". La tarea del médico era ayudar a estas fuerzas naturales creando las condiciones más favorables para el proceso de recuperación. Además de definir al terapeuta como aquel que asiste, o que favorece al proceso natural de la curación, los escritos hipocráticos contienen también un código riguroso de ética médica conocido con el nombre de Juramento hipocrático, que sigue siendo el ideal de los médicos en la actualidad.

Enfermedad y salud, son conceptos singulares por cuanto a que se refieren a un estado del ser humano y no a órganos o partes del cuerpo como parece indicar el lenguaje habitual. El cuerpo, de acuerdo a Dethlefsen y Dalkhe (1994), nunca está enfermo ni sano ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente, el cuerpo no hace nada por sí mismo. El cuerpo de una persona viva debe su funcionamiento precisamente a instancias inmateriales como son la conciencia, alma, vida y espíritu. La conciencia emite la información que se manifiesta y se hace visible en el cuerpo. Lo que ocurre en el cuerpo de un ser viviente es expresión de una información. Cualquier función orgánica no puede explicarse por la materia en sí, sino que depende de una información concreta, cuyo punto de partida es la conciencia.

Cuando distintas funciones corporales se conjugan en un modelo determinado, se produce un modelo que parece ser armonioso y por ello se le denomina "salud", si una de las funciones se perturba la armonía del conjunto se rompe, y se puede hablar de "enfermedad". Enfermedad significa pues, la pérdida de una armonía o también el trastorno de un órgano hasta ahora equilibrado (Dethlefsen y Daikhe, 1994). La pérdida de la armonía se produce en la conciencia en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra; por consiguiente, el cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia. El cuerpo material es el escenario en el que se manifiestan las imágenes de la conciencia, de tal manera que si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma, por lo tanto es un error afirmar que el cuerpo está enfermo, enfermo puede estar sólo el ser humano, por más que el estado de enfermedad se manifieste en el cuerpo como síntoma.

Síntomas hay muchos, pero todos son expresiones de un único e invariable proceso que se llama enfermedad, y que se produce siempre en la conciencia de una persona; sin la conciencia pues, el cuerpo no puede vivir ni puede enfermar.

Cuando en el cuerpo de una persona se manifiesta un síntoma, éste más o menos llama la atención interrumpiendo con frecuencia bruscamente la continuidad de la vida diaria. Un síntoma es una señal que atrae la atención se quiera o no, esta interrupción que parece llegar de afuera produce una molestia y desde ese momento no tenemos más que un objetivo: eliminarla. El ser humano no quiere ser molestado y ello hace que empiece la lucha contra el síntoma, la lucha exige atención y dedicación, el síntoma siempre consigue que estemos al pendiente de él. Desde el tiempo de Hipócrates, la medicina académica ha tratado de convencer a los enfermos de que un síntoma es un hecho más o menos fortuito, cuya causa debe encontrarse en los procesos funcionales en los que tan afanosamente se investiga (Dethlefsen y Daikhe, 1994).

Aquello que en nuestro cuerpo se manifiesta como síntoma, es la expresión visible de un proceso invisible y con su señal pretende interrumpir nuestro proceder habitual, avisar de alguna anomalía y obligarnos a hacer una indagación, es por eso que el tratar de enfadarse con el síntoma y el intentar suprimirlo impidiendo su manifestación, sería tonto ya que, lo que se debe eliminar es la causa no el síntoma, por consiguiente si se quiere descubrir qué es lo que señala el síntoma se tiene que apartar la mirada de él y buscar más allá, pero la medicina académica es incapaz de dar este paso y en esto radica su problema, se deja fascinar por los síntomas y por ello equipara síntomas y enfermedad.

La medicina se limita a adoptar medidas puramente funcionales que como tales, no son ni buenas ni malas sino intervenciones viables en el plano material. La enfermedad no es un

obstáculo que se cruce en el camino sino la enfermedad en sí es el camino por el que el individuo va hacia la curación. Cuanto más conscientemente contemplemos el camino mejor podrá cumplir su cometido (Dethlefsen y Dalkhe, 1994)

Retomando lo anterior sobre el síntoma, en donde se refiere que éste es la expresión visible de un proceso invisible, Carl Jung (citado en Dethlefsen y Dalkhe, 1994), denomina a este proceso como sombra (que es la forma de todas las facetas de la realidad que el individuo no conoce o no quiere reconocer en sí y, por consiguiente descarta); la sombra la posee el ser humano y éste no sabe que la tiene ni la conoce. El hombre siente y ve a la sombra en el exterior, es decir, la proyecta (proyección significa la mitad de todos los principios que se fabrican en un exterior y, que no se quieren tener en el interior). Todo lo que el ser humano rechaza pasa a su sombra, que es la suma de todo lo que él no quiere, la negativa a afrontar y asumir una parte de la realidad no conduce al éxito deseado, por el contrario, el ser humano tiene que ocuparse muy especialmente de los aspectos de la realidad que ha rechazado, esto suele suceder a través de la proyección, ya que cuando uno rechaza en su interior un principio determinado cada vez que lo encuentra en el mundo exterior desencadena en él una reacción de angustia y repudio.

La sombra hace enfermar, es decir, hace incompleta a la persona, para completarla hace falta todo lo que hay en ella. La sombra produce la enfermedad y el encararse con ésta sería la clave para su comprensión y curación. La sombra contiene las exigencias y deseos que, por ser más débiles y menos adaptables, quedan fuera de la conciencia. La sombra organiza y reúne.

- a) Lo **reprimido** por la persona por considerarlo como negativo
- b) Lo **despreciado** por la persona por considerarlo sin valor en sus relaciones con el individuo (esas cualidades no las cultiva y permanecen primitivas en el complejo de su sombra)
- c) Lo **no elegido** en las posibilidades de la tipología temperamental. Es decir, si un individuo es en su persona introverso y reflexivo, en su sombra es "extroverso y sentimental" (Jung, 1933)

La sombra tiene una peculiar tendencia "la proyección" en los otros. Por ello siempre se le atribuye al "otro" todas las cualidades diabólicas e infernales que no se gusta reconocer en uno mismo. (Jung, 1933)

El encuentro con la sombra puede hacerse en el estudio de los sueños. Son sueños embarazosos en los que el individuo se encuentra realizando o viendo realizar lo más criticable por él en el estado de vigilia. La sombra **siempre tiene el mismo sexo que la persona**. Por ello es particularmente en contacto con la gente del mismo sexo cuando una persona se tambalea ante su

propia sombra y la de los demás (Jung, 1974) Jung no le da en sí el valor negativo que Freud le otorgó. La negatividad a veces es debida a la falta de cultivo de cualidades positivas, por las que éstas surgen inmaduras.

La sombra, pues, tiene al fin y al cabo una función positiva **compensar a la persona**. Si se cultivan sus características relegadas, el Yo se enriquecerá de su energía y se armonizará. Por el contrario, cuanto más fuerte es rechazado, tanto cuanto más se hará autónoma y acapará un ingente volúmen de libido que debilitará al Yo (Rojó, 1991)

Un síntoma siempre es parte de la sombra que se ha introducido en la materia, por el síntoma se manifiesta todo aquello que le hace falta al ser humano, por el síntoma el ser humano experimenta todo aquello que no quiere experimentar conscientemente, el síntoma, valiéndose del cuerpo, reintegra la plenitud al ser humano. Es el principio de contrariedad lo que en última instancia impide que el ser humano deje de estar sano. Si una persona se niega a asumir conscientemente un principio, este principio se introduce en el cuerpo y se manifiesta en forma de síntoma entonces, el individuo no tiene más remedio que asumir el principio rechazado, por lo tanto el síntoma completa al hombre. (Rojó, 1991).

Dethliessen y Dalkhe (1994), refieren que la enfermedad es un estado que indica que el individuo en su conciencia ha dejado de estar en orden y en armonía y esta pérdida del equilibrio interno se manifiesta en el cuerpo en forma de síntomas. El síntoma es pues señal y portador de la información, ya que con su aparición interrumpe el ritmo de vida de la persona y obliga a que se esté al pendiente de ella. El síntoma nos informa de que algo falla, nota un defecto, una falta, la conciencia ha reparado en que para estar sanos falta algo, esta carencia se manifiesta en el cuerpo como un síntoma. Cuando el individuo entiende la diferencia entre enfermedad y síntoma, su actitud básica y su relación con la enfermedad se modifican rápidamente, ya no considera al síntoma como a un gran enemigo cuya destrucción debe ser su mayor objetivo, sino que descubre en él a un gran aliado que puede ayudarlo a encontrar lo que le falta y así vencer a la enfermedad. Un cuerpo ni está enfermo ni sano, pues en él sólo se reflejan en cada caso los estados de conciencia.

1.2. Antecedentes de la Psicología en el ámbito de la salud.

Durante mucho tiempo, los fenómenos de la salud han tratado de explicarse desde la perspectiva de la enfermedad. El fracaso de estos enfoques ha llevado a los expertos a explorar el otro extremo del continuo como una realidad independiente. Asociada muy cercanamente a la medicina conductual, la Psicología de la Salud se interesa tanto por el comportamiento que representa una amenaza a la salud como por el que la promueve, la mantiene y la mejora.

La Psicología de la Salud se desarrolla a partir de los trabajos realizados en las áreas de Fisiología y Psicología Experimental, prueba de ello son los trabajos de Pavlov, quien a principios de este siglo contribuyó con su concepto de "reflejo condicionado" dando pie a la Psicología del Aprendizaje

Por otro lado, una aportación importante la hizo Selye (30's), con sus observaciones de las disfunciones orgánicas. Promovió las primeras teorías al respecto, explicando la intervención del estrés sobre la fisiología del organismo. (Betancourt, Figueroa, 1994)

En la década de los 60's, se generan los estudios pioneros de la Psicología en el campo de la salud. En Estados Unidos, los trabajos de Miller (1969) marcan el inicio de intervenciones para padecimientos como la cefalea, tortícolis, hipertensión arterial esencial, etc., por medio de la biorretroalimentación, que consiste en adiestrar a los individuos en el control de funciones como el tono muscular, la presión arterial, la temperatura, etc.

La inclusión de estas técnicas en el campo de la salud es relevante si se toma en cuenta el excesivo incremento en el gasto de servicios de salud, la evidente incapacidad de la tecnología médica en la erradicación de enfermedades y trastornos de la época, el incremento de las enfermedades colaterales debidas al uso de fármacos (iatrogenia) (Báyes, 1985), además de la imperiosa necesidad de contrarrestar la indiferencia de los ciudadanos para asumir un papel activo y responsable en el cuidado de la salud. Originalmente la solución de estos problemas fue planteada por la Medicina Comportamental.

La diferencia entre Medicina Comportamental y la Psicología de la Salud es que la primera está restringida a la aplicación de las Técnicas del Análisis Experimental de la Conducta mientras que, la segunda incluye todas aquellas técnicas de la Psicología que se utilicen en el campo de la salud.

Otro acontecimiento fue en 1978, cuando la American Psychological Association crea la División 38 denominada Health Psychology (Psicología de la Salud) que tiene como objetivo principal fomentar y difundir las actividades profesionales del psicólogo para ampliar y optimizar el conocimiento en cuanto al proceso "salud-enfermedad" (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988)

Así Torres y Beltrán (1986), definen a la Psicología de la Salud como "La actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, comportamientos, valores, hábitos, etc.), que faciliten la vinculación estrecha de salud-población en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que afecta a la población". (P 15)

La observación de la importancia que tiene el comportamiento en la salud llevó, desde los 60's, al establecimiento de varias instituciones que reconocen la valiosa contribución que tiene el psicólogo en la prevención de las enfermedades. En estas instituciones se generaron una serie de programas con los que la Psicología de la Salud puede abordar dichos problemas.

La participación del psicólogo en el ámbito de la salud, hace algunos años se daba solamente en actividades tales como elaborar programas educativos y de información para la población y en su defecto en selección de personal o impartiendo cursos de relaciones humanas, o aún ejerciendo como ayudante de terapia o psicómetra en el área de salud mental como subordinado del psiquiatra.

Ahora, una vez superado el enfoque biologicista del proceso salud-enfermedad, se da paso a una actividad orientada a una visión holista que interviene en dicho proceso, considerando el hecho de que los estados psicológicos de una persona guardan una estrecha relación con su estado orgánico y físico, es así como la inclusión del psicólogo en las actividades de la salud se ha hecho necesaria, con la finalidad de favorecer el bienestar de los habitantes de una comunidad en donde el psicólogo funge un papel activo en el sector salud.

1.3. La importancia de la Psicología en el ámbito de la salud.

Se sabe que la psicología dentro del ámbito de la salud ha sido reciente y que su incursión es debida a algunas limitaciones encontradas desde la época cartesiana dentro del área médica (como es su visión reduccionista), y que poco a poco han sido reconocidas permitiendo así el apoyo e intervención tan importante de la psicología a esta rama que es la salud-enfermedad pues van muy de la mano.

Antes de Descartes, la mayoría de los sanadores se orientaban hacia la interacción entre cuerpo y alma y trataban al paciente dentro del contexto de su entorno social y espiritual. Como la visión de ellos cambiaba con el tiempo, también lo hacía su visión de la enfermedad y sus métodos de tratamiento. Por lo general se preocupaban de toda la persona del paciente. Cuando Descartes hizo la separación de mente-cuerpo llevó a los médicos a concentrarse en el cuerpo dejando a un lado los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad. Como la perspectiva biomédica se trasladó del estudio de los órganos y de sus funciones al estudio de las células y, finalmente, al de las moléculas, se fue descuidando cada vez más el fenómeno de la curación y a los médicos les resultaba cada día más difícil tratar con la interdependencia del cuerpo y la mente. A pesar de que el propio Descartes había introducido la separación de mente-cuerpo, él consideraba que la interacción de ambos era esencial en la naturaleza humana, y comprendía las repercusiones que esto tenía en la medicina (Vrooman, 1970).

A lo largo de la historia de la medicina, los médicos habían discutido la cuestión de si la causa de una enfermedad era un único factor o si era el resultado de un conjunto de factores que actuaban simultáneamente. En el siglo XIX Pasteur y Bernard representaron estos dos puntos de vista. Por un lado, Bernard hacía hincapié en los factores ambientales, externos e internos, y acentuaba la idea de la enfermedad producida por una pérdida del equilibrio interno que suponía, por lo general, la concurrencia de un gran número de factores. Pasteur por lo contrario, centraba sus esfuerzos en esclarecer el papel desempeñado por las bacterias en la aparición de una enfermedad, relacionando diferentes enfermedades con determinados microbios. Pasteur daba por sentado que un cuerpo sano ofrece una impresionante resistencia a muchos tipos de microbios, sabía que todo organismo humano actúa como huésped de una gran cantidad de bacterias, e indicó que estas bacterias sólo resultan dañinas cuando el organismo se halla debilitado. Pasteur fue más lejos aún, cuando sugirió que el estado mental de la persona puede afectar su resistencia a la infección (Capra, 1982, p 142)

Conforme a los adelantos en el campo de la biología, éstos se acompañaron del desarrollo de la tecnología médica, al propio tiempo que la atención de los médicos se fue desplazando del paciente a la enfermedad.

El énfasis puesto en la localización y definición precisa de las patologías fue utilizado en el estudio médico de los trastornos mentales, para el que se acuñó el término de psiquiatría (del griego psyche "mente" y atreia "curación"). En vez de tratar de comprender los aspectos psicológicos de las enfermedades de la mente, los psiquiatras centraron sus esfuerzos en encontrar causas orgánicas - infecciones, deficiencias de nutrición, lesiones en cerebro - para todos los trastornos mentales. La psiquiatría logró establecerse firmemente como rama de la medicina sometida al modelo biomédico. En el siglo XIX, el limitado éxito del enfoque biomédico de las enfermedades mentales había inspirado un movimiento alternativo - el enfoque psicológico - que llevó a la creación de la psiquiatría dinámica y de la psicoterapia de Freud, creando un vínculo más estrecho entre la psiquiatría, las ciencias sociales y la filosofía. (Levin, 1977, citado en Capra, 1982)

Para hacer accesible el pensamiento y sentimiento a la investigación científica, Freud tuvo que buscar el punto en el cual estaban basados en lo concreto, lo biológico. Lo logró centrando el psicoanálisis alrededor de la sexualidad y dándole como base su teoría de los instintos. Para Freud, la fuerza que mueve nuestros pensamientos, acciones actividades y percepciones, es la libido, definida como energía dinámica del instinto sexual. Que Freud haya logrado unir lo psicológico con lo somático y ver al ser humano como unidad, es uno de los métodos más decisivos del psicoanálisis y simultáneamente su fundamento (Langer, 1994)

En el siglo XX persistió la orientación reduccionista de las ciencias biomédicas. El sistema biomédico cosechó varios triunfos, pero muchos de ellos demostraron los problemas intrínsecos de los métodos utilizados. Así pues, al reducir las funciones biológicas a sus mecanismos moleculares y a sus principios activos, los investigadores biomédicos se han visto obligados a limitarse a ciertos aspectos del fenómeno que están estudiando. En consecuencia, sólo obtienen una visión parcial de los trastornos que investigan y de los medicamentos que inventan. Todos los aspectos que van más allá de esta visión se consideran intrascendentes en lo que respecta a los trastornos, y están catalogados como "efectos secundarios" de los fármacos.

Es difícil juzgar pues, la relación entre la medicina y la salud puesto que la mayoría de las estadísticas sobre la salud utilizan un criterio parcial, definiéndola como la ausencia de enfermedad. Una apreciación significativa tendría que abarcar tanto la salud individual como la salud social, y habría que incluir las enfermedades mentales y las patologías sociales. Una visión tan amplia demostraría que, si bien la medicina ha contribuido a erradicar varias enfermedades, esto no significa necesariamente que haya restituido la salud en la aceptación más general del término. Considerando la salud desde un punto de vista holístico, las enfermedades físicas no son sino manifestaciones de un desequilibrio básico del organismo. (Capra, 1982)

De hecho, las patologías psicológicas y sociales se han vuelto un gran problema para la sanidad pública. Según varias encuestas, hasta el 25% de la población tiene suficientes problemas psicológicos para ser considerada gravemente disminuida y necesitada de atención terapéutica (Knowles, 1977)

La salud tiene varias dimensiones y todas ellas surgen de la compleja interacción entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la naturaleza humana, sus distintas facetas reflejan todo el sistema social y cultural y nunca se le puede representar con un sólo parámetro, como el índice de mortalidad o el promedio de vida. La esperanza de vida es una estadística útil pero no basta para medir la salud de la sociedad. Para tener una imagen más exacta se le debe prestar más atención a la calidad que a la cantidad. (Fuchs, 1974)

Como se ha visto, los mecanismos biológicos rara vez son la causa exclusiva de una enfermedad, entenderlos no equivale necesariamente a un adelanto de la asistencia sanitaria. Por tanto, los que afirman que la ciencia ha progresado muy poco en los últimos veinte años también tienen razón, pues están refiriéndose a la curación y no a los conocimientos científicos. La investigación biomédica seguirá siendo una parte importante de la asistencia sanitaria del futuro siempre y cuando se vayan integrando en un enfoque más amplio y holístico (Seldin, 1977 citado en Capra, 1982). Sin embargo, los mismos médicos han sido responsables de la creación de este

dilema, insistiendo en que ellos son los únicos capacitados para determinar lo que constituye una enfermedad y para escoger la terapia adecuada

Según el modelo biomédico, el médico es la única persona que sabe qué es importante para la salud de sus pacientes y sólo él puede hacer algo al respecto, pues todos los conocimientos de la salud son racionalistas, científicos y están basados en una observación objetiva de los datos clínicos. Por tanto los análisis de laboratorio y medición de parámetros físicos en la sala de reconocimiento se suelen considerar más importantes para la diagnosis que la **evaluación del estado emocional, de la historia familiar y de la situación social del paciente**. Y por otro lado, la mayoría de los pacientes no entienden sus intrincados detalles, pero se les ha condicionado para creer que el médico es el único que sabe la causa de sus enfermedades y que la intervención tecnológica es lo único que los puede curar (Capra, 1982)

La distinción cartesiana ha influido desde varias maneras en la práctica de la asistencia sanitaria. En primer lugar, ha dividido a los profesionales en dos campos que rara vez se comunican. Los médicos se ocupan del tratamiento del cuerpo, mientras los psiquiatras y psicólogos se encargan de la curación de la mente. La división cartesiana ha engendrado los dos tipos diferentes de documentación que hoy existen en el campo de la investigación médica. La documentación psicológica trata extensivamente y aporta pruebas sobre la importancia de los estados emocionales en la enfermedad: estas investigaciones son llevadas a cabo por psicólogos que utilizan métodos experimentales y se publican en revistas de psicología que rara vez son leídas por los científicos biomédicos. Por su parte, la documentación médica está firmemente basada en la fisiología y casi nunca se ocupa de los aspectos psicológicos de la enfermedad

Evitar las cuestiones filosóficas y existenciales que surgen en relación con todas las enfermedades graves, es un rasgo característico de la medicina moderna. Es además consecuencia de la división cartesiana que ha llevado a los médicos a concentrarse exclusivamente en el aspecto de la salud. De hecho rara vez se plantean la pregunta "¿qué es la salud?", ni tampoco se discuten las actitudes y modos de vida más saludables, considerados como cuestiones filosóficas que pertenecen al dominio espiritual y no al de la medicina. Además se da por sentado que la medicina es una ciencia objetiva y que no está interesada en emitir juicios morales (Capra, 1982)

Uno de los errores del enfoque biomédico radica en confundir el proceso de una enfermedad con el origen de ésta. En vez de preguntarse por qué ocurre una enfermedad y tratar de suprimir las condiciones que la originan, los investigadores médicos exploran los mecanismos biológicos a través de los cuales funciona la enfermedad, para luego poder interferir en ellos.

Thomas McKeown (1982) ha puesto de relieve que "hay que darse cuenta de que el problema más importante de la medicina es el por qué ocurre una enfermedad y no como se desarrolla ésta después de que ha ocurrido". En otras palabras, los conceptos médicos han de dar preferencia a los orígenes de la enfermedad por encima de la naturaleza del proceso patológico

En el proceso de reducir el "estar enfermo" a la enfermedad, la atención de los médicos se ha distanciado de la persona del paciente. Mientras que el estar enfermo es una condición de toda persona, la enfermedad es una alteración de una determinada parte del cuerpo, y en vez de tratar con personas enfermas, los médicos se han concentrado en tratar con las enfermedades de estos pacientes, perdiendo de vista la importante diferencia entre ambos conceptos (Cassell, 1976)

A causa de la definición biomédica de la enfermedad como base del "estar enfermo", el tratamiento médico está dirigido exclusivamente a las anomalías biológicas. Pero el tratamiento, por más éxito que tenga, no devuelve la salud del paciente. La salud del paciente puede seguir estando afectada por sus problemas emocionales y, de no tratarlos, es posible que se produzca la reaparición del mal.

Actualmente, a pesar de su bien ganada fama de conservadurismo, la medicina occidental está experimentando una revitalización sorprendente. Pacientes y profesionales están comenzando a buscar el contexto de la enfermedad más allá de los síntomas: en las tensiones, en la sociedad, en la familia, en la dieta alimenticia, en los ciclos biológicos, en las emociones.

La búsqueda del sí mismo se ha convertido en una búsqueda de la salud, de la totalidad en una búsqueda de ese depósito de sabiduría y salud mental que hasta ahora parecía escapar del alcance de la conciencia (Cassell, 1976)

Empujados por una auténtica avalancha de investigaciones sobre la psicología de la enfermedad, quienes en otro tiempo identificaban el ejercicio de la medicina con la separación entre el cuerpo y la mente, intentan hoy recomponer su unidad por todos los medios.

El concepto de salud holística ha sido reconocido oficialmente por programas estatales y federales, ha recibido el respaldo de los políticos, ha sido recomendado y garantizado por las compañías de seguros, aceptado en cuanto a su terminología por muchos médicos y adoptado por los estudiantes de medicina en general. La gente aspira a una salud "holística", han surgido en multitud de nuevos complejos sanitarios que la ofrecen y muchos grupos de médicos buscan personas que sepan exponer sus principios (Ferguson, 1985)

En un artículo del Journal of the American Medical Association (citado en Ferguson, 1985, pág. 276) decía que los médicos modernos saben tal vez escuchar los diferentes órganos de la gente mejor que los mejores médicos de otros tiempos, pero éstos sabían escuchar mejor a la gente. Continúan diciendo "sospecho que nuestra sensibilidad diagnóstica sufrió algún tipo de atrofia el día que sustituimos la observación subjetiva por los datos objetivos de laboratorio"

El adjetivo "holístico", cuando se le emplea con propiedad, indica un enfoque cualitativamente diferente, basado en el respeto a la interacción entre la mente, el cuerpo y el entorno

El enfoque holístico va más allá del tratamiento alopático de las enfermedades y los síntomas, pretende corregir la desarmonía subyacente, causa del problema. El enfoque holístico puede incluir una diversidad de instrumentos y tratamientos diagnósticos, algunos ortodoxos otros no.

Algunas comparaciones de ambos enfoques son los siguientes

CONCEPCIONES DEL ANTIGUO PARADIGMA DE LA MEDICINA	CONCEPCIONES DEL NUEVO PARADIGMA DE LA SALUD
Tratamiento de los síntomas	Además de tratar a los síntomas, tiene interés por detectar pautas y causas.
Especializada.	Integrada, preocupada por el paciente en su totalidad.
Énfasis sobre la eficacia	Énfasis sobre los valores humanos
Neutralidad emocional del profesional	La actitud del profesional es un factor de curación.
El dolor y la enfermedad son totalmente negativos.	El dolor y la enfermedad son fuentes de información sobre el conflicto y la desarmonía subyacente
Intervención principalmente por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas.	Intervención mínima con la "tecnología apropiada", complementada con un arsenal completo de técnicas no invasoras (psicoterapias, dieta, ejercicio)

Cuerpo considerado como una máquina en buen o mal estado	Cuerpo considerado como un sistema dinámico, como un contexto, o como un campo energético dentro de otros
Enfermedad e incapacidad vistas como cosas, como entidades	Enfermedad e incapacidad vistas como procesos.
Preocupación por eliminar los síntomas, la enfermedad.	Preocupación por alcanzar un máximo de bienestar, una 'meta-salud'
El paciente es dependiente	El paciente es (o debería ser) autónomo.
El profesional tiene autoridad	El profesional es un compañero terapéutico
El cuerpo y la mente están separados, la enfermedad psicosomática es mental, corresponde al psiquiatra.	Continuo cuerpo-mente, la enfermedad psicosomática entra en el campo de todos los profesionales de la salud
La mente es un factor secundario en las enfermedades orgánicas	La mente es un factor primario o equivalente a los demás en toda enfermedad
El efecto placebo demuestra el poder de la sugestión	El efecto placebo demuestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación
Confianza principalmente en la información cuantitativa (diagramas, pruebas, datos)	Confianza primariamente en la información cualitativa, que abarca las informaciones dadas por el paciente y la intuición del profesional, los datos cuantitativos son auxiliares
La "prevención" se centra fundamentalmente en lo exterior: vitaminas, descanso, ejercicio, inmunización, no fumar.	"Prevención" coextendida a la totalidad trabajo, relaciones, objetivos, unidad cuerpo-mente-espíritu

*(Ferguson, 1985, pp. 281-283)

Ferguson, comenta que los promotores de la salud holística gustan de señalar que la enfermedad, el malestar, es una falta de armonía, de bienestar

El papel que juega en la curación la alteración de la conciencia puede que sea el descubrimiento más importante de la ciencia médica moderna

Los conflictos que no han sido afrontados conscientemente pueden hacer su aparición como daño físico en formas tan variadas como personas hay. Si se aprende a prestar atención a los propios conflictos internos, se pueden resolver de una forma menos drástica para la salud

A medida que avanza la investigación sobre el cerebro, va resultando mas comprensible la conexión entre la mente y la enfermedad. El cerebro gobierna o influye indirectamente en todas las funciones corporales. presión sanguínea, ritmo cardiaco, respuesta inmunológica, hormonas y todo lo demás. Sus mecanismos están entrelazados en un sistema de alarma, y dispone de una especie de genio oscuro, capaz de organizar los desórdenes correspondientes a la más neurótica de las imaginaciones (Ferguson, 1985)

Toda enfermedad, ya se trate de un cáncer o de esquizofrenia, o sea simplemente un resfriado, se origina en el cuerpo-mente

La rigidez de las pautas corporales contribuye al bloqueo de los procesos mentales, dando lugar al círculo vicioso de la patología psicocorporal. No podemos separar lo físico de lo mental, como tampoco pueden separarse los hechos de la imaginación, ni el presente del pasado. Así como el cuerpo siente la pena que experimenta la mente, así también la mente se ve constreñida por el recuerdo obstinado que el cuerpo guarda de lo que la mente solía sentir, y así sucesivamente.

Este ciclo puede interrumpirse por medio del "trabajo corporal" que realizan con profundidad ciertas terapias (a menudo de forma dolorosa), por medio de mensajes, manipulaciones, movimientos liberadores u otro tipo de técnicas que producen cambios en el sistema neuromuscular, en la percepción de la gravedad, o en la simetría del cuerpo

Los cambios así introducidos en el cuerpo pueden afectar de manera profunda a todo el circuito psicocorporal

Wallace Ellerbroek (citado en Ferguson 1985,pág 294) refiere, "nosotros los médicos parece que sentimos cierta predilección por otorgar un nombre sustantivo a cada enfermedad (epilepsia, resfriado, tumor cerebral), pero si estas cosas merecen que les demos como nombre un sustantivo, es porque -evidentemente- las consideramos como cosas. Pero si convertimos uno de estos sustantivos, por ejemplo resfriado, en un verbo, entonces podemos decir: "señora, su hijo parece estarse resfriando", lo que tal vez ayuda a que ambos nos demos cuenta de que toda enfermedad es un proceso"

Ellerbroek (citado en Ferguson, 1985), ha tratado con éxito muchas enfermedades por el procedimiento de enseñar a los pacientes a afrontar y a aceptar el proceso, prestando atención a su desarrollo

La salud y la enfermedad no son cosas que suceden sin más. Son procesos activos, resultado de una armonía o una desarmonía interior, que están profundamente afectados por los estados de conciencia, y por la capacidad o incapacidad de dejarse fluir al compás de la propia experiencia. El reconocimiento de que eso es así supone implícitamente una responsabilidad, pero es también una fuente de oportunidades. Si se participa aunque sea de forma inconsciente, en el proceso de la enfermedad puede forzar su aparición ante la propia conciencia.

Así como la búsqueda del sí mismo trae consigo la búsqueda de la salud, ésta puede también conducir a una mayor autoconciencia. Cuando el curar no es algo distinto de la propia realidad, se convierte en un estilo de vida (Ferguson, 1985).

Un psicólogo, propulsor de la medicina holística, mencionó al respecto que "si queremos conseguir que la gente cambie, es importante no empujarles ni tirar de ellos, sino simplemente caminar a su lado" (Ferguson, 1985, pág. 296).

En el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), hacia 1977, funcionaban "grupos esotéricos", que se reunían semanalmente para discutir de manera informal acerca de temas como curaciones chamánicas, meditación, diagnóstico por el aura. Un grupo de trabajo de California, patrocinado por el NIMH, compiló un libro basándose en artículos encargados expresamente en relación con las medicinas alternativas con el propósito de conferir legitimidad a sus presupuestos. El estudio de los cambios psicocorporales producidos por las psico-técnicas fue apoyado por medio de subvenciones federales. El NIMH contrató asimismo la preparación de una bibliografía anotada sobre la medicina holística. En la convocatoria publicada al efecto, la institución definía elocuentemente la necesidad:

En las dos últimas décadas muchos médicos y profesionales de la salud mental han empezado a descubrir las limitaciones del paradigma y la práctica de la medicina alopática occidental. El acento puesto sobre la patología y la enfermedad más que la prevención, el carácter destructivo de muchos remedios farmacéuticos y quirúrgicos, la excesiva separación entre los problemas físicos y los emocionales, la presuposición de una fundamental asimetría en la relación entre el médico todopoderoso y el paciente sumiso han empujado a doctores e investigadores a buscar respuestas en otras tradiciones y métodos.

Esta búsqueda ha conducido a muchos de ellos a indagar en tradiciones en las que el cuerpo y la mente son considerados como una unidad, y en las que la labor terapéutica está orientada a ayudar a los procesos naturales de curación. Algunos han volcado su interés en formas de medicina tradicional -como acupuntura, homeopatía, herboristería, meditación, curación psíquica-, otros, en técnicas nuevas, como imaginación dirigida y biofeedback (Ferguson, 1985)

1.4. La importancia de la Psicología en el ámbito de la Reproducción Humana.

En el área de reproducción humana, la psicología ha tenido poco campo en la atención e investigación de lo que sucede con los procesos psicológicos, ya que se piensa que la parte médica es la única que mantendrá en ambiente sano y saludable a la pareja. Pero conforme se van conociendo todas las implicaciones y factores que giran alrededor de la reproducción, como es la sexualidad, la maternidad, etc., se puede ver que el resultado inicial que se mencionó no siempre se da.

El embarazo, el parto y el nacimiento son partes de un mismo proceso, el de la reproducción humana, es el proceso de crear una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre. Este proceso tiene tanto aspectos biológicos y sociales como psicológicos.

Marie Langer (1994) hace una revisión literaria psicoanalítica muy interesante sobre lo que gira en torno a la mujer y la maternidad y menciona que actualmente, la maternidad ya no es tan deseada. Dada nuestra organización social- con el trabajo femenino, la crisis de vivienda, el elevado costo de la educación de un niño- el nacimiento de un hijo es sentido a menudo más bien como un estado económico y social, que como una alegría. El ideal de la maternidad, se ha sustituido actualmente por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente y muy frecuentemente en contra de la maternidad.

La mujer que está en conflicto consigo misma como tal, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar del todo la maternidad (Langer, 1994).

Dentro de lo que son los aspectos biológicos, los cambios físicos que experimenta la mujer durante la gestación no tienen comparación. Las alteraciones de la forma del cuerpo con notable incremento de peso son generalmente muy evidentes. Hay profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta. Nuevas sensaciones llegan al cerebro desde la periferia y, desde el quinto mes, la gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en progresión creciente hasta el momento del parto.

En lo que se refiere al aspecto psicológico y social, todas las culturas conocidas regulan la conducta reproductora dentro de un marco legal y ritual. Cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento.

En todo caso, la sociedad demanda una garantía por parte de los padres, en forma de sentimientos de responsabilidad y de conductas adecuadas para el éxito de la gestación. Para el grupo social, el embarazo es signo evidente de que la pareja es sexualmente normal y de que la mujer ha alcanzado la madurez. En 1950 Erickson introdujo el calificativo "psicosocial" para referirse a la "interacción entre los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social" (Salvatierra, 1989, p. 13). La vida de una persona atraviesa una serie de estadios de desarrollo psicosocial. Durante cada estadio, la sociedad espera determinados comportamientos, que son los correspondientes a la edad y situación. Ese trabajo psicológico que se denomina tarea de desarrollo psicosocial prepara al sujeto para el estadio siguiente, a través de la adquisición de nuevas habilidades empleadas para decrecer la tensión. El embarazo es un estado de desarrollo que implica una tarea, la de aceptar la gestación, y la de aceptar y ejercer el papel materno con afecto o ternura. Dentro de lo mencionado en cuanto a la reproducción humana, podemos ver que existen también obstáculos que impiden que ésta se lleve del todo "normal". Estos obstáculos pueden ser, por ejemplo, las malformaciones, la esterilidad, la infertilidad, etc. (estas dos últimas formarán parte de capítulos posteriores), que son condiciones que existen pero que no son tomadas en cuenta por la pareja y que si se llegan a dar éstas conllevarían a impactos psicológicos y emocionales muy importantes en las personas.

En un estudio realizado por Templeton y Penny (1982), sobre infertilidad, estimaron que la mitad de sus parejas con infertilidad inexplicada concibieron entre los 3 años del primer diagnóstico. Esto podría ser útil para evaluar si los cambios en los patrones del funcionamiento psicológico o la relación marital misma han ocurrido durante ese período. En los estudios citados ha habido poca evidencia de alguna diferencia entre las parejas orgánica y funcionalmente infértiles (por orgánica se refieren a todo tipo de alteraciones físicas que puede tener la persona como obstrucción de las trompas, matriz infantil, etc., por funcional, pueden ser todas aquellas problemas que se tienen a nivel emocional y que se ven reflejados en síntomas), sobre las medidas de personalidad, sin embargo, los límites mencionados deben ser tomados en cuenta. Estos autores no encontraron diferencias en la edad, clase social o frecuencia coital entre los dos grupos (el grupo de las parejas infértiles y el grupo control). Esto podría quedar más claro si se obtiene una impresión del funcionamiento psicológico de las parejas infértiles al mismo tiempo que se canalizan y se determina cualquier efecto subsecuente de la prueba, procedimientos investigados, diagnóstico y resultados sobre la pareja interesada.

Con base en una posible evidencia, aquí aparece poco apoyo al sugerir que los factores psicológicos forman parte de la etiología en la falta involuntaria de niños. Sin embargo, entendiendo el complejo interjuego entre la infertilidad y psicopatología se requiere de una investigación cuidadosa. Al parecer solamente por un estudio longitudinal conducido cuidadosamente se podrá relacionar a la infertilidad y a la psicopatología satisfactoriamente investigada y diseñada.

Mirta Videla (1990,p 56), por su parte menciona " a una paciente que concurre al consultorio privado de un obstetra, tiene su primer parto con éxito, del que resulta una niña de tres kilogramos de peso. Empleada de oficina y casada con un comerciante, vive las dificultades inherentes a la situación y surge el temor de que aparezca un nuevo embarazo. Aconsejada por una amiga, la paciente llama a su médico una vez transcurridos veinte días después del parto y le pregunta qué debe de hacer, éste le responde sencillamente que debe suspender sus relaciones durante 45 días después, en que deberá verlo en su consultorio. Todo esto sin saber ni querer enterarse de cómo es la vida de esta pareja en el aspecto afectivo-genital. La paciente usaba diafragma. Transcurrido el tiempo señalado acude a la consulta del obstetra, quien le asegura una total recuperación física post-parto. Ante la pregunta de la paciente acerca de la posibilidad de un nuevo embarazo, éste responde que, "dado que se trata de una mujer joven con partos sencillos no tienen necesidad de preocuparse". Ella le sugiere tomar nuevamente las medidas del anticonceptivo usado, pero el médico le aconseja recordárselo un mes más tarde. Antes de transcurrido este período la paciente, que amamantaba a su hijo, vuelve al consultorio porque la leche le ha disminuido notoriamente. Paralelamente, reitera su pedido. El médico responde que dada la elasticidad de su vagina y luego de un primer parto, la medida es la misma y no necesita tomarla nuevamente. Resulta evidente que la disminución de la leche y posterior desaparición se debía a que la paciente estaba nuevamente embarazada, y que, pese a la información de su facultativo las medidas del diafragma habían variado. La paciente llegó a mi consultorio con una depresión aguda a raíz de un aborto provocado en el cuarto mes de la gestación"

Videla (1990,p 54) menciona que "como profesionales, trabajadores de la salud mental, debería preocuparnos más la labor preventiva de los servicios de Ginecología y Obstetricia, en muchos de los cuales algunos médicos aún consideran inmoral aconsejar anticonceptivos, mientras que la ligadura de trompas o la extracción del útero por una eventración grave por ocho cesáreas consecutivas, de partos de hijos no deseados, resultan "interesantes intervenciones" de las que participan los jóvenes profesionales, como parte de su entrenamiento"

La tarea interdisciplinaria debe estar dirigida a ayudar a hombres y mujeres, aislados o en pareja, a encontrar el método que mejor funcione de acuerdo con sus características específicas, y agregar a ello que es necesario enseñar, publicar, difundir, aclarar a través de los mismos medios

utilizados para desvirtuar el verdadero sentido de la paternidad y la maternidad responsable y el motivo real de la búsqueda de un nuevo miembro para la familia y la sociedad

Marie Langer (1994) menciona que la sociedad acepta como prácticamente normales las dificultades del embarazo y el parto. Sin embargo, últimamente un número creciente de investigaciones dentro y fuera del análisis comprobó que estas dificultades son la consecuencia de conflictos psicológicos y, por eso, accesibles a medios psicoterapéuticos

Resumiendo, en este capítulo se mostraron los errores que ha cometido la medicina desde que se apoyó en la visión cartesiana donde la mente es separada del cuerpo, también cómo la psicología se introdujo al ámbito de la salud mostrando nuevas formas de intervención del ser humano. Primeramente, se retomaron los conceptos de salud-enfermedad que desde un enfoque biomédico o reduccionista hacen que los médicos se centren en el problema de una manera particular; es decir, el problema en una persona se manifiesta como enfermedad que a su vez es vista como síntoma que tiene que ser eliminado. Si el síntoma se manifiesta en alguna parte del cuerpo, los biomédicos se encargarán de atender sólo esa parte dañada. Por su parte, la psicología trata de ver más allá del simple síntoma ya que trabaja a la persona de una manera integral tomando en cuenta otros aspectos como son el social y emocional

Otro punto importante dentro del capítulo, es un error que frecuentemente cometen los médicos cuando ven a la enfermedad como algo lineal causa-efecto y no como un proceso, definición que coincide con Dethlefsen y Dalkhe (1994), quienes comentan que la enfermedad es un desequilibrio o alteración de la armonía de la persona y por lo tanto, lo que se enferma es la persona no el cuerpo, entonces por consiguiente, se tiene que atender a la persona y no tanto al cuerpo ya que éste sólo lo manifiesta

Cabe mencionar, que el enfoque biomédico también ha tenido aciertos, ya que esta postura de Descartes ha permitido que se conozca más sobre el funcionamiento del cuerpo humano

Por último, se tomó un área de la medicina como lo es la reproducción humana donde se pudo ver que al enfrentarse con un problema de este tipo como lo es la infertilidad o esterilidad, no sólo altera la parte física de una mujer sino que también desequilibra otros aspectos como son: el social, el familiar y el emocional. Siguiendo con una visión holística, se retomará en el siguiente capítulo, lo familiar y emocional apoyados de autores como Marie Langer, entre otros, para saber qué trata de expresar el cuerpo al presentar un problema como el de la infertilidad o esterilidad

CAPITULO 2

REPRODUCCIÓN HUMANA: MATERNIDAD Y FEMINEIDAD. UN PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO

“Si se educa a un hombre, se educa a una persona; si se educa a una mujer, se educa a toda una familia”

Organización de las Naciones Unidas

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la Reproducción Humana forma parte vital de las funciones del ser humano, ésta fue antiguamente un "trampolín" que algunas mujeres necesitaban para sentirse importantes dentro de la sociedad en que habitaban.

De acuerdo a postulaciones primarias de Freud (citado en Videla,1990), a la mujer se le ha reservado el papel de la pasividad, donde espera lo que el hombre decida, es a lo sumo receptiva en la sexualidad pero jamás activa. Sus funciones primordiales son la atención del hogar y la crianza de los hijos, su educación y el cuidado del marido al que debe seguir fielmente "hasta que la muerte los separe". Para ellas, está totalmente vedada toda posibilidad de vida sexual activa antes del matrimonio bajo la pena de ser considerada una mujer de mala vida, estimando el hombre que la virginidad de una mujer "es un tesoro que le pertenece" o quizá una ofrenda al ser amado.

En las teorías de algunos sociólogos el rol de la mujer en la sociedad es el de transmisor de cultura mediante la educación de los hijos, que permitirán así la permanencia de las teorías creadas por los hombres.

En la cultura nacional, uno de los roles que ha sido considerado como inherente al desarrollo pleno de las mujeres, es el papel de madre (Szassz, 1994). Esta concepción prevalece en México, así como una gran parte de países latinoamericanos, se debe quizá a que se toma como "natural" que la mujer sea madre. Así, se concibe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y no mediado por la cultura (González, 1990).

Con respecto a la maternidad, Videla (1990) agrega que, a la mujer se le prepara para mantener buenas relaciones sexuales, dentro o fuera del matrimonio, pero no para poder decidir la maternidad en forma adecuada.

Bardwick (1983) propone que existe en la mujer un motivo maternal ligado a la fisiología pero que también la maternidad implica una conducta sobredeterminada. Eso significa, que en una sola persona, la maternidad supone la gratificación de muchas y diversas motivaciones, y también significa que los motivos de las diversas personas para tener un hijo pueden ser completamente diferentes. Todas las conductas importantes, como los logros académicos, los esfuerzos vocacionales, el embarazo y la maternidad están sobredeterminadas. La importancia de las

funciones reproductivas por la identidad de la mujer convierte con frecuencia a este fenómeno, en terreno de satisfacciones, pero también la expresión de diversas actividades. Para Bardwick, la maternidad brinda a la mujer la oportunidad de desarrollar sus afectos, desde los sentimentales, tiernos y amorosos hasta los autoritarios, agresivos y punitivos.

Como vemos, tanto la maternidad como la identidad femenina introyectada en la mujer, son elementos necesarios para un buen proceso de embarazo sin complicaciones es por eso, que el propósito de este capítulo es tener un panorama de cómo la mujer ha llevado el papel de la maternidad y femineidad y de qué manera estos aspectos los ha integrado a su persona. Para posteriormente, en otro capítulo determinar si tanto la maternidad y femineidad que no han sido bien integradas o aceptadas influyen en trastornos físicos importantes como son la infertilidad y esterilidad.

2.1. La mujer en el plano social.

El conocimiento social de los papeles sexuales comienza a una edad temprana, el individuo al crecer llega a comportarse, a sentir y a pensar de manera apropiada a su sexo. Esto se explica solo en parte por el hecho de que haya sido mujer o varón. Komarovsky (1972), en este sentido comenta que la herencia determina la constitución física y también la estructura psíquica, pero el individuo tiene que aprender a desempeñar el papel que se le asigna al igual que a sus congéneres en la sociedad donde vive.

La cultura le transmite al individuo valoraciones positivas y negativas ligadas a los comportamientos de carácter masculino o femenino. De esta manera, el cumplir con los requerimientos sociales permite alcanzar el nivel de satisfacción que cubre la necesidad de pertenencia de identidad. Esto es tan necesario para la mayoría de las personas que su contraparte puede traer consigo sentimientos de aislamiento, de falta de filiación, etc.

Para poder entender los conflictos de la mujer moderna necesitamos conocer su evolución histórica y comparar además nuestra sociedad actual con otras diferentes.

Como comenta Videla (1990), la mujer por muchos siglos no pudo ingresar a profesiones que le permitieran afirmarse como ser productivo, justificadas por los servicios que rinde a la sociedad, recibiendo en cambio, una remuneración, agente irremplazable de la independencia económica individual. Las tareas domésticas y el servicio sexual no dan lugar a la remuneración. Así, la mujer, no es nunca económicamente independiente y sólo a través de su relación erótica podrá usar su sexo para obtener promesas firmes de sus regalos.

Las parejas con mayores posibilidades económicas reducen el conflicto, pero sin abolirlo, el marido produce abundantemente, pero retiene todo poder de decisión. La mujer es su cosa, su vidriera de éxito. No puede entender a veces que la mujer necesita auténticas responsabilidades en el ramo de la actividad, diferente a la de su marido. Muchas de ellas podrían contribuir magníficamente al presupuesto familiar, pero el marido de clase media prefiere mantener su "exclusividad socio-profesional". Y en tanto más infantiliza a su mujer más la aparta del mundo adulto y responsable más también la desvaloriza como mujer erótica. Es curioso que deja en casa esa mujer desierta y espera encontrar en su secretaria una mujer "responsable-remunerada y valiosa", peor que generalmente termina tratando de hacer de ella otra igual a la que ya tiene en casa.

Ferro (1991) menciona que la descripción tradicional del papel de las mujeres como esposas, madres y amas de casa es incompleta. Omite el papel histórico de las mujeres como participantes activas de la iglesia, la escuela y la comunidad. Desde luego, muchas mujeres de las clases trabajadoras y de grupos minoritarios han trabajado siempre como esposas de agricultores y de comerciantes. Además, la II Guerra Mundial llevó a las mujeres a las fábricas, a trabajos desempeñados antes sólo por hombres.

Los cambios políticos han producido nuevos adelantos en la emancipación de las mujeres. Desde luego, el primero y el más importante cambio político tuvo lugar en 1920, cuando las mujeres conquistaron el derecho al voto. Después el progreso pareció hacerse más lento, hasta la lucha por los derechos civiles en la década de 1960 y el subsiguiente movimiento pacifista, en el cual las mujeres fueron activistas y contribuyeron en forma importante.

Desde 1960 en Estados Unidos, la mujer participa más en la vida productiva. Tiene otros intereses además o fuera de "pescar" un marido que sea seguro para toda la vida, o criar hijos y tenerlos para retenerlos. Aumenta también el número de divorcios. La mujer al no sentirse propiedad privada de nadie y al poder autoabastecerse, no tiene que soportar necesariamente a un hombre a quien no quiere o que la maltrate.

Al final de los sesenta, la mujer toma conciencia de su situación. Desciende el número de natalidad y la tasa de casamientos. La mujer se da cuenta de que su trabajo no solamente es ayuda por un tiempo, sino que es tan necesario y a tan largo plazo como el del marido. Se da cuenta de su pluriempleo, que puede participar con igualdad en el mercado de trabajo y que los hijos ocupan un lugar, pero no todo el lugar (Ferro, 1991).

Los progresos médicos han ayudado también a cambiar el papel de las mujeres. La mujer de hoy tiene una esperanza de vida de más de 25 años pasado su periodo de fecundidad. La

morbilidad y la mortalidad infantil se han reducido considerablemente. Como resultado, son menos las mujeres que tienen múltiples embarazos. Los anticonceptivos han permitido también a las mujeres regular el número de sus embarazos y la legislación del aborto (en algunos países) ha salvado las vidas, física y psicológicamente, de muchas mujeres (Spurlock, citado en Wolman, 1981)

En muchas mujeres las cambiantes actitudes hacia el matrimonio parecen estar arraigadas en el nuevo feminismo. Janeway (citado en Wolman, 1981), escribe acerca de la independencia que han alcanzado las mujeres solteras con su capacidad para mantenerse por sí mismas. Esto les ha proporcionado más libertad para elegir a un cónyuge, seguir solteras o terminar con un matrimonio que ha llegado a ser insoportable

Moulton (1977,pág.1) señala la inversión de papeles ahora evidente entre las mujeres, son muchas las que no consideran "el matrimonio como una fuente de seguridad y una forma deseable de vida . para algunas el matrimonio es una trampa, actitud antes atribuida exclusivamente a los hombres" Es también evidente que aumenta el número de mujeres que optan por casarse y deciden no tener hijos. Por otra parte, el caso de la mujer madura, económicamente estable, que decide tener un hijo fuera del matrimonio no es ya la rareza que fue en otros tiempos.

El cambio de la posición actual de la mujer en nuestra sociedad pareció brusco e inesperado, pero era el resultado de un largo proceso en el cual intervinieron muchos factores en interacción

Los logros concretos de la mujer terminan con el prejuicio arraigado desde el principio de nuestra historia de su inferioridad intelectual y emotiva. Había demostrado y seguía demostrando siempre más durante los años siguientes que podía competir con el hombre.

Pero este cambio no trajo únicamente dificultades económicas y sociales, sino toda una confusión de conceptos, ya que el antiguo prejuicio de la inferioridad de la mujer desempeña muchas funciones y está sostenido sólidamente por causas sociales y psicológicas

La mujer que trabaja se mueve en un sistema de valores contradictorios. Hay un profundo desencuentro entre aquello para lo que fue educada y la realidad que vive. Es llamativo que estas mujeres no por trabajar se libran de un tipo de depresión del ciclo vital llamada "crisis de la edad media de la vida" (Ferro, 1991). Cuando los hijos se van o cuando se dan cuenta que ya han perdido la posibilidad de tenerlos sienten un vacío. Se pone así de manifiesto que la valoración social del trabajo no es suficiente para darles satisfacción narcisista; es decir, que no hay representaciones jerarquizadas fuera de la equivalencia mujer-madre. Es muy difícil entonces

"narcisizar" otra función. Frente al cese de la función reproductora lo que aparece es un vacío representacional.

Fromm(1990) establece la existencia de factores psicológicos específicamente humanos que determinan el deseo de la maternidad. Uno de ellos estaría inmerso en el elemento narcicista del amor materno. En la medida que la madre sigue sintiendo al hijo como parte suya, el amor y la infatigación pueden satisfacer ese narcisismo materno.

Si en la mujer la posibilidad de crear se circunscribe a la tarea de crear y criar hijos, cumplido el ciclo de la maternidad esa posibilidad se acaba. Por tanto aparecerá la depresión. Y se invertirá la situación, necesitará ser cuidada y atendida, es decir, volver a ser hija, de sus hijos o de su pareja. Repetirá nuevamente uno de los papeles para los cuales fue educada. Ser la hija cuidada o la madre cuidadora. (Ferro, 1991)

Pero ahora que se había comprobado que la inferioridad de la mujer era nada más que un prejuicio, tanto el hombre como la mujer empezaron a sentirse inseguros, a dudar de sus derechos y deberes en el estatus de nuestra sociedad cambiante (Langer, 1994)

En la actualidad, la mujer ha desempeñado otra serie de actividades que la han puesto en competencia con el hombre, ya que para ella la función reproductiva y/o la maternidad ya no es suficiente para su satisfacción personal.

El trabajo para la mujer significa productividad, ya que al ser remunerada económicamente, siente que sus funciones son más valoradas que sus actividades dentro del hogar (que nunca se acaban y no son gratificadas monetariamente). Es así, que la maternidad se ha visto relegada poco a poco de su función vital a una secundaria.

Lo anteriormente comentado puede verse como un bosquejo de lo que está aconteciendo pero, aunque la maternidad se vea como desplazada por una profesión, sigue resonando a nivel inconsciente en la mujer hasta lograr hacerla consciente. Marie Langer (1994, pág 26) refiere al respecto que "en otros casos la mujer sin hijos logra ser feliz siempre que encuentre una forma de vida que le permita una sublimación satisfactoria de su instinto maternal. Psicológicamente a menudo no importa tanto la realización de la maternidad, sino su aceptación relativa de conflictos. Sin embargo, aún sublimando al máximo su instinto maternal, la mujer que no logró realizarse como madre sentirá en el fondo de su ser, haber desperdiciado parte de sí misma".

Williams (1977,pág 4) ha comunicado el interesante estudio siguiente sobre la conducta en la crianza. "En el hospital fueron observados los padres y las madres de los recién nacidos. Al

presentarles a su hijo se observó la conducta de cada progenitor: mirada, forma de tomarlo, sonrisa, mecido de brazos, etc. Excepto por la sonrisa, los padres manifestaron más esta conducta que las madres. Al observarlos por separado con el bebé, la conducta de los padres fue por lo menos tan amorosa como la de las madres”

Margaret Mead (1961a) ha descrito a hombres y mujeres Arapesh, de Nueva Guinea, como amistosos, cooperadores y considerados. Los niños y las niñas son criados igual y los hombres y las mujeres adultas comparten el cuidado de los pequeños y las tareas domésticas.

Mead no encontró diferencias de conducta importantes entre hombres y mujeres Mundugumor (Nueva Guinea). La actitud beligerante y agresiva era común a hombres y mujeres y ambos eran hostiles hacia sus niños.

Algunas de las llamadas características femeninas o masculinas son impuestas culturalmente (Wolman, 1981). Ciertos indios americanos esperaban una conducta intrépida de sus muchachos. Los niños que no lograban adaptarse y que mostraban debilidad y admitían sufrir miedo o dolor eran condenados al ostracismo y se les obligaba a incorporarse al numilde género femenino. Se les trataba como travestistas y se les forzaba a desempeñar trabajo de mujeres.

Con base a los estudios de Margaret Mead, Langer (1994) acepta que casi todos los rasgos de personalidad se hallan débilmente unidos al sexo, como es la vestimenta, las maneras y la forma de peinarse, etc. Sin embargo, comenta que la maleabilidad de la naturaleza humana tiene sus límites, siendo el deseo de la maternidad un punto que no tiene que ver con la socialización.

Muchos de los llamados rasgos femeninos son esquemas de conducta inducidos culturalmente y alguno de ellos producto directo de los deseos masculinos. En épocas prehistóricas, cuando los niños eran la principal fuerza de trabajo, tener muchos hijos era una necesidad económica. Los hombres que poseían varias mujeres fecundas eran prósperos, la poligamia era un razonable recurso económico.

Algunas de las llamadas características femeninas se originaron en la estructura socioeconómica de épocas pasadas. La misión de la mujer era producir niños y criarlos, la del hombre era cazar, pescar, luchar, trabajar y proporcionar alimentos y protección. Se elogiaba el amor y el cuidado materno como características femeninas, el valor y la sagacidad como rasgos masculinos. Las mujeres no necesitaban iniciativa, ya que su vida era sedentaria. Al quedarse en el hogar, se esperaba de ellas que cuidaran del fuego, cocinaran y mantuvieran limpia la casa. De los hombres se esperaba que lucharan contra las bestias y los vecinos hostiles, que fueran

valientes, agresivos y que fecundaran a varias mujeres; por ello debían ser también sexualmente agresivos

Se suponía que las mujeres debían atraer al esperma masculino y por ello debían ser dulces, encantadoras y humildes

Durante milenios las mujeres han dependido económicamente de los hombres. Las mujeres mantenidas por los hombres dentro o fuera del matrimonio, han recibido todos los beneficios mientras hayan seguido interesándose a los hombres. No es sorprendente que se le enseñe a una mujer a mentir a los hombres, a intrigar, a ser astuta. Al hablarles ella adopta una expresión artificial, es cautelosa, hipócrita, desempeña un papel teatral (De Beavor, 1953)

Aparentemente, las mujeres no tienen más recurso que aceptar el papel pasivo de muchachas encantadoras, esposas sumisas y amantes madres. Desde los primeros días se les lava el cerebro y se las condiciona para que acepten esa situación

A las mujeres se les ha programado durante siglos para que se queden en casa y cuiden de los niños

Desde una interpretación freudiana, la envidia del pene fue una imagen psicológica de la rebelión de las mujeres. No hay pruebas de nada semejante en tiempos remotos en los que aparentemente las mujeres aceptaban su sumisa posición social

En la época de Freud, muchas niñas deseaban haber sido varones, ya que aunque imaginario ese era el único medio de escapar a la discriminación y a la sumisión. Los jóvenes podían ir a donde quisieran, hablar con quien desearan hacerlo y elegir la profesión que les agradase, pero una muchacha era la esclava de su padre hasta que éste aceptara transferirla a su futuro esposo. Aunque en cierta forma, el matrimonio era la única manera de escapar de la tiranía del padre, los votos matrimoniales simplemente obligaban a la mujer a amar, honrar y obedecer a un nuevo amo. La mayoría de las mujeres preferían los nuevos amos a los viejos amos y algunas lograban de algún modo ser más listas que sus cónyuges (Wolman, 1981).

En tiempos de Freud (Freud, 1932), se describía la masculinidad y la femineidad en los términos siguientes. Cuando se dice "masculino" se significa en general "activo" y cuando se dice "femenino", se significa "pasivo". La célula sexual masculina es activa y móvil, busca a la femenina, mientras que ésta es estacionaria y espera pasivamente. La conducta de este organismo elemental sexual es aproximadamente un modelo de conducta de los individuos de

cada sexo en la relación sexual. El macho persigue a la hembra con el fin de la unión sexual, la toma y fuerza su camino dentro de ella.

Freud no inventó la envidia del pene, pero descubrió el fenómeno. Es comprensible que mientras mayores restricciones sufrían las muchachas, mayores eran sus deseos de escapar al yugo por un cambio mágico al sexo opuesto.

La envidia del pene no ha sido nunca un sentimiento de todas las mujeres y en todas las épocas, desde luego, las mujeres Tschambuli o las Arapesh no han tenido nunca razones para esa envidia; los hombres y las mujeres Arapesh comparten las obligaciones domésticas y de crianza de los hijos y, entre los Tschambuli las mujeres son del sexo dominante (Murdock, 1949).

Por consiguiente, la envidia del pene en las niñas no debe interpretarse como envidia hacia sus hermanos o sus compañeros de juego, sino como un deseo por la posesión de un pene grande, paternal, y con el poder paterno. La envidia del pene no parece ser un elemento general y universal de la psicología femenina, pero debe percibirse como la protesta femenina contra el dominio del varón. El pene, como estimado símbolo del poder no fue envidiado por las mujeres como instrumento sexual (sus vaginas les proporcionan tanto placer como al pene y quizás más). Fue el pene como símbolo de poder lo que provocó los comprensibles sentimientos de envidia (Horney, 1937, Keiman, 1967, Millett, 1970, Wolman, 1974; Wolman, 1975).

La mujer que se dedica totalmente a marido e hijos se enfrenta a otros problemas, desconocidos anteriormente. Pronto aparece como poco atractiva e interesante a los demás. Todos le dan a entender que ya no trabaja, o que la labor que realiza es de poco valor. Se siente con menos derechos que sus amigas o su marido, por no ganar dinero y aportar así al sostén de la casa. Siente desperdiciada la formación que recibió. A la larga se aburrirá en su hogar y buscará estudios vacíos para llenar sus horas libres y sentirse más importante. Sus pocos hijos crecen y se independizan rápidamente.

2.2. La maternidad y los conflictos de la mujer

La mujer que está en conflicto consigo misma como tal, puede expresar, sin tener conciencia de ello, este conflicto en diferentes terrenos. Puede tener dificultades con sus hijos, puede sufrir de distintos trastornos en su vida procreativa o puede, si el conflicto es demasiado grande, esquivar del todo a la maternidad. De las tres formas expresa su rechazo de ser madre. Y este rechazo implica un hecho de suma importancia, porque significa que está en desacuerdo con su propio sexo y, por lo tanto, con su propia existencia.

Pero en la mujer existe una interrelación constante entre procesos biológicos y psicológicos. Desde la menarquia hasta la menopausia, que es cuando se desarrollan en ella procesos biológicos destinados a la maternidad.

Uno de los elementos que conduce a pensar que es natural que la mujer sea madre, es porque posee un aparato reproductor. Esta característica biológica es condición necesaria pero no suficiente de la maternidad. A este respecto, González (1990), comenta que otro elemento a considerar es el constructo materno, que "guiará a la mujer en la crianza de los hijos". Sin embargo, esta característica debe ser retomada con ciertas reservas de acuerdo a Gehlen (citado en González, 1990), el instinto materno ha presentado transformaciones, esto es, ha pasado de ser una señal biológica que induce a la procreación a un acto intencional, programado o promovido de acuerdo con los requerimientos del proceso de aculturación del hombre.

Barrantes (1988), comenta que la relación madre-hijo se ve consolidada y es la madre quien fundamentalmente introduce al nuevo ser en el mundo social, configurando la estructura psicológica infantil al quedar establecidas formas determinadas de interacción. De esta manera, opina Ramírez (1990), las pautas de conducta que en un momento determinado fueron externas, se internalizan, se transforman en inconscientes y siguen siendo operantes.

El tipo de vida que desarrolla la niña mexicana, le brinda precozmente la aceptación del rol maternal, ya que al ir creciendo observa la fecundidad de sus congéneres adultas y se entrena en juegos relacionados a tareas domésticas y de crianza.

En México, la figura fuertemente idealizada de la mujer madre, trae consigo una serie de calificativos que son también el reflejo de la valoración que la sociedad tiene al desempeño de este papel. "La madre santa", es algunas expresiones hacia la maternidad donde se observa una alta valoración de la mujer fecunda, una clara aceptación social de la maternidad y, además, esto se incorpora a la autoimagen de la mujer, de manera tal que no es sorprendente que una gran mayoría de mujeres lo que esperan y desean es ser madres (Ramírez, 1990).

Margaret Mead (1961b), observó que hay familias en las que las hijas, siguiendo los conceptos de sus madres, temen poco el embarazo y parto y, efectivamente, sufren entonces menos en este caso que en otras familias donde las niñas se educan en el temor de su femineidad por las quejas y temores que oyen expresar a sus madres al respecto. Aunque existan estas diferencias, pertenecemos a una sociedad que ve en todas las funciones femeninas algo doloroso y lleno de peligros. Por eso también, por ejemplo la primera visión que Freud (citado en Mead, 1961b), tuvo de los procesos psicológicos que acompañan a la menarquía fue que la niña la vive como un proceso de castración. Sin embargo, aunque la actitud de cada mujer frente a su

feminidad depende hasta cierto punto de la actitud del ambiente que la rodeó en su infancia, intervienen además factores mucho más personales que condicionan su cultura ulterior. Esto nos explica por qué en la misma sociedad, y hasta en el mismo reducido círculo familiar, cada mujer desarrolla un caudal de angustia y de trastornos distinto frente al embarazo y al parto.

Nuestra sociedad acepta como prácticamente normales las dificultades del embarazo y del parto. Sin embargo, últimamente un número creciente de investigaciones dentro y fuera del análisis comprobaron que estas dificultades son la consecuencia de conflictos psicológicos y, por eso accesibles a medios psicoterapéuticos (Langer, 1994).

Dunbar F y Squier, R (1946), recomiendan que la mujer embarazada sea atendida no sólo por un médico obstétrica, sino también por un especialista en medicina psicosomática, y demuestran la utilidad de este procedimiento con la exposición de material clínico. Salerno (1948), aporta su experiencia exitosa de un doble desempeño: trató a sus pacientes simultáneamente como ginecólogo y psicoterapeuta, pudiendo lograr, por ejemplo, que una enferma después de haber abortado o alumbrado prematuramente doce veces, lograra llevar un embarazo a feliz término. Conversaciones psicoterapéuticas breves (30min) una vez por semana mantenidas durante la duración del embarazo, bastaban para que éste transcurriera satisfactoriamente, en mujeres que habían sufrido de diferentes trastornos y especialmente de abortos espontáneos en embarazos anteriores.

Durante el embarazo y parto la mujer repite especialmente su relación primitiva con su propia madre. Este hecho ha sido observado a fondo en tratamientos psicoanalíticos. Helene Deutsch (1947), lo interpreta como consecuencia de una doble identificación. La mujer encinta se identifica con el feto, reviviendo su propia vida intrauterina. Además, el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente a su Superyo materno, y así su relación ambivalente con la madre es revivida con su hijo futuro. Para Deutsch, el feto puede adquirir otras representaciones más para la mujer. La más frecuente es la de algo robado a la madre.

Para que se produzca el embarazo y continúe lleno de trastornos, deben existir dos tendencias puestas que entren en conflicto. La causa fundamental por la cual la mujer desea tener un hijo es biológica. Su instinto maternal exige esta gratificación directa. Pero como el instinto sexual lleva al enamoramiento, y los enamorados satisfacen su unión, junto con su apetito sexual, determinadas necesidades psicológicas, el instinto maternal, como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer porque le permite identificarse con ella. También anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo infantil de regalar un niño a su padre. El feto puede

presentar para su inconsciente el pene anhelado. Desde luego en su deseo de maternidad pueden también causas más conscientes o más racionales. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle precisamente lo que ella no tuvo. Puede desear un hijo por simpatía con las demás mujeres, o para retener a su marido o por necesidad de status o por cualquier otra causa actual. Pero en el fondo, el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes (Langer, 1994)

Norma Ferro (1991) por su parte, habla sobre el instinto maternal en el cual menciona que este instinto, no existe como tal, y sin embargo, éste sigue siendo un término que sigue siendo totalmente vigente cuando se aplica a la maternidad. Quizá en algunos círculos científicos se conozca que es posible hablar de la maternidad en términos de instinto, pero por otro lado en el lenguaje popular se fomenta subrepticamente su existencia, se lo utiliza en distintas circunstancias por diversos intereses. No se hace nada por desterrar un término que implica una creencia. Las leyes, la religión, la propaganda masiva exaltan el instinto, el amor maternal.

Badinter (1981,p.55), relata siguiendo la historia del amor maternal del siglo XVIII al XX que: "A partir de 1760 abundan las publicaciones que aconsejan a las madres a ocuparse personalmente de sus hijos, y les "ordenan" que les den el pecho. Le crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran un mito que doscientos años más tarde seguiría más vivo que nunca el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo. En el siglo XX alcanzará su apogeo gracias a la teoría psicoanalítica. Desde entonces cabe decir que si el siglo XVIII lanzó la idea de la responsabilidad paterna, el siglo XIX la confirmó acentuando la de la madre, y el siglo XX transformó el concepto de responsabilidad maternal y de culpabilidad maternal"

Que las mujeres tengan más hijos por necesidades económicas de los países no tiene que ver con un aumento o disminución del instinto. Tiene que ver más bien con un contexto social en el que las mujeres acaban sintiendo como personales necesidades que les son ajenas.

El problema de la noción de instinto es que es demasiado global para admitir la consideración de las diferencias. Por una parte existen diferencias culturales en la conducta de la maternidad. Por otra parte tal conducta no puede ser considerada en bloque.

Hay una clara diferencia entre el deseo de tener hijos y el deseo de cuidarlos. Ambos pueden combinarse de distintas maneras. De lo que no cabe duda es de que si se incluyen ambos dentro de una categoría, corremos el riesgo de cometer grandes errores. Hay un deseo al que Klineberg (1963), llama prematernal, actitud relacionada con el deseo de tener hijos, y uno

posmaternal, que es aquel que sigue a la concepción, y tiene su mayor expresión después de que el niño ha nacido. Es la diferencia de estar embarazada y ser madre.

Es indudable que ese deseo prematernal no goza de ningún criterio de fiabilidad. Es tan débil que la menor pauta social lo modifica.

Para Norma Ferro (1991), cuando se habla de deseo, se está uno refiriendo a algo regido socialmente. Y, cuando se habla de necesidad, se refiere a que está regida biológicamente.

Por ello en muchas mujeres el deseo de tener hijos aparece en relación con la edad. Se aproximan a los treinta o treinta y cinco años y aparece el deseo irrefrenable de la maternidad.

Videla (1990), comenta sobre la influencia de la educación familiar en la mujer y su visión de la maternidad. La cultura occidental heredó del pasado la idea de que la supervivencia de la humanidad era precaria, lo cual permitía pensar en la necesidad de perpetuar la especie. Esta concepción era y es fomentada socialmente. Las mujeres desde pequeñas reciben como mejor regalo una muñeca, se les estimula para ser madres aunque en ese momento lo que deseen sea correr por el campo, cantar u otros juegos. En estudios realizados acerca de las diferencias entre el hombre y la mujer, muchas respuestas atribuyeron dichas diferencias, que las bloqueaban para el trabajo igualitario, a un tratamiento desigual desde la niñez en lo referente a juego, estímulos y deportes (Videla, 1990).

Mucha gente considera conveniente una diferencia que ellos asocian tanto con la reproducción, como la "femineidad". Esta idea de una femineidad exterior se extiende también al tratamiento de muchos padres (especialmente las madres), a sus hijas pequeñas, acentuándoles el vestuario "femenino", estimulándoles a entretenerse con juguetes "femeninos" (muñecas, juguetes de cocina, planchitas, etc.), en vez de juegos científicos, juegos de construcción, etc. A los juegos impuestos durante la infancia a la niña, van creando en ella el falso concepto de rol social y desde ese momento va imponiéndose una maternidad, que aún está muy lejos de poder evaluar en sus reales alcances y significados.

Así también los medios de comunicación difunden una imagen idealizada y distorsionada de la maternidad, donde no sólo muestran "hermosas y estilizadas mujeres gestantes" rodeadas de confort, amor y atención, sino también familias compuestas por mujeres hermosas con hijos bellos y sanos, rubios generalmente ya crecidos. Muestran una imagen idealizada de familia inexistente, para que se aspire a ella y se adquiera paralelamente el producto que se ofrece, a través de cuyo uso se pretende mágicamente, poseer esa dicha perfecta, esos hijos de revista, esa paz y confort.

Por otro lado ya ninguna mujer quiere lavar los pañales de su bebé considerándolo sucio, deprimente y antiestético, más aún existiendo la marca de pañales desechables XX, que todo lo resuelve.

Es necesario tener en cuenta que todos estos componentes forman parte de las características de la sociedad de consumo, que invade la mente de la madre y la de los hijos.

A veces la maternidad es tomada demasiado a la ligera, inclusive respaldándose en la teoría del "instinto maternal" interpretado en forma inadecuada. Según este punto de vista toda mujer debe por instinto buscar la maternidad a cualquier precio y sin considerar los factores determinantes de una buena adaptación de ese ser a la vida. Tener un hijo implica no sólo buscarlo por instinto o porque es lindo tener nenes, sino que para decidirlo debemos, además, recordar que después de parirlo habremos de asumir la responsabilidad social de criarlo adecuadamente, alimentarlo y educarlo y emergerlo en el contexto social de la vida de nosotros mismos. Por eso es importante que las madres, que son básicamente las que influyen en la mujer con respecto a su papel maternal, vayan quitando esa idea de que es una obligación de la mujer el tener un hijo y mejor, le fomenten a las futuras generaciones que maternidad no sólo es embarazarse y sufrir por los hijos sino que es un complemento más en la mujer y ver si ese cambio de perspectiva elimina los conflictos que se presentan en la reproducción humana.

2.3. La femineidad y su relación con la maternidad.

Para Robert Stein (citado en Zweig, et al, 1993), el principio Femenino ha sido amputado no sólo en los terrenos de la mitología, de lo social y de lo político, sino también en la vida interior de los individuos, en donde podía tener el poder de generar el eros, la capacidad de conexión, el enriquecimiento interno y una especie de autoridad que procede del alma. Por esta razón, lo Femenino está también ausente con frecuencia en nuestras vidas interpersonales, en el espacio sagrado que existe entre nosotros y las personas que amamos.

Stein explica que muchas cualidades que consideramos "femeninas", como los sentimientos maternos, y otras que consideramos "masculinas", como el poder fálico, no pueden aplicarse a los géneros (mujeres y hombres), sino al arquetipo² (Femenino y Masculino), que existe en ambos sexos. Esta confusión tiene como consecuencia cortes psicológicos entre hombres y mujeres, que son las que producen las enormes dificultades que se sufren en las relaciones recíprocas.

² C.G Jung ha sido quien ha introducido el antiguo concepto del arquetipo para expresar la presencia de una fuerza divina dentro del alma humana, que se manifiesta en todos los patrones típicamente humanos del pensamiento, del sentimiento, de las imágenes y del comportamiento.

A partir de los dioses y diosas de la cultura griega, Stein (citado en Zweig et al, 1993), trata de explicar en términos generales las características de lo Femenino y mostrar cómo han sido éstas desvalorizadas en nuestra cultura, que está gobernada por el espíritu del Principio Masculino. Al final, Stein afirma que para ser mujer, una debe hacerse consciente del papel que juega lo Femenino interiormente, pero no ser atrapada por él en ninguna forma externa concreta

El matrimonio se ha convertido para muchas mujeres en una prisión opresiva en lugar de ser un santuario. Y ya la educación de las jóvenes no está encaminada exclusivamente a enseñarles el arte de conquistar y agradar a los hombres, de construir un hogar y ser madres. Sin embargo emparejarse, construir un hogar y una familia, son todavía necesidades instintivas y profundamente enraizadas que no se pueden dejar de lado sin más. Los roles arquetípicos que mujeres y hombres han encarnado en nuestra cultura no se han debido solo a la educación y al condicionamiento son antiguos roles que tienen paralelismos instintivos en muchas otras especies

Todas las culturas y todas las religiones han intentado expresar el arquetipo Masculino y Femenino en sus dioses y héroes. Los antiguos griegos estaban especialmente dotados para describir la realidad divina: cada estado y cada capacidad, cada estado de humor, cada pensamiento y cada experiencia, estaban reflejados por una deidad

El papel más obvio que las mujeres han tenido que aceptar es el de madre. Todas las religiosas han tenido a su diosa madre. La madre es suave, cálida, amorosa, amable, sensible, receptiva, nutrida y sustentadora. Lo acepta todo y siempre está presente para responder a las necesidades de los hijos/as. No tiene vida propia independiente a la de sus hijos/as. Sólo vive para darles luz, alimentarles hasta que puedan hacerlo por sí mismos. Ciertamente las mujeres son el vínculo natural de esta función maternal, sobre todo porque los hombres no pueden dar a luz. Dar a luz es tanto un fenómeno material como uno psíquico o espiritual. Lo maternal es una fuerza poderosa que se expresa a través de una gama de actitudes, emociones y comportamientos humanos. Es obvio que dichas cualidades no pertenecen exclusivamente a las mujeres. Un hombre tiene que desarrollar también estas actitudes o no es humano. Desafortunadamente, las mujeres han sido cargadas en nuestra cultura con la responsabilidad de ser los únicos vehículos de las cualidades maternas esenciales (Stein, citado en Zweig et al, 1993)

Aunque la capacidad maternal y la necesidad de evocar deseos eróticos en el macho mediante su encanto y belleza son ciertamente características instintivas predominantes en las mujeres, verse obligada a identificarse con estos roles impide a la mujer desarrollar su individualidad. Es más una relación creativa y evolutiva hombre-mujer que es imposible alcanzar mientras que las mujeres sigan manteniéndose en esos papeles arquetípicos y los hombres en los opuestos de "macho" (ya sea física o intelectualmente)

Esta realidad que las mujeres han identificado en gran medida con estos roles, y en la que los hombres se han mantenido en general a un nivel igualmente primitivo, relacionándose con ellas como arquetipos maternos o eróticos, ha contribuido mucho a la esterilidad de los matrimonios modernos. El matrimonio patriarcal tradicional fue una institución viable mientras estuvo englobado en una comunidad más amplia y la pareja encontraba su sentido de criar hijos y perpetuar la vida en la comunidad, y desde que los matrimonios se han convertido en ciudadelas aisladas y paradadas de la vida comunal - que era significativa y renovadora- la pareja depende cada vez más de sí misma para la intimidad, la compañía y la renovación espiritual. Además cuando los hijos crecen y dejan el hogar para crear su propia unidad, el matrimonio ya no tiene para la vieja pareja ninguna función significativa como núcleo esencial de la vida familiar.

Este hecho puede ser catastrófico para la mujer identificada con los papeles de madre y de esposa del amor. Su función como madre empieza a perder su importancia esencial y su cuerpo envejecido le hace difícil seguir manteniendo su confianza en los poderes de su encanto erótico. Una vez que la mujer ha sido despojada del poder de estos roles arquetípicos, solo se tiene así misma para ofrecerse en una relación, y si no se ha desarrollado a sí misma a lo largo de los años a la medida que desempeñaba sus papeles, se sentirá vacía e inútil.

Históricamente, los hombres y las mujeres no sólo han dependido biológicamente entre sí, sino que también han sido interdependientes para completarse en el aspecto psicológico: los hombres han apropiado las cualidades llamadas masculinas, y las mujeres las femeninas.

Hoy en día se siguen luchando contra las imágenes culturales que identifican la esencia de la mujer con el Principio Femenino y la esencia del hombre con el Principio Masculino. Para la mujer moderna es esencial luchar por conseguir autonomía e independencia, que están desconectadas con los aspectos fálicos de su naturaleza. Desafortunadamente, muchas mujeres, por miedo a volverse demasiado masculinas, continúan manteniendo antiguas pautas de relación con los hombres, a pesar de haber aprendido a emplear muchas de las mismas tácticas de fuerza que utilizan los hombres para conseguir sus metas profesionales se sienten poseídas por este espíritu masculino ajeno y cortadas totalmente de su femineidad. Esto les sucede a las mujeres que se identifican principalmente con su naturaleza femenina (Stein, citado en Zweig et al, 1993).

La principal razón por la que las mujeres se sienten tan poco mujeres en sus recientes ganadas posiciones profesionales es porque han tenido miedo de confiar en sus propias capacidades fálicas de penetrar y generar. Cuanto más femenina es una mujer, más inconscientemente será de sus propias cualidades masculinas y más las vivirá como ajenas a su naturaleza. En lugar de sentirse alimentada por las expresiones espontáneas de su propia energía

Yang, se sentirá amenazada y sobrepasada. Le parece más seguro aprender a actuar según las reglas desarrolladas por los hombres, que tienden a excluir sus grandes poderes propios Yang que surgen de las profundidades de su ser, como por ejemplo, el enorme poder que hace posible que el útero expulse al recién nacido a través del canal uterino (Pauli, 1987)

La psicología profunda ha probado que tanto las cualidades masculinas como las femeninas se encuentran en el alma de cada persona. En nuestra cultura occidental ha sido un desarrollo excesivo de la perspectiva masculina lo que ha desembocado en una glorificación de la razón, de la objetividad, la separatividad, la ausencia de compromiso y el desprecio por todos los sentimientos subjetivos y las emociones vitales. Esta poderosa fuerza masculina es la principal responsable de la opresión de las mujeres. Pero esta perspectiva masculina distorsionada está infiltrada profundamente tanto en las psiques de hombres como de mujeres. Todos los cambios sociales, económicos y políticos carecerán de valor si continúa el dominio de este espíritu que ha sido tan opresivo a lo Femenino. Una vez que se ha efectuado este desplazamiento se centra en la opresión de lo Femenino, y no en la opresión de las mujeres. (Stein, citado en Zweig et al, 1993)

Es esencial una apreciación de la actitud femenina básica de aceptación y armonía con la naturaleza. Lo femenino siempre respeta y venera los misterios de la naturaleza. Por el contrario de lo Masculino, lo Femenino muy rara vez atenta contra ella o penetra o disecciona sus misterios para tomar control de la naturaleza y poderla así manipular en su propio provecho. En este sentido, lo Femenino está sometido a la naturaleza y es incapaz de alterar o cambiar el curso de los acontecimientos naturales. Pero es justamente esta aparente sumisión e indefensión, esta completa aceptación de lo que es, lo que no ha sido respetado en nuestra cultura por el espíritu masculino de fuerza, de inteligencia y de potencia. Mientras que lo Femenino quizá no tenga el poder o la inclinación de alterar el curso de la naturaleza, su relación con ella le da la fuerza que lo Masculino no tiene. El espíritu que permite a la mujer fluir con el ritmo de sus ciclos lunares, resistir paciente y alegremente los nueve meses requeridos para dar a luz a un hijo, es algo que un hombre debe desarrollar, pues de otra manera, sus mejores planes y esfuerzos creativos se verán continuamente abortados. Sin un respeto femenino por la manera de proceder de la naturaleza, la ingenuidad del espíritu masculino se vuelve muy pronto destructiva de la vida.

Apertura, receptividad, sensibilidad hacia las fuerzas de la vida son características de todos los aspectos de lo Femenino. Aunque en lo Femenino está contenida la capacidad de iniciar la acción, la fuerza de vida que engendra es esencialmente fálica. Comprender la relación recíproca entre los aspectos masculino y femenino del alma es importante para el proceso psicológico de liberación de lo femenino. Si se olvidan y desprecian los aspectos femeninos suaves, abiertos y receptivos de uno mismo, la vida se vuelve rígida, inerte. Del mismo modo, si se teme abrir a la energía fálica la vida se tiende a estancar. Es absolutamente esencial una relación positiva con la

z fálca del espíritu para la existencia de un desarrollo creativo, para la liberación de lo femenino, y para la liberación de las mujeres (Stein, 1974) Mientras que una mujer permanece temerosa e irritada, y siga rechazando lo Masculino dentro de ella en lugar de librarlo en el interior de su alma, nunca se liberará realmente de su dependencia respecto a los hombres, porque se ha separado esencialmente de su fuente fálca de su propio poder y fuerza. Es más, continuamente provocará a los hombres a encarnar y a poner en acción las mismas cosas que teme, lo que, por supuesto, sólo sirve para acentuar su convicción de que los hombres sólo giran alrededor de sí mismos, son dominantes y personas en las que no se puede confiar.

Por encima de todo, lo Femenino considera la relación como el valor más elevado. Consecuente con la fascinación masculina por lo infinito, existe una tendencia a ver la relación en términos de finalidad y realización. En contraste, para el espíritu femenino la relación es un fin en sí mismo, y se siente violado cuando una relación es utilizada en primer lugar para cualquier otro propósito, aunque sea uno que valga la pena.

Dethlefsen y Dalhke (1994), refieren que el flujo mensual es expresión de femineidad, fertilidad y receptividad. La mujer está sometida a este ritmo. Tiene que amoldarse a él. Al hablar de amoldarse se toca un aspecto fundamental de la femineidad: la abnegación. Al decir femineidad se refiere al principio general del polo femenino en el mundo, al que los chinos, por ejemplo, llaman "Yín", los alquimistas simbolizan con la Luna y la psicología profunda expresa con el símbolo del agua. Desde esta óptica, cada mujer no es sino manifestación del principio femenino arquetípico. El principio femenino puede definirse por su receptividad. Así en "I Ging" se lee "lo masculino dirige lo creativo, lo femenino dirige lo receptivo". Y, en otro lugar, "En la receptividad está la mayor entrega del mundo". (Dethlefsen y Dalhke, 1994).

La capacidad de entrega es la característica esencial de la mujer. es la base de todas las demás facultades, como la apertura, absorción, acogida. La capacidad de entrega exige también la renuncia a la actuación activa. Por ejemplo, los símbolos de la femineidad: la Luna y el agua ambos renuncian a irradiar y a emitir como sus polos opuestos, el Sol y el fuego. El agua renuncia a la pretensión de poseer forma propia: se amolda, se entrega.

La polaridad Sol y Luna, fuego y agua, masculino y femenino no lleva implícita valoración alguna. Sería una tontería que el agua se quejara de no poder arder ni brillar y por ello se sintiera inferior. Precisamente por no poder arder puede recibir, capacidad a la que el fuego tiene que renunciar. Uno no es mejor ni peor que otro, solo es diferente. De tal manera, mientras la mujer acepta y vive plenamente su femineidad nunca se sentirá inferior.

La no-reconciliación con la propia femineidad subyace en la mayoría de los trastornos menstruales y en muchos otros síntomas del campo sexual. La entrega, la adaptabilidad, siempre es difícil para el ser humano, exige renuncia a la propia voluntad, al yo, al predominio del ego. Uno tiene que sacrificar algo de su ego, una parte de sí, y esto es lo que la menstruación exige de la mujer. Porque con la sangre, la mujer sacrifica una parte de su fuerza vital. La regla es un pequeño embarazo y un pequeño parto. Y, en la medida en que una mujer no esté conforme con esta regla, se producirán trastornos y dolencias menstruales. Estos indican que una parte de la mujer (por lo general, inconscientemente), se rebela a la regla, al sexo o al hombre, o a todo ello. Precisamente esta rebelión, "yo no quiero", acepta la propaganda de las compresas y tampones, prometiendo que si empleas el producto serás libre y podrás hacer todo lo que quieras durante el periodo. La publicidad explota hábilmente el conflicto básico de la mujer: ser mujer, pero no aceptar lo que trae consigo la condición femenina.

A la que sufre dolores menstruales le duele ser mujer. Los problemas menstruales denotan problemas sexuales, pues la resistencia a la entrega que se manifiesta en el trastorno menstrual delata un agarrotamiento de la vida sexual. La que se relaja en el orgasmo se relaja también en la menstruación. El orgasmo es una pequeña muerte, lo mismo que el sueño. También la menstruación tiene algo de muerte: unos tejidos mueren y son expulsados. Pero morir no es sino la invitación a superar las limitaciones del yo y sus ansias de dominio y dejar que las cosas sigan su curso. La muerte sólo es una amenaza para el ego, nunca para el ser humano en sí. (Dethlefsen y Dalhke, 1994).

La afinidad entre muerte, orgasmo y menstruación debería estar clara: es la capacidad de entrega, el estar dispuesto a sacrificar una parte del ego.

Se ha comprobado que en situaciones de gran angustia e inseguridad, catástrofes, cárcel, campos de trabajo y campos de concentración, suelen producirse faltas de la menstruación (amenorrea secundaria). Y es que, desde luego, tales situaciones, lejos de fomentar el tema de la entrega, inducen a la mujer a adoptar actitudes masculinas de actividad y autoafirmación. (Dethlefsen y Dalhke, 1994).

Dentro de lo que podemos resumir, es que la mujer ha pasado una serie de transiciones históricas que la han hecho reflexionar sobre sus aspectos físicos, emocionales, sociales y psicológicos ya que siempre fue vista como un ser sin capacidad de tomar decisiones, donde su función materna era lo único que la hacía sentir realizada. Actualmente, sigue su proceso de cambio, ya que socialmente es reconocida como una persona productiva, teniendo otro tipo de intereses y expectativas, esto ha hecho que deje de lado su función materna para otro momento.

Todos estos cambios han creado en la mujer conflictos con su sistema de valores, ya que se educó para fomentar la unión familiar, cuidar al esposo y tener hijos y, el hecho de no llevar a cabo el rol la confunden con el papel que representa el hombre.

Con respecto a los roles de la mujer y el hombre (socialmente hablando) se han confundido, principalmente porque desde los conceptos de género limita la función de las personas donde la mujer tiene que responder a ciertas actitudes y funciones y el hombre igual.

Jung y sus seguidores, ven de una forma más integral al ser humano clasificándolo no como hombre y mujer sino como arquetipo masculino y arquetipo femenino, lo que permite que tanto el hombre como la mujer puedan tener actitudes y funciones similares. Lo importante de esto es que la mujer debe entender que cualquier función es importante independientemente del momento en que la realice y no seguir con la idea de que sólo puede desempeñar un rol ya que desde ahí se puede iniciar una confusión sobre la persona, sus expectativas y las expectativas que exige la sociedad. También que vaya rescatando sus valores como mujer, su feminidad y la acepte como tal para crecer.

En el siguiente capítulo, se hablará de infertilidad y esterilidad y la relación que tiene con los conflictos de rol femenino.

CAPITULO 3

INFERTILIDAD Y ESTERILIDAD

“Una mujer con conflictos puede expresarnos con su cuerpo aquello que no puede verbalizar o exteriorizar conscientemente. Si una mujer está biológicamente sana y anatómicamente íntegra para gestar, la aparición de síntomas está expresando un conflicto detrás del cual habrá un sentimiento básico de la mujer frente al hijo, que se llama "ambivalencia””

Videla Mirta

Dentro de los problemas que vive una pareja (sea casada o viva en union libre) en su relación, sabe que tiene que pasar y afrontar varios problemas como son el económico, el moral, etc., pero cuando tiene que enfrentarse con un problema reproductivo (como puede ser la infertilidad o esterilidad), no sabe cómo actuar, puesto que siempre ha tenido en mente "sí, existen esas situaciones pero a mí nunca me van a pasar" Hay muchas enfermedades o problemas en la reproducción pero últimamente se ha visto que tanto la infertilidad como la esterilidad han ido en aumento y a la vez, por investigaciones hechas sobre estos temas, se sabe que tienen mucha relación con lo que es la maternidad Por tal motivo, el propósito de este capítulo es conocer los factores psicológicos que traen consigo la infertilidad y la esterilidad, en especial en la mujer, ya que ella es quien lo padece y vive más directamente Para tener un poco más clara la situación por la que pasan las mujeres, se irán intercalando una serie de experiencias y comentarios narrados por ellas mismas, para así, en el próximo capítulo, dar alternativas de tratamientos psicológicos a este tipo de padecimientos y en un futuro tener seguimiento de éstos, para comprobar lo que se menciona en esta investigación.

3.1. Infertilidad y Esterilidad.

En el área de la reproducción humana se ha visto que los problemas de esterilidad e infertilidad son situaciones que poco a poco han ido en incremento En Estados Unidos notaron que en su primer censo realizado en 1790, tuvieron un rango de nacimientos de 55% por mil pobladores y, en 1990 (200 años después), de 15.5% por mil pobladores, un decremento desde 8 nacimientos por mujer hasta 1.8 Existen algunas explicaciones obvias y algunas especulativas sobre el decremento de la fertilidad Dentro de estas explicaciones se encuentran por ejemplo, el cambio de roles y aspiraciones de la mujer entre otros. (Speroff, 1994)

En México, alrededor de un 15% de las parejas en edad reproductiva no logran un embarazo, a pesar de tener relaciones sexuales frecuentes y sin ningún método anticonceptivo, el 42.67% es por factor masculino, siendo la astenospermia³ la alteración más frecuente (67.3%) (Guitrón, Muñoz, Matar y González, 1992).

En el anuario estadístico del Instituto Nacional de Perinatología⁴, en el año de 1990 reportaron los siguientes datos sobre infertilidad y esterilidad

³ astenospermia vitalidad nula o deficiente de los espermatozoos

⁴ Reyes,Z (1990) Anuario Estadístico INPer México

Nacidos vivos 6,671

Muerte fetal intermedia y tardía: 155

Abortos 535

Muerte neonatal. 217

Pacientes que llegan por motivos de abortos habituales 45 (8%) (La frecuencia es por 100 consultas; n=5,817)

Pacientes subsecuentes que vienen por abortos habituales 1,154 (3.3%) (Frecuencia por 100 consultas, n=34,752).

Pacientes que llegan por motivo de esterilidad 1,136 (45.6%). (Frecuencia por 100 consultas, n=2,489)

Pacientes subsecuentes que vienen por motivos de esterilidad: 12,559 (58.1%) (Frecuencia por 100 consultas, n=21,633)

Al hacer revisiones de los artículos sobre la esterilidad y la infertilidad nos hemos encontrado con el problema de definición de ambos temas, es decir, la esterilidad es manejada con el término de infertilidad y a la infertilidad como pérdidas gestacionales, abortos recurrentes, abortos habituales o infertilidad, en especial en artículos norteamericanos. Es por eso que nosotros en esta investigación nos basaremos en las definiciones hechas por Acosta (1991), primero, para evitar confusión de términos y segundo, porque cada problema se percibe de diferente manera (aunque en el fondo tengan un fin común: la carencia de hijos propios)

Acosta (1991,p 1) refiere que **la esterilidad** se define como "la imposibilidad de lograr embarazo, después de un año de relaciones sexuales (más de tres veces por semana), sin la utilización de un método anticonceptivo. Este período se ha definido basado en estudios que indican que la probabilidad acumulada de lograr embarazo es a los 12 meses de 90% en parejas sanas. **La infertilidad** se define como la incapacidad para tener hijos vivos a término. El aborto habitual es parte de la infertilidad y se presenta en aquellas mujeres con más de 3 a 6 pérdidas fetales (antes de las 20 semanas de gestación) continuas o interrumpidas"

De tal forma, el impacto emocional de una mujer estéril no es el mismo que el de la mujer infértil, es decir, no es lo mismo tener una visión de fracaso de la fecundación (por la mujer estéril), que una visión de fracaso del embarazo no llegado a término (por la mujer infértil). La mujer estéril tiene la esperanza de que en algún momento pueda quedar embarazada, mientras que la mujer infértil quien sí logra el embarazo, tiene el problema de que por diversos motivos no logra tener un hijo vivo

En investigaciones hechas sobre el problema de la esterilidad y la infertilidad se encontró que inconscientemente existen conflictos con la imagen materna. El problema de las mujeres que involuntariamente no tienen hijos fue analizado por Groddeck en 1921, y posteriormente por Benedek (1952) y Deutsch (1959) (citados en Langer, 1994), en particular, 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 ellas, con inmadurez sexual con mala integridad de su identidad femenina y el sentido de la maternidad. Los principios fundamentales de estos conocimientos básicos fueron revisados y confirmados también en otros informes (Kroger, W, 1962, Rutherford et al, 1960 y 1961; Sandler, 1968). Se sabe que en muchos casos el deseo consciente por un hijo esconde un rechazo inconsciente o una actitud ambivalente hacia la maternidad.

Marie Langer (1994) menciona que cuando se habla de infertilidad, la mujer puede interpretarlo como un castigo impuesto por su madre. En contraste con eso, la mujer embarazada que teme ser destruida por el feto experimenta a menudo el embarazo como una trampa peligrosa tendida por su madre, y el mismo embarazo se convierte también en castigo. A esto la embarazada suele reaccionar con intentos semiconscientes de abortar, seguidos por intenso sentimiento de culpa.

En la mujer estéril o infértil prevalecen los temores paranoides (Langer, 1958). Por eso se rigen según su estructura personal, diferentes barreras contra la incorporación del pene y el semen o el albergar el feto dentro de ella.

3.2. La infertilidad y sus consecuencias psicológicas.

La defensa psicósomática más frecuente contra la angustia provocada por el feto que crece y crece consiste en el aborto, en la expulsión prematura del perseguidor, que ocurre a menudo, sin poder ser frenada por ninguna medida preventiva o medicación.

Videla (1990), comenta que la mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial. Su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre. A menudo le teme porque siente al niño como robado a ella. En otros casos se puede observar la conducta contraria, de gran apego y sometimiento a la madre. Es otra forma de elaborar el mismo problema. Las tendencias favorables y adversas al embarazo entran en conflicto y se manifiestan en el plano psicológico y psicósomático, provocando angustias y trastornos típicos. En el aborto real, las tendencias inconscientes hostiles al embarazo son tan fuertes que salen victoriosas actuando sobre los órganos adecuados.

La mujer infértil se embaraza impulsada por su necesidad de reparación. Pero mientras el niño crece dentro de ella, siente que su persecuidor, que atacará desde adentro todo lo bueno que contiene, crece también. Impresiona a menudo la intensidad de angustia que sienten muchas mujeres al principio de un embarazo deseado conscientemente. Si la angustia se vuelve intolerable, intentarán librarse del feto persecutor por todos los medios a su alcance. Videla (1990),

Un embarazo difícil es, pues, indicio de conflictos. Pero la ausencia de trastornos en sí no es prueba de una aceptación gozosa y libre del embarazo. Aquí se presenta el mismo planteo que con respecto a la actitud de la mujer frente a la menstruación. La mujer normal no sufre por su regla, ni se siente inferior por este estado. Pero también la mujer que se viriliza por temor a su femineidad a menudo no se resiente por la menstruación, porque logra ignorarla y la acepta porque cambia sus angustias y sus dudas.

Cuando una mujer que ha recibido suficiente información como para llegar a mantener relaciones sexuales exitosas se embaraza, se convertirá en un elemento perturbador de la aparente estabilidad que la sociedad intenta mantener mediante la obediencia de sus pautas preestablecidas. Estas pautas indican que una mujer debe casarse para poder llevar adelante un embarazo. Su desobediencia significa constituirse automáticamente en un objeto nocivo, que amenaza el equilibrio social y que por lo tanto será expulsado en un procedimiento simétrico al del aborto. Los siglos anteriores registran el filicidio como un fenómeno relativamente generalizado que al parecer, según lo afirman algunos autores, en la actualidad fue poco a poco sustituido por el aborto (Videla, 1990)

Podría inferirse que el aborto tendería a desaparecer en virtud del uso adecuado de los anticonceptivos. Sin embargo esto no sucede. Las razones de esta paradoja constituyen un interrogante, sobre todo teniendo en cuenta que un 90% de los historiales de mujeres embarazadas señalan abortos provocados o espontáneos, que se convierten en una especie de antesala forzosa de la maternidad.

Debe destacarse que se prepara a la mujer para mantener buenas relaciones sexuales, dentro o fuera del matrimonio, pero no para poder decidir la maternidad en forma adecuada. Se le propone entonces una sexualidad que no tiene en cuenta la maternidad como variante posible. Resulta difícil encontrar mujeres que no hayan atravesado esta conflictiva situación.

Continúa Videla (1990), diciendo que la decisión de concebir está teñida de múltiples motivaciones personales que están lejos de ser solamente el hacerse cargo plenamente de crear y desarrollar con amor a un niño a través de la satisfacción de sus necesidades integrales. Ocurre

Algunas veces, por ejemplo, que el hijo desempeña para el padre el papel del hermano que no tiene, otras la búsqueda del sexo que desea íntimamente poseer. Para muchas mujeres el hijo es solo una manera de calmar la culpa por abortos provocados anteriores, para otras una manera de asegurarse su integridad genital y la capacidad de engendrar objetos íntegros, etc.

Por otra parte, los últimos descubrimientos científicos desprejuiciados, demuestran que el embarazo no deseado es sin duda uno de los motivos determinantes de la patología de la gestación, ya sea por influencias genéticas directas, como por correlaciones neurohormonales, cuyo funcionamiento de corteza-tálamo-hipotálamo-hipófisis-genitales, es bien conocida pero en este tema a veces negada. Videla menciona que no puede aceptarse que una mujer deba asumir la maternidad por imposición social, o por exigencias sociales que intentan utilizarla para incrementar la población o crear así nueva mano de obra para el aumento de la producción.

Videla (1990), refiere que cuando una mujer busca embarazarse consciente o inconscientemente, posee dos grupos de potencialidades psicológicas de referencia:

- 1) El resultante de la relación con su madre y con su padre, con los elementos de identificación y de diferenciación.
- 2) Los elementos que el condicionamiento sociocultural le han brindado: forma en que cada sociedad vive las diferencias sexuales, las relaciones genitales, importancia del rol maternal, enseñanza escolar, influencia de las amistades, relaciones amorosas, etc.

Videla (1990), comenta que los síntomas de la pareja frente al embarazo son índice de un conflicto con la maternidad, y no un rechazo al hijo. Mejor aún, otra manera de decir podría ser que los síntomas son indicadores de un conflicto en la pareja con respecto al hijo que se está gestando y lo que éste significa, moviliza o representa para ambos. El síntoma aparece así no como un elemento de menosprecio hacia la personalidad de la mujer gestante, sino como una especie de señal mediante la cual la mujer y/o la pareja, nos indican su necesidad de comprensión, entendimiento y ayuda, en ese difícil momento por el cual atraviesan.

Una pareja o mujer con conflictos puede expresarnos con su cuerpo aquello que no puede verbalizar o exteriorizar a nivel consciente. Si una mujer está biológicamente sana y anatómicamente íntegra para gestar, la aparición de síntomas está expresando un conflicto detrás del cual habrá un sentimiento básico de la mujer o de la pareja frente al hijo, que se llama "ambivalencia". Es decir, aunque instintivamente quiera embarazarse, concebir, gestar y tener un hijo sano, como consecuencia de sus conflictos inconscientes no resueltos puede no querer o no poder llevar adelante un embarazo bueno. Si el conflicto no logra resolverse en una suerte de equilibrio, bien puede llegarse al parto prematuro o al aborto.

Por último, Videla (1990), dice que los síntomas pueden ser de carácter físico o psicológico. Entre los primeros encontramos, generalmente en pareja, aquellos que corresponden a todas las zonas erógenas de la evolución psicosexual vómito y antojos, diarreas y constipaciones, retención del feto y parto prematuro, lipotimias o pérdidas del conocimiento total o parcial, astenia o desgano general, hiperactividad, obesidad acompañada de oralidad incontrolada, anorexia o falta de apetito, adelgazamiento marcado, etc. Dentro de los síntomas psicológicos tenemos por ejemplo los miedos, ansiedades, fobias, trastornos psicosexuales como la frigidez y la impotencia, etc.

Por su parte Dethlefsen, y Dalhke, (1994) refieren sobre la náusea y el vómito lo siguiente: "Todos sabemos cómo puede bloquearnos el estómago y quitarnos el apetito un problema. El apetito depende en gran medida de la situación psíquica. Hay multitud de expresiones que señalan esta analogía entre los procesos psíquicos: *Eso me ha quitado el apetito, o: Sólo de pensarlo me da mareo. O también: Nada más de verlo se me revuelve el estómago.* El mareo señala rechazo de algo que, por lo tanto, se nos sienta en la boca del estómago".

La náusea culmina en el vómito del alimento. El individuo se libra de las cosas e impresiones que rechaza, que no quiere asimilar. El vómito es una expresión categórica de defensa y repudio.

Vomitarse es **no aceptar**. Esta relación se expresa claramente en los vómitos del embarazo. Aquí se expresa el rechazo inconsciente de la criatura o del semen que la mujer no quiere "incorporar". Los vómitos del embarazo también pueden expresar un rechazo de la función femenina (la maternidad).

En casi todos los matrimonios está, desde el principio, la idea implícita o explícita de convertirse en un sistema de tres. Las parejas hacen una negociación en cuanto a cuándo, cómo y cuántos hijos tener. El nivel de compromiso en la paternidad es mucho mayor que en el matrimonio. El matrimonio puede romperse y la paternidad no. A veces las parejas deciden la paternidad sin pensarlo, con resultados desastrosos. Es difícil de imaginar el compromiso de por vida que genera el simple acto de concepción (Von, 1988).

El aborto espontáneo es muy frecuente. Al rededor del 10% de todos los embarazos "clínicos" se interrumpen antes de la 20ª semana, o con un peso fetal inferior a los 500g, que son los criterios para hablar de "pérdidas reproductoras precoces", según la O.M.S. (citado en Salvatierra, 1989), una mayoría de las interrupciones espontáneas, aisladas, o de un primer embarazo, se deben a defectos genéticos del huevo, generalmente una cromosomopatía (50% de los

casos) Otro 10-15% se deben a alguna enfermedad materna o proceso intercurrente (infección, etc.) En el 35-40% de abortos la causa no está clara. Si se trata de una primera gestación, frecuentemente existen signos de hipoplasia genital, infantilismo, con inmadurez y rechazo inconsciente del embarazo, disfunción menstrual y estrés. La influencia de factores psicológicos en los abortos espontáneos aislados ha sido manifestada por varios autores (Rothman, Kaplan y Nettless, 1962, James, 1963, Graves, 1987). Esa influencia es mayor cuando se producen abortos espontáneos repetidos. Se califica de aborto habitual la sucesión de tres o más abortos. En estos casos cabe la sospecha de que la interrupción repetida tenga un origen psicógeno, por estrés (Berle y Javert, 1954). El estrés puede ser simplemente la experiencia del primer aborto y el miedo a abortar de nuevo.

La intervención de factores psicológicos y de estrés psicosocial es una hipótesis tan válida como cualquier otra, y que se apoya en los buenos resultados de la psicoterapia e, incluso, de la simple atención solícita por parte del médico, lo que se ha llamado un cuidado sensible y cariñoso (Javert, 1957, Clyne, 1972, Stray-Pedersen y Stray-Pedersen, 1984). Con cualquier tratamiento medicamentoso hormonal o no, siempre que exista una buena relación médico-paciente y una atención cariñosa, el 60-80% de los casos de aborto habitual consiguen un embarazo a término (Salvatierra, 1987). Evidentemente, muchos tratamientos actúan como un simple placebo, incluyendo los inmunológicos cuyo fundamento dista de estar probado (Rocklin, Kitzmiller, Carpenter, 1976).

Hay dos series de estudios sobre la psicogenia del aborto habitual relativamente antiguos y que no han tenido confirmación ni rechazo posterior. Mann (1956, 1959) encontró trastornos de la personalidad en un estudio de abortadoras, antes de un nuevo embarazo, consiguiendo que el 80% de las nuevas gestaciones, en casos sin causa orgánica clara, llegaran a término (57 de 70). Grimm (1962), del mismo grupo, utilizó una extensa batería de test, incluyendo el TAT, en mujeres con dos o más abortos, hallando un patrón característico de personalidad en 61 casos (comparando con 35 controles y con 19 casos orgánicos). Ese patrón consistía en deficiente control emocional, dependencia, pasividad, tensión excesiva ante las manifestaciones o expresiones de hostilidad y propensión a sentimientos de culpa. En los casos en los que la psicoterapia logró un embarazo a término, se produjo una reversión de dicho patrón típico. Mann y Grimm (1962) indican que pueden hacerse tres grupos de abortadoras "sin causa"

1. Con dependencia de la madre, que favorece dicha conducta
2. Con sentimientos de culpa alimentados por un padre que a la vez anima y castiga la expresión de la sexualidad de la hija
3. Con frustración y hostilidad hacia lo que percibe como un marido inadecuado

La frecuente personalidad neurótica de las abortadoras habituales, con rasgos fóbicos u obsesivos, a veces histéricos, fue destacada por Michel-Wolffrom (1968) Un rechazo de la maternidad, para la que no están preparadas, parece subyacer en muchas ocasiones (Malmquist et al, 1969, Hertz, 1973). Sin embargo, Pasini(1974), comparando 8 abortadoras, con 8 estériles primarias, sin causa, en un estudio en profundidad mediante un cuestionario especial y ciertos test (Rorschach, de frustración de Rosenzweig, el de relaciones objetales y el dibujo de persona) observó que las abortadoras eran más normales que las estériles, aunque con tendencia a personalidad fóbica, angustia, depresión, y con fantasías de pérdida de embarazo Según Pasini (1974), fue significativamente frecuente en la historia de las pacientes la pérdida de hermanos o hermanas pequeñas, o de abortos espontáneos o provocados en la madre o hermanas Esto puede influir cognitivamente en la evaluación del propio embarazo

Estudios en el Departamento de la Universidad de Granada sobre 46 abortadoras con dos o más abortos sucesivos, demostraron una causa orgánica en 24 y una ausencia de la misma en 22 (Salvatierra y Cuenca, 1975). Comparando con 76 embarazadas normales entre el tercero y el séptimo mes, encontramos una mayor alteración emocional Mediante el T.A.T se observó una mayor agresividad y una menor adaptación al papel femenino. Una personalidad histérica, según el test de elección de colores de Luscher, apareció en más de la mitad de los casos. Sin embargo, las alteraciones emocionales estuvieron presentes tanto en abortadoras con causa orgánica demostrada como en las sin causa evidente, aunque fueron más frecuentes en estas últimas En un estudio de conjunto de mujeres infértiles, con estériles, Cuenca, Florido, Valverde y Salvatierra (1983), observaron que el trastorno emocional era semejante en los casos con causa orgánica o funcional. Sin embargo, las proyecciones de trastorno afectivo interpersonal en la lámina 2 del T.A.T mostraron que la alteración aumenta con los años de infertilidad En cambio, las proyecciones de dependencia materna y apersonación no fueron mayores conforme a la duración de la infertilidad fue mayor, indicando que esta alteración de personalidad es probablemente preexistente a la infertilidad y no-consecuencia de ella

Actualmente se piensa que en la infertilidad lo más importante es la reacción de la mujer ante las propias pérdidas, singularmente la pérdida inicial que es un estresor evaluado afrontado de modo individual

Serían esenciales los sentimientos de duelo y el complejo de inferioridad (o de desvalidez), que harían a la mujer más "frágil" ante el estrés de un nuevo embarazo que no sabe cómo va a terminar La respuesta psicósomática es muy variable (Graves, 1987) Pueden distinguirse cuatro estados físicos fundamentales ante la nueva gestación

- 1 **Ansiedad manifiesta** Es tal vez el mejor estado para responder a una psicoterapia, ya que la mujer es consciente de la amenaza, esta bajo activación y no recurre a defensas regresivas
- 2 **Depresión y desesperanza**, de peor pronóstico, ya que la paciente no confía en sus recursos de afrontamiento.
- 3 **Conversión psicósomática**, en la que la ansiedad ha sido convertida en síntomas, como amenorrea, dolor pélvico, "infección" Muchas veces se instala una esterilidad secundaria funcional
- 4 **Adaptación** El hecho de los abortos ha sido asimilado como algo inevitable. La mujer se comporta normalmente. Sin embargo, estas mujeres vuelven a abortar fácilmente

En el hecho de que los abortos han sido asimilados como algo inevitable, la mujer se comporta normalmente. Sin embargo, estas mujeres vuelven a abortar fácilmente (Graves, 1987)

El error frecuente que se comete ante una mujer infértil "es pensar que tiene una causa definida que hay que encontrar, y que nos debe explicar todos sus fracasos, del primero al último. Realmente, si hay un proceso dinámico y fluctuante, multifactorial, ese es el aborto habitual" (Salvatierra, 1987 p114) En una mayoría de los casos las pérdidas reproductoras son heterogéneas, variando el tipo de un embarazo a otro. puede alternarse la esterilidad con el aborto precoz, el tardío o la muerte perinatal.

Wasser e Isenberg (1986), han lanzado el concepto del "modelo de supresión de la reproducción". Se trata de que, bajo estrés, las mujeres (y también las especies animales, especialmente mamíferas), tienden a suprimir la reproducción, concentrando sus energías en la supervivencia de su individualidad. El concepto no es nuevo, y ya Eiert en la década de los años 50 describió el proceso, basándose en la teoría de la adaptación de Selye (citado en Salvatierra, 1989) y en el abundante material de mujeres estresadas proporcionado por la segunda guerra mundial. Wasser e Isenberg (1986), dicen que la reproducción se evita cuando un fracaso es altamente probable, porque las condiciones ambientales son tan pobres que es mejor retrasar el intento. Dentro de las condiciones ambientales está la actitud del propio sujeto. La reproducción puede evitarse de muchas formas, desde la inhibición crónica de la ovulación, con amenorrea secundaria, a la interrupción espontánea de la gestación

Hay otras formas de evitar la reproducción, desde el rechazo sexual hasta el aborto provocado. Estas formas conductuales nacen posiblemente de alteraciones psicológicas semejantes. Simón, Rothmann, Goff y Sentura (1969), estudiaron psicológicamente 32 mujeres con aborto espontáneo, comparando 46 con aborto provocado, utilizando una entrevista semiestructurada, el MMPI y el "Loevinger Family Problems Scale". Las abortadoras espontáneas

no mostraron mucha psicopatología, pero presentaron cierta depresión en la época del aborto, lo que no ocurrió en el grupo de provocación. Los test psicológicos indicaron conflictos de identidad sexual (bajas puntuaciones MF en el MMPI) y tendencia a sadomasoquismo (altas puntuaciones en la escala PD). La "Loevinger Scale" mostró rechazo del papel biológico de la mujer en el 32%. Estas alteraciones son semejantes a las mujeres con aborto provocado, aunque no tan severas. Simón y cols concluyen que la interrupción de la gestación, espontánea o provocada, puede contemplarse como una manera primaria de tratar conflictos sadomasoquistas inconscientes.

Por su parte, Morales (1992), menciona que el embarazo es un evento biológico que tiene importantes repercusiones en la esfera emocional del individuo y la pareja ya que implica la activación de los recursos tanto externos como internos con los que se cuenta. Cuando la pareja sufre una pérdida perinatal, los cambios emocionales que se observan en el embarazo se manifiestan hasta que surge la pérdida, lo que ocasiona que sea ésta vivida como un rompimiento brusco con las expectativas de la pareja en relación al producto. Es así que lo que se observa es un cuadro depresivo generalmente manifestado en forma de reacción, que se conoce como duelo. Este se caracteriza por diferentes síntomas y momentos.

Morales (1992) refiere que la sintomatología es muy variada y abarca diferentes planos, pero se pueden agrupar de la siguiente forma:

- Alteración específica del estado de ánimo (tristeza, sensación de soledad, apatía)
- Concepto negativo de sí mismo, que se acompaña de autorreproches y autoinculpación
- Deseo regresivo y de autocastigo (deseo de escapar, esconderse o morir)
- Trastornos vegetativos (anorexia, insomnio, disminución del deseo sexual).
- Trastornos de la actividad (reíardo o agitación)

En la práctica clínica, se han observado con mayor frecuencia los casos en que el proceso depresivo no se comparte con la pareja, hecho que provoca la privatización del dolor entorpeciendo, consiguientemente, la solución. También tienen importancia, en el sentido de bloquear, la serie de "consejos" y actitudes que adopta el entorno, tales como no hablar del hecho para no lastimar, frases como "no te preocupes, te vas a embarazar", "la vida debe continuar", "resignación", etc. Estas recomendaciones lo que condicionan es la explicación de que se "está vivo" y por tanto se está en posibilidad de disfrutar en un momento en que no es lo que se desea ya que sería contradictorio y a la vez vivido de manera culpígena. (Morales, 1992).

La mujer está en una situación de privilegio frente al hombre en el aspecto sexual, en el plano de igualdad casi absoluta en lo social y privada del goce de la maternidad por perder prácticamente a sus hijos a los pocos meses de nacidos. Las consecuencias psicológica y social

son rechazo del embarazo por parte de la mujer, que se expresa en los métodos anticonceptivos y de aborto

La mujer antes sabía que la finalidad de su vida era casarse y tener hijos. Actualmente la maternidad ya no es tan deseada. Dada nuestra organización social - con el trabajo femenino, la crisis de vivienda, el elevado costo de la educación de un niño - el nacimiento de un hijo es sentido a menudo más bien como un estorbo económico y social, que como una alegría. El ideal de la maternidad, se ha sustituido actualmente por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente y muy frecuentemente en contra de la maternidad (Morales, 1992)

Connie Zweig et al (1993), quien maneja un enfoque jungiano, hace mención en el libro "Ser Mujer", sobre la exploración de las raíces de la herida madre-hija. Los sentimientos esenciales de cada niña sobre sí misma, sobre su cuerpo y sobre sus relaciones con los demás, están enraizados en un vínculo con su madre que es fuente y modelo de cómo ser una mujer. También menciona que como la mayoría de las relaciones madre-hija adolecen gravemente de intimidad y/o independencia, se encuentran suspirando por una madre que nunca existió, y que no pudo existir. De tal manera que si se reconecta con la "niña interior", dejándose nutrir por una madre sustituta, como puede ser una terapeuta o una amiga, revitalizaría la relación con su propia madre, y así podría experimentar la maternidad consciente.

Como se ha estado mencionando en el capítulo, se puede ver que existe un conflicto en la mujer consigo misma, es decir con su femineidad, con su propia imagen de ser mujer. Esto viene a manifestarse desde el momento en que ella siente la necesidad de competir con el hombre, pero esta competencia la hace sentir que el maternaje es un obstáculo y no un complemento para su persona. Zweig (1993), por su parte, plantea una opción de cómo poder ver a la mujer teniendo buena relación con esa parte femenina y así, poder evitar conflictos como son la infertilidad y esterilidad en la reproducción, que la mujer inconscientemente, puede utilizar para manifestar su inconformidad ante dicho rol.

La infertilidad es una experiencia no esperada por la mujer, cuando sabe que está embarazada, todos sus miedos empiezan a aflorar debido a que la experiencia de su anterior o anteriores embarazos no fueron nada agradables y aunque su médico de confianza le diga que todo está correcto o que sólo es cuestión de guardar reposo, ella presiente que cada día o mes que pasa "ese algo" inesperado le provocará un nuevo aborto, el cual si llega a ocurrir ocasionará que sea ella la primera en autoculparse por lo sucedido cerrándose a cualquier tipo de atención terapéutica, ya que el hecho de hablar de su experiencia dolorosa es algo difícil de entender por otros incluso hasta por la propia pareja. Y mientras no se le da la atención requerida no para que pase el duelo sino para que la paciente vaya entendiendo cuáles son precisamente esos miedos,

no podrá trabajar con ellos y buscar estrategias terapéuticas que pueda utilizar ante un nuevo enfrentamiento reproductivo

3.3. La esterilidad y sus consecuencias psicológicas

En general se puede decir que la mujer, aunque utilice medios anticonceptivos y descarte conscientemente durante el coito las posibles consecuencias, percibe en su inconsciente una relación constante entre la aceptación del placer que le ofrece su compañero y la fantasía de un embarazo, de un parto. Se puede ir todavía más lejos en esta afirmación. La postergación de la menarquía, los estados de amenorrea y dismenorrea, etc., están en el fondo siempre relacionados con conflictos respecto a la maternidad.

Lo antes mencionado se ve manifestado cuando una pareja después de un tiempo unida que ha llevado un control natal, decide tener hijos y éste se ve truncado por otros factores inesperados como puede ser un problema de esterilidad. (Langer, 1994).

En los últimos tiempos se le ha dado una real importancia a los factores psicógenos, sobre todo en mujeres jóvenes en quienes acarrear desórdenes menstruales y ciclos anovulatorios.

Ford (1953), dice que cuando a una mujer que consulta por su esterilidad no se le encuentra causa mecánica, quirúrgica, endocrinológica que de razón de ella y cuyo esposo posea un espermatozoides normal y tampoco existan causas sexuales, debe ser considerada como una esterilidad de causa desconocida por lo cual puede entrar en el vasto campo de la esterilidad de causa psicógena.

Donovan (1970), piensa que pocas veces "puede establecerse un diagnóstico de esterilidad psicógena con algún grado de seguridad" (p 399).

Rakoff (1962), menciona que como consecuencia de estos hechos, los términos amenorrea psicógena, anovulación psicógena y hemorragias funcionales de origen psicógeno son descritos con frecuencia. Este autor recuerda que las amenorreas psicógenas por angustia, temor, etc., condicionan una verdadera supresión ovárica con ausencia o acentuada disminución de estrógenos o aumento de gonadotrofinas que provoca, en ocasiones, prolongadas amenorreas con persistencia de cuerpo lúteo, arribando a síndromes de pseudociesis. El trauma psíquico que inhibe la función ovárica hace muy refractario al endometrio a la estimulación estrogénica y Rakoff, cataloga estos hechos encuadrándolos dentro de tres tipos que describe como de origen psicogénico. 1) hipogonadotropismo, 2) inhibición de gonadotrofinas y otras hormonas pituitarias, y 3) deficiencia ovárica con hormona foliculo estimulante (FSH) normal o incrementada. Plotrowsky

(1962), termina un interesante relato sobre la evaluación de los factores psicógenos diciendo que las "emociones desempeñan un importante papel en la anovulación".

Mac Leod (1964), menciona que la personalidad femenina dentro de su ego dificulta el estudio de modo inconsciente y una prueba de ello es el asunto de la inseminación artificial que mientras en los animales tiene un 99% de éxitos, en la mujer y en las mejores manos no pasa del 30%. Por lo tanto, en la evolución favorable de la esterilidad de causa psicógena tiene capital importancia la personalidad del ginecólogo tratante. Se ha dicho que muchas mujeres conciben a posteriori de la visita del ginecólogo, lo cual es negado estadísticamente por Wateville (citado en López, 1972)

Kroger (1951), dice que las trompas son los elementos más histéricos del oviducto femenino. Esto significa que mientras éstas no estén en un estado de "placidez", el embarazo será imposible.

La discusión respecto de los resultados de la adopción en la mujer esteril sin causa aparente, fue muy controvertida. El relato de Sandler (1965), de 18 embarazos en 32 mujeres que adoptaron (56% de éxitos), no se repitió Hanson y Rock (1950), en 202 casos de esterilidad sin patología demostrable ni tratamiento, comparan 70 parejas, que adoptaron y que lograron 15 embarazos con la evolución en 113 parejas que no recurrieron a la adopción pero que quedaron encintas espontáneamente en mayor proporción (26.8%). Esto demuestra que pese a todo lo dicho existen factores imponderables en la aparición de la gestación

Rock (1965), no acepta la hipótesis y en trabajo posterior concluye que la adopción no aumenta el porcentaje de embarazos en una relación estadística entre las parejas que adoptaron y las que no lo hicieron.

No hay que olvidar que la psiquis de estas mujeres cambia o sufre procesos de agravación por la frustración de su maternidad, problema que se complica por la insistencia del marido normal o de la familia que la rodea y la lleva a instancias de neurosis, como la citada en la estadística de Rommer (1958), quien halló un 92% de mujeres estériles que habían tenido relaciones extraconyugales con el único objeto de quedar embarazadas, lo cual fue admitido sólo por un 30% de las fértiles.

Loftus (1962), no admite terapia con drogas en estas pacientes y refiere varios casos de amenorrea psicógena tratados con éxito.

Ford (1953), por fin, cree necesario hacer una serie de preguntas que el médico debe valorar 1) Motivación del embarazo ¿Qué significa no quedar encinta? ¿Por qué quiere ella un hijo? 2) Historia de la pareja 3) Historia menstrual y reproductiva 4) Curriculum familiar Estabilidad del hogar, nivel sociocultural, ¿prefiere varón o niña? 5) Rol de la identificación paternal Evidentemente, estas premisas resumen toda la historia y las circunstancias que pueden influir como factores psicosomáticos en la personalidad de la pareja motivo del estudio

Por otro lado en otras investigaciones recientes hechas por Priest (1987), menciona que, en la esterilidad los factores psicosociales tienen gran importancia, hay que considerarla como un gran problema en el que están implicados marido y mujer, y que puede relacionarse con trastornos clínicos que afectan a cualquiera de los cónyuges por separado o a ambos

Algunos síndromes clínicos que se asocian a la infertilidad son los siguientes

- En el varón se manifiesta como impotencia, no-eyaculación, eyaculación precoz, eyaculación tardía, etc
- En la mujer se presenta el vaginismo, espasmo tubárico⁵ e hipogonadismo, abortos espontáneos, hiperemesis, toxemia preeclámsica, amenorrea y anovulación, anorexia nerviosa, etc. (Priest,1987).

Priest (1987), menciona que en la actualidad la importancia de los factores psicosociales que afectan a la esterilidad son discutibles, sin embargo, merecen que se tengan en cuenta muchas observaciones clínicas Se insiste en que los factores etimológicos (psicológicos, orgánicos) y, el tratamiento no se excluyen mutuamente Cada uno puede coincidir y complicar al otro en diverso grado

Menning en 1980 y Houghton en 1984 reportaron que 1 de 7 ó 1 de 10 parejas, buscan ayuda médica en sus esfuerzos por concebir También ha sido afirmado que los problemas psicológicos como son la depresión, ansiedad y el miedo, acompañan a la esterilidad (Seibel & Taymor,1982; Bell,1983).

La relación entre las dificultades psicológicas y la esterilidad no es entendida todavía Un número de autores han sugerido que los factores psicológicos tales como la depresión, ansiedad y

⁵ Espasmo tubárico: Constricción brusca, pero pasajera de un conducto u orificio En este caso las trompas de Falopio

hipogonadismo: Disminución de la secreción interna de las gónadas.

hiperemesis Vómitos excesivos.

toxemia preeclámsica: Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.

miedo pueden influir en lo fisiológico, incluyendo el funcionamiento endocrinológico y así reducir la probabilidad de concebir (Pepperell, Hudson, Wood,1980)

Otros autores han sugerido que el estado de esterilidad misma provoca síntomas psicológicos de diferentes grados de severidad (Taymor,1978) El impacto del diagnóstico y el tratamiento subsecuente de la esterilidad, en adición a la presión social de llegar a ser padres, los cuales experimentan las parejas sin hijos involuntariamente, puede tener un efecto sobremarcado del funcionamiento psicológico Varios autores (Menning,1980,Rosenfeld y Mitchel,1979), se han abocado a la provisión de un consejero profesional para atacar esas medidas (Taymor & Bresnick,1978; Haughton,1984)

La relación entre el funcionamiento psicológico y la esterilidad puede ser causal o consecencial con la probabilidad de una interacción compleja entre la esterilidad y los problemas psicológicos También existe un grupo de pacientes para quienes la esterilidad permanece inexplicada después de la realización de las pruebas de diagnóstico, habiendo no sido encontradas causas anatómicas, fisiológicas o patológicas (Templeton & Penney,1982)

Bell en 1983 menciona que muchas de las primeras literaturas concernientes a causas psicológicas de la esterilidad eran anecdóticas y no sistematizadas, a menudo basadas en reportes de casos psicoanalíticos En una revisión de esas literaturas, Noyes y CHapnick,1964 (citado en Edelmann et al,1986,p 213) refieren: "Una prueba inconclusa encontró que un factor psicológico puede alterar la fertilidad en una pareja estéril normal" Avances recientes de procedimientos de investigación y de conocimiento de la endocrinología, habían reducido la estimación de la esterilidad debida a factores psicológicos Actualmente la más alta estimación raramente rebasa el 18% (Harrison, O' moore,A ,O' moore,R. & McSweeney,1981)

El problema de la esterilidad actúa a distintos niveles Por un lado, los 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, caracterizada por el proceso de socialización y dominación específicas a una sociedad, una clase o un grupo, pero que igual permite importantes variaciones "prácticas" (Fisher & Senarclens,1979)

Insler (1988) menciona que 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 de una cultura influirán, hasta cierto punto sobre otra forma de experimentar el cuerpo a través de las prácticas educacionales, pedagógicas y

médicas que determinarán en este contexto las diferenciaciones entre hombres y mujeres, los papeles respectivos de la sexualidad, la anticoncepción, la reproducción y el trabajo, etc

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 posponen la reproducción para satisfacer otras necesidades, principalmente materiales, o se revelan contra la tradición en apoyo de una imagen distinta de ellas mismas como iguales del hombre, lo que cambiara su experiencia 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 la necesidad 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 sólo compromete a la persona, sino a la pareja que opera como unidad y como la combinación de dos personas separadas, con sus diferentes historias, sufrimientos y necesidades emocionales.

La pareja se frustra cuando descubre que su decisión de concebir, en el período que racionalmente se calculó como el más adecuado, no se logra, rápidamente les da un sentimiento de fracaso. La imagen más o menos dramática que tienen de su esterilidad se determina entonces, no solamente por su conocimiento de biología, sino fundamentalmente por su imaginación y las antiguas creencias y tradiciones que dieron origen al infame "mito de la esterilidad" (Berger, 1980, Kraft et al, 1980)

La esterilidad, para Insler (1988), debe enfocarse como un todo en una perspectiva psicosomática, esto es, evitando la dicotomía arbitraria entre lo somático y lo 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

El enfoque de las causas de la esterilidad 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 distintos niveles de su relación: cómo experimentan la esterilidad, sus reacciones emocionales y sexuales, sin dejar de mencionar su comportamiento en el mundo exterior, esto es, su familia, amigos, la sociedad que lleva al riesgo de conflictos y, en ocasiones, la separación

Ser estéril hoy, agrega Insler (1988), implica no tener un hijo cuando se lo programó. En los tiempos actuales, que vieron el advenimiento de una anticoncepción efectiva, las parejas comenzaron a ver la concepción como un dominio sobre el cual ellos tienen un control completo. Ven muy rápidamente cualquier incapacidad de concebir como un fracaso y vienen mucho más temprano a la consulta sobre la esterilidad. El problema tiene que ver más con lo que la pareja está experimentando a nivel consciente y subconsciente que con el diagnóstico médico de esterilidad.

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 el enojo.

Maruani en 1981 como Stauber en 1982 (citados en Insler, 1988), observaron la pobreza de estudios sobre el deseo de tener un hijo en los casos de la esterilidad.

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

También ocurre que se formen parejas alrededor del deseo inconsciente de no tener un hijo (Cahen, 1978, citado en Insler, 1988). 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 madre-hijo. 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 lo 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 una mujer está deseando experimentar, pero en su psiquis no hay espacio para un hijo real.

En cuanto a la condición de esterilidad, refiere Morales (1992), ésta es un hecho que la pareja enfrenta con impotencia y frustración, debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir la función social esperada de toda pareja y para la cual se ha preparado cada individuo a lo largo de su vida. Ciertamente, las respuestas a esta situación llegan a ser muy dispares, a consecuencia de las características de cada uno de los miembros de la pareja, así como de la experiencia de su vida.

El trabajo cotidiano con estas parejas muestran que con relativa frecuencia la carga de responsabilidad recae sobre la mujer, con independencia del origen real del problema, causando

fracturas en la orientación debido a verdaderas agresiones hacia la figura femenina, no sólo por parte del esposo sino, en general, del entorno en que se desenvuelven. Esto probablemente asociado a la grave amenaza que es para el varón reconocer tal incapacidad, ya que está fuertemente vinculado con los conceptos de potencia y virilidad, tan importantes en nuestra sociedad para poseer valor personal y social, en tanto que constituyen un elemento central del papel del hombre en esta cultura. En la mujer, aún y cuando también representa un valor central, es más fácilmente asumible debido a su imagen desvalorizada dentro del contexto social.

Bajo estas circunstancias, el hijo asume una posición de "tributo" que da la mujer al hombre como manifestación simbólica de su amor en tanto que para el varón simboliza su identidad misma. Esta percepción nos sugiere la forma en que va cambiando la ponderación de un proyecto común y parte del global, a ser prácticamente el único proyecto de vida para cada uno, lo que evidentemente va a constreñir las opciones de vida, tanto individual como de pareja.

Dethlefsen y Dalhke, 1994, refieren que el flujo menstrual es expresión de la facultad de tener hijos. La menstruación produce reacciones distintas, según la mujer desee tener un hijo o no. Si lo desea, le indica que "tampoco esta vez pudo ser". En este caso, el periodo provoca molestias y mal humor. La regla se acusa "con dolor". Pese a su deseo de tener hijos, estas mujeres suelen utilizar métodos anticonceptivos, aunque poco fiables. Es el compromiso entre la inconsciente ansia de maternidad y el afán de procurarse una coartada. Si la mujer teme quedar embarazada, espera la regla con ansiedad, lo cual es el medio más seguro para producir un retraso. El flujo suele ser entonces abundante y prolongado, circunstancia que también puede utilizarse para rehuir el sexo.

Básicamente la regla, como cualquier sintoma, puede esgrimirse como instrumento ya sea para eludir el acto sexual, o ya para reclamar atenciones y mimos.

La menstruación es determinada físicamente por la interrelación de la hormona femenina estrógeno y la hormona masculina gestágeno. Esta interrelación corresponde a una "sexualidad a escala hormonal". Si esta sexualidad hormonal se perturba, se trastorna también la regla. Esta clase de anomalías difícilmente subsana con la administración de hormonas medicamentosas, ya que las hormonas son exclusivamente representantes materiales de las partes del alma masculina y femenina. La curación sólo puede hallarse en la reconciliación con la propia condición sexual, ya que éste es requisito indispensable para poder realizar en sí el polo del sexo opuesto (Dethlefsen y Dalhke, 1994).

Podemos resumir, que este tipo de padecimientos, como son la infertilidad y la esterilidad aunque se manifiestan como problemas médicos, llevan implícitos conflictos psicológicos.

portantes como son la mala relación materna, el rol materno a temprana edad amén de la presión social con respecto al rol que debe tener como mujer. En este capítulo se conocieron algunas sintomatologías que presentan en este tipo de problemas reproductivos, pero en el siguiente capítulo se conocerá desde un punto de vista psicológico, cómo se retoman y trabajan estos casos.

CAPITULO 4

UNA VISION PSICOLÓGICA HACIA LA INFERTILIDAD Y LA ESTERILIDAD

"Niño quiere decir algo que evoluciona a la independencia, cosa que no puede hacer sin desprenderse de sus orígenes. El abandono es, por tanto, una condición necesaria y no sólo un síntoma concomitante"

Abrams, J.

De acuerdo a lo comentado en el capítulo anterior sobre el problema de la esterilidad y la fertilidad, el siguiente apartado va en función de mostrar la importancia que tienen los procesos psicológicos en la resolución de estos eventos.

Cuestiones básicas como son: la mala relación con la madre, una imagen pobre del padre y, una posible personalidad infantil o varonil, según sea el caso, reflejan un mal manejo de la maternidad que, aunado a otros factores, dan como resultado complicaciones gineco-obstétricas que no se lleve a cabo una primera relación infantil madre-hija, puede ser indicador de un mal manejo maternal a futuro. aunque no es regla que una cosa conlleve a la otra pero si el ambiente en donde vive dicha persona refleja el ambiente vivido en la infancia, es seguro que se llegue a presentar este tipo de problemas

Marie Langer (1994), menciona que toda mujer que haya pasado por episodios dramáticos en su infancia o sólo se haya sentido defraudada en la vinculación con su madre por el nacimiento de un hermano menor será incapaz de ser una buena madre. Puede ser un error manejarlo así aunque la primera infancia influye notablemente en el desarrollo futuro, también cuentan los años posteriores. un trato comprensivo y realmente bondadoso por parte de las personas que rodean al niño(a) puede mitigar las consecuencias tanto de las primeras vivencias infantiles como de acontecimientos dañinos ocurridos durante la infancia. Además el propio efecto traumático de las vivencias depende del comportamiento de los padres. Una madre que no prive del cariño y educación a su pequeña hija, aunque espere un nuevo hijo, no provocará los celos desesperados que suscitará otra, preocupada y amargada por un nuevo embarazo, que rechace a la niña sin darse cuenta a menudo de su actitud hostil.

Como ya se había mencionado, la maternidad es la capacidad que tiene una persona (en este caso la mujer) de dar todo sin esperar nada a cambio. Este punto importante nos puede mostrar si una persona está o no preparada para la maternidad, y esto lo podemos ver en las mujeres que presentan problemas de esterilidad e infertilidad, cuando notamos que su deseo de tener un hijo envuelve otra finalidad: que él le proporcione la compañía que la pareja no le ha dado, la realización de ella como mujer ante la sociedad e incluso, que le resuelva su problema conyugal haciendo el bebé un "pretexto" para un nuevo intento en la relación marital.

Es por eso, que en este capítulo se retomarán nuevamente algunos conceptos teóricos aunados con casos clínicos de mujeres estériles e infértiles que muestran claramente el conflicto con su femineidad, la relación con su madre y por ende con su maternidad

4.1 Casos clínicos de mujeres infértiles y estériles

Desde el punto de vista de Marie Langer (1994), menciona el conflicto que presenta la mujer y su mala relación con la imagen materna. En muchos historiales de mujeres estériles se puede ver que al principio de su vida sexual usaron medidas anticonceptivas diversas. Más tarde, cuando consultan al ginecólogo por su esterilidad, éste suele decirles "Es lo que pasa por haber pretendido ir contra la naturaleza". Si se sustituye la palabra naturaleza por el de madre podemos inferir que la mujer estéril comprende que no puede tener hijos por haberse rebelado contra su madre. Ella no quería que su madre concibiera y tuviera hijos, ahora aquella se venga y no permite la maternidad a su hija.

A menudo la mujer que más tarde lo hará todo para curar su esterilidad, deprimiéndose gravemente por cada nueva menstruación, pasó los primeros años de su vida sexual obsesionada por su temor de embarazarse y esperando con ansiedad la llegada puntual del período. Pareciera que para ella tanto su posible fertilidad como su esterilidad desencadenase el mismo caudal de angustia. Eso comprueba en primer término que su capacidad procreativa presentaba dificultades en estas mujeres aún antes de poder comprobar el hecho de su esterilidad. Además que el embarazo aparentemente tan deseado más tarde, fue muy temido en una época anterior, lo que explicaría que aunque la mujer conscientemente quisiera que se produzca, su inconsciente sigue tratando de evitarlo con todos los medios psicossomáticos a su disposición (incluso los abortos). Se puede deducir de esto, que para estas enfermas el embarazo ya no es un proceso biológico destinado a terminar en un nacimiento, sino una exposición a graves sufrimientos y peligros que pueden llevar hasta la destrucción de su femineidad o la muerte. Si a pesar de ello deciden embarazarse, fracasan y se angustian tanto por su esterilidad porque la interpretan como comprobación de haber sido ya destruidas interiormente. Esta destrucción parece ser justo castigo de su hostilidad infantil, las angustias como una prueba de su culpa. La mujer estéril que quiere embarazarse, suele oscilar entre dos posiciones igualmente penosas: por un lado teme la menstruación como prueba de su esterilidad y culpa y, por el otro, teme la falta de la regla como indicio de embarazo que es la posibilidad de tener que sufrir sólo entonces su castigo (Langer, 1994).

Como ejemplo de lo expuesto, Marie Langer nos presenta claramente en el siguiente cuadro las características principales en las que se asemejan 5 de sus pacientes que presentaban problemas de esterilidad.

NOMBRE	CONSTELACIÓN FAMILIAR MADRE, FIGURA CENTRAL PADRE, FIGURA SECUNDARIA	FRUSTRACION DURANTE ETAPA ORAL	EN RELACION CON NACIMIENTO DE HERMANOS MENORES	ODIO CONTRA MADRE EMBARAZADA	ACONTECIMIENTOS QUE HACEN CREER EN LA EFICACIA DE ESTE ODIO	MECANISMO PARA MANTENER TAL RESULTADO
Silvia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Infantilismo y virilización
Sra Z	Sí	—	—	—	—	Virilización
Sra L	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Virilización
Sra B	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Virilización
A N	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Virilización
Resultado	1)	TEMER COMO PELIGROSA LA IDENTIFICACIÓN CON LA MADRE EMBARAZADA				
	2)	ESTERILIDAD				

CUADRO 1 Pacientes estériles y principales características

A través de este esquema se puede ver una gran concordancia de factores en las pacientes. Todas tienen determinada constelación familiar. la madre es la figura central, el padre tiene relativamente poca importancia para ellas. Si en la primera infancia el niño tiene un padre capaz de convertirse en otro objeto igualmente importante, le será más fácil independizarse de su madre y manejar sus sentimientos y ansiedades. Por otro lado, la mayoría refiere según el cuadro (1), haber tenido problemas en la etapa oral, es decir, durante el primer año de vida. Este factor puede ser interpretado como que el lactante sienta también toda falta de cariño y las más diversas molestias en el plano oral. Esto provoca el odio contra su madre y el deseo de succionarla, vaciarla y quitarle a la fuerza el contenido negado de su cuerpo. Estas fantasías inconscientes pueden llevar más tarde a la niña a creer que su madre en justa venganza, la haya vaciado y privado del contenido valioso de su propio cuerpo, representado por el niño. En cuanto a la paciente llamada Sra. Z, quien no tiene manifestados varios factores señalados en el cuadro se podría pensar que no encaja con las estériles, pero de acuerdo a Helene Dutsch (citado en Langer, 1994), sostiene que a menudo las hijas menores (que es el caso de esta paciente) viven en el temor y la obsesión continuos de que su madre podría estar embarazada y que si no nace el hermano es debido a que ella lo impidió mágicamente por la violencia de sus malos deseos, además de que la madre vivía despreciando a su propio sexo obsesionada por la idea de un embarazo. Acontecimientos trágicos en relación con la maternidad de la madre, intervienen como factor fundamental para crear un obstáculo serio que impide a la paciente la identificación con su madre justo en funciones maternas que hacen creer en la eficacia de su envidia, sus celos y su odio en la inutilidad de su

amor y deseo de reparación. Así, la maternidad se vuelve extremadamente peligrosa para ella, haciéndola temer si se expone a sufrir como castigo un destino igual o peor que la madre.

En la última serie del cuadro en donde se manejó el concepto de infantilismo o la "virilización" de las pacientes (excluyendo el caso de Silvia que presentaba un infantilismo hormonal evidente, de acuerdo al autor), los teóricos se refieren permanentemente a actitudes caractereológicas de ellas. Marie Langer comenta que una niña púber no queda infantil, ni se viriliza, volviéndose más tarde estéril por este motivo sino para protegerse contra los peligros que la fertilidad entraña para ella. También se viriliza si teme no poder ya ser mujer. Finalmente, el infantilismo o la virilización la utilizan como otro medio de acercarse a la madre y tener mejor relación (Langer, 1994)

Podemos agregar que para Marie Langer, la virilización es el que una mujer muestre una actitud masculina como una forma de defensa contra sus angustias más profundas de ser destruida su femineidad. Y, para Jung, (que es el autor al que esta investigación se inclinará) sería el dejar dominar a su parte inconsciente que tiene el ser humano donde predomina la imagen colectiva del hombre, a la cual se le denomina **ánimus** (este concepto será retomado en el tema 4.3 Arquetipos)

Por otra parte, otro cuadro de Marie Langer nos arroja información muy importante, como son las similitudes de pacientes estériles e infértiles

NOMBRE	ESTÉRILES					INFERTILES		
	Silvia	Sra Z	Sra L	Sra B	A N	Sra M	Olga	Frda
CONSTELACIÓN FAMILIAR MADRE, FIGURA CENTRAL PADRE, FIGURA SECUNDARIA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO CONOCIO A LA MADRE
FRUSTRACIÓN DURANTE ETAPA ORAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EN RELACIÓN CON NACIMIENTO DE HERMANOS MENORES	SI	—	SI	SI	SI	—	—	
ODIO CONTRA MADRE EMBARAZADA	SI	?	SI	SI	SI	SI	SI	—
ACONTECIMIENTOS QUE HACEN CREER EN LA EFICACIA DE ESTE ODIOS	SI	—	SI	SI	SI	SI	SI	AL NACER ELLA ENLOQUECIÓ LA MADRE

RESULTADOS	1)	TEMER COMO PELIGROSA LA IDENTIFICACION CON LA MADRE EMBARAZADA							
	2)	ESTERILIDAD				ABORTO ESPONTANEO EMBARAZO EXTRAUTERINO MENOPAUSIA PRECOZ	ABORTOS ESPONTANEO HEMORRAGIA GRAVE	INFERTILIDAD PSICOLOGICA	
MECANISMO PARA MANTENER TALES RESULTADOS	INFANTILISMO Y VIRILIZACION	VIRILIZACION	VIRILIZACION	VIRILIZACION	VIRILIZACION	VIRILIZACION	INFANTILISMO	INFANTILISMO	

CUADRO 2

Marie Langer (1994), comenta que las causas que pueden haber provocado la esterilidad de las pacientes ya mencionadas evidentemente se encuentran también en mujeres fértiles y, cree que siempre causarán dificultades psicosomáticas o psicológicas en sus capacidades maternas. El ejemplo de eso nos relata el caso de las tres pacientes manejadas en el cuadro anterior.

La Sra. M, era una de las mayores de una larga serie de hijas mujeres. Su madre psicótica, sufrió un episodio melancólico después de haberla dado a luz. Por esa causa ella fue sacada de su casa y entregada primeramente a una ama de leche y después a un matrimonio amigo, sin hijos, que la trataba muy bien. Volvió a su casa cuando tenía cuatro años. La madre no la quería. Se irritaba y la castigaba cuando la niña reclamaba llorando a su querida madre adoptiva. Nacieron otras hermanas. El padre era un hombre cariñoso y suave, que adoraba a su mujer y sufría por su psicosis. Se sintió desilusionado por la falta de un hijo varón. Sin embargo, trataba bien a sus hijas, teniendo predilección por solo una de ellas. La enferma quería a su padre pero sentía que él no la apoyaba ni se preocupaba mayormente por ella. Se casó enamorada y al principio pensó que todo iba a andar bien. Al año nació una hija, mas tarde otra, que por su sexo desilusiono a la madre. Años más tarde se embarazó de nuevo, abortando en el cuarto mes. Esta vez hubiera sido el varón anhelado por ella y su esposo. Luego tuvo un embarazo extrauterino, sobreviniendo después de éste una amenorrea completa. A los treinta y cuatro años se le hizo el diagnostico de menopausia precoz. Sin embargo, el análisis que ella llevó en terapia logró provocarle de nuevo un periodo menstrual, permitiéndole una elaboración de sus conflictos infantiles y mejorando su estado psicofísico en general. Pero después de esta menstruación diagnosticada como anovulación tardía, la enferma se volvió a los cuarenta y un años, definitivamente menopáusica.

COMENTARIOS

De este ejemplo podemos resaltar los siguientes datos

- * la paciente es la mayor de seis hermanas
- * de recién nacida fue abandonada y rechazada por la madre

- * el padre mostraba un rol periférico además de su marcado deseo de tener un hijo varón
- * la paciente no deseaba tener hijos por lo que tuvo varios abortos

En la siguiente paciente llamada Olga refiere lo siguiente: Proviene de una familia pobre. Su padre, sordo e irritable, era un hombre difícil. Su madre, mujer sufrida y amargada, la quería, pero, como tenía que trabajar en una fábrica, la atendía el mínimo estrictamente necesario para poder criarla. Dos hermanos mayores habían muerto pequeños antes de que ella naciera. Su madre se embarazaba a menudo, y se provocaba abortos. Un día, su madre le preguntó si todavía querría tener un hermanito, Olga protestó violentamente. La madre se sometió a su juicio, muriendo a los treinta y siete años, poco después y a consecuencia del aborto que se había provocado. Olga recurrió al análisis por un estado depresivo con compulsiones y angustias. Estaba casada, apreciaba a su marido y tenía una hija. Posteriormente había abortado un varón. Al mes del aborto casi murió de una grave hemorragia genital. Ya anteriormente había vivido obsesionada por la idea de que debería repetir exactamente el destino de su madre. Por eso se protegió con una esterilidad pasajera contra los peligros de su fertilidad. Se embarazó de nuevo cuando estaba por iniciar su análisis y esperaba del tratamiento una protección mágica e inmediata contra los peligros de un embarazo. Pero al progresar éste, y todavía incapaz de liberarse de sus sentimientos de culpa infantiles, adquirió la convicción de que otra vez iba a abortar antes de llegar el cuarto mes. Consultó a su ginecólogo sobre ello, quien no encontró nada anormal. Efectivamente, próxima a la fecha empezó con pérdidas. Hizo reposo absoluto y la medicación adecuada, pero abortó precisamente en el día previsto por ella, que correspondía al cuarto mes. (Langer, 1994)

COMENTARIOS

En esta paciente sobresale lo siguiente:

- * existía un abandono emocional por parte de la madre hacia ella
- * la madre presentaba muchos embarazos y abortos provocados
- * culpa infantil por la muerte de su madre
- * sigue el mismo patrón de su madre

Frida, es la última paciente manejada en el cuadro. A raíz del nacimiento de ella, su madre había enloquecido de una psicosis puerperal, por lo que tuvo que ser criada en casa de los abuelos. Tuvo una infancia difícil y triste. Cuando se casó, quiso conscientemente tener hijos. Se embarazaba con facilidad, para entrar poco después en tal estado de angustia y desesperación que los médicos, temiendo por su razón o por su vida, aconsejaban la interrupción del embarazo. Esto ocurrió cuatro veces, hasta que finalmente apoyándose en su tratamiento psicoanalítico, recién iniciado, pudo llevar un embarazo a término.

En Frida no existe la envidia contra hermanos menores ni el odio contra la madre embarazada. La había perdido ya al nacer. Por eso, para ella, convertirse en madre significaba perderse así misma. Esta historia hace comprender que, a pesar de la importancia de todos los demás factores mencionados, el mayor obstáculo para la maternidad de la hija reside en las dificultades de identificación con su propia madre en su papel maternal.

COMENTARIOS

De Frida podemos resumir lo siguiente:

- * fue separada de la madre a temprana edad
- * tuvo una infancia triste y difícil
- * se angustiaba mucho cada vez que se embarazaba
- * el mayor obstáculo para su maternidad fue el de no tener una identificación con su madre en su papel maternal
- * ella perdió a su madre de pequeña y el intentar convertirse en madre, le significaba perderse a sí misma

Para abordar un buen manejo psicoterapéutico con este tipo de pacientes, es necesario el trabajar tanto la parte consciente como la inconsciente de una persona. Para esta última, es importante llegar a entender cómo se desenvuelve dicho proceso inconsciente para así poder aprovechar toda la información que la paciente trae consigo, que servirá de herramienta para el análisis y comprensión del problema de salud y, por tanto, llegar a una buena resolución. Es por eso que expondremos un apartado que nos hable precisamente de esos elementos que se trabajan en el inconsciente como los arquetipos, los símbolos, el niño interno; y técnicas psicológicas para entenderlos mejor como los sueños y el proceso de duelo.

3.2. La importancia de la elaboración del duelo.

Podemos decir que para las infértiles, el no lograr tener un hijo vivo en cada intento se puede considerar como una pérdida y que por lo tanto, requiere de una elaboración de duelo.

Carl Jung (citado en Savage, 1992) entiende al duelo como una experiencia humana muy uniforme en cuanto a emociones y comportamiento y sugiere que la pérdida de un ser querido está influenciada por temas arquetípicos comunes a la experiencia de toda la humanidad. La resolución del duelo requiere que comprenda la magnitud real de nuestra pérdida y que se haga consciente su efecto sobre nosotros.

Las familias necesitan concretar sus sueños, planes y deseos acerca del bebé por medio de la creación de recuerdos, viendo cómo su hijo experimenta el tránsito y realizando los rituales apropiados como el bautismo y/o la bendición y el funeral y/o ceremonias recordatorias. Necesitan

representar su papel de padres, sentirse unidos a su hijo diciéndole hola antes de poderlo llorar diciéndole adiós

La pérdida de los hijos durante el embarazo produce un efecto pernicioso sobre la imagen que los padres tienen de sí mismos. Cuando el embarazo termina de forma prematura con la muerte del niño los padres sienten la otra cara de las fuerzas vitales perciben el aspecto negativo, de relación con la muerte, inherente a la misma naturaleza. Esto puede conducir a una sensación de fracaso personal, de culpabilidad somática, de rechazo del cuerpo y un deseo casi irrefrenable de autodestrucción, basada en el desviado deseo de ser padres del hijo difunto incluso en la muerte. De acuerdo a la visión de Jung, sólo aceptando el vínculo y el genuino deseo de ser padres se pueden contrarrestar estos agonizantes efectos. El anhelo de los padres de sostener en brazos a su hijo muerto, el más natural de los comportamientos, se percibe como macabro y mal sano. Su deseo de hablar con su hijo y su incapacidad de sentir indiferencia, incluso años después del suceso, pone en duda nuestros conceptos de restablecimiento "saludable" y es la causa de que se acuse a los padres de "rechazo a soltar". Sin embargo, son estos gestos de tener al niño en brazos, hablar de él, quererlo y acariciarlo, todos ellos originados en el estrato más instintivo de la paternidad, los que sirven para transformar el desorden permanente de la vida psíquica, provocado por su identificación con los aspectos oscuros de la naturaleza. Es justamente a través de estos actos como se manifiesta y se exterioriza la paternidad, fortaleciendo psicológicamente la posición del YO, mientras que al mismo tiempo se mitiga la terrible influencia de las identificaciones negativas. (Savage, 1992)

De acuerdo a Knapp (citado en Savage, 1992), encontró seis características principales comunes a todos los padres que han perdido a un hijo que son las siguientes: 1) la promesa de no olvidar nunca al hijo, 2) el deseo de morir, 3) revitalización de las creencias religiosas, 4) un cambio de valores, 5) una mayor tolerancia y 6) sombra de dolor

Con respecto a la primera característica se puede interpretar "como un medio para resolver el vacío del futuro.. llenando este vacío con las imágenes del hijo que tuvieron, a través de pensamientos, recuerdos y hablando abiertamente de él. Sólo así la pérdida se vuelve una realidad". De esta forma enfatiza la función adaptativa del recuerdo

Jung, von Franz, Hillman, Langer y Lifton (citados en Savage, 1992), opinan que la psicología profunda puede y debe devolvernos a la tarea de elucidar la " trascendencia experiencial" inherente a la "sensación de mantenerse entre la vida y la muerte". Este punto de vista acentúa el enfoque simbólico o arquetípico. Aunque también trate de la función real, el enfoque simbólico se centra más que nada en el potencial transformador inherente al duelo. De

esta forma se puede comprender mejor la crisis de "sentido" que se desencadena con la muerte de un ser querido

Savage comenta que la moderna psicología del yo, basada en el modelo pulsional de Freud no explica de forma adecuada la fenomenología específica del duelo por las pérdidas en el embarazo y el parto. Para Knapp, el predominio de la 'promesa de recordar' en los padres responde a dos finalidades psicológicas. Si bien fomenta la adaptación consciente a la muerte, lo más importante es que mantiene la continuidad de la relación padre-hijo, tendente a un fin potencialmente transformador, el cual es dirigido por el arquetipo central de la personalidad del Sí-mismo.

Según la descripción de Jung sobre el Sí-mismo, "éste no sólo es el centro sino también la circunferencia completa, que abarca el consciente y el inconsciente. Es el centro de este conjunto de la misma manera que el Yo es el centro de la mente consciente" (citado en Savage, 1992, p.39). De esta frase se desprende que las experiencias intensas como el duelo no solo comprometen la personalidad consciente sino que también despiertan contenidos inconscientes. Por tanto, los sueños que el superviviente tiene del difunto, las experiencias casi alucinatorias de la presencia del difunto y las experiencias del pasado con la muerte son revividas y añadidas a la intensidad del duelo actual.

Las circunstancias del duelo por la muerte de un niño, desbaratan la identidad de los padres como progenitores eficaces y cuidadores. Como padres mortales que fueron incapaces de evitar el sufrimiento y la muerte de su hijo y cuyo amor se percibió como insuficiente, estos padres son psicológicamente vulnerables a una identificación del yo con el arquetipo de la Madre Terrible devoradora o del Padre Negativo.

Estas identificaciones responden a la intensidad de la culpabilidad que experimentan los padres que han sufrido pérdidas reproductivas.

De la misma manera que un padre puede llegar a identificarse con un arquetipo como el Padre Negativo, también es probable que el hijo indefenso se vea asociado con el aspecto positivo del arquetipo hijo-divino. Inicialmente, esta asociación puede complicar la aptitud de los padres de separarse de la imagen de su hijo. También puede disminuir la capacidad de expresar amor hacia otros hijos supervivientes, a los que de forma inconsciente se compara con la imagen "divina" asociada con el hijo muerto.

En una etapa posterior del desarrollo del proceso del duelo, la asociación del hijo muerto con el arquetipo del Hijo Divino provoca una separación entre el hijo real y su correspondiente imagen.

divina. Todo esto permite que la pérdida real sea aceptada como permanente. La imagen del Hijo Divino puede, entonces, actuar como figura interna, como guía en el proceso de individuación de los padres.

Por su parte Eisendrath-Young (citado en Savage, 1992), refiere que el complejo de la madre negativa se organiza alrededor del arquetipo de la Madre Terrible. Este complejo expresa las respuestas instintivo-emocionales a los aspectos negativos de la crianza o del vínculo con el hijo. Apego, asfixia, paralización y muerte definen este carácter. Cuando el complejo se atribuye a una mujer, o cuando una mujer se siente identificada con el complejo, ésta se percibe a sí misma como si tuviera más poder del que racionalmente sabe que tiene. Se atribuye a sí misma defectos exagerados y que están más allá de la responsabilidad de los seres humanos.

A todo esto Knapp indica que la promesa de recordar desempeña un papel vital en la restitución del equilibrio psicológico de la persona que sufre el duelo y contribuye a su posterior expansión transformadora de la personalidad consciente.

Dentro de la siguiente característica que se refiere al deseo de morir, Freud afirmó que "El motivo de que sea tan extraordinariamente doloroso este proceso de suplir poco a poco los designios de la realidad no es fácil de explicar en términos de economía mental" (citado en Savage, 1992,p.47). En cambio, si se puede comprender desde una perspectiva arquetípica. El duelo por la pérdida de un hijo se ha representado a menudo en el terreno de lo mítico y lo religioso.

Harding (citado en Savage, 1992), menciona que la necesidad de **diferenciación** entre el hijo y la madre es crucial para la resolución del dolor. Ésta se alcanza cuando la madre deja de identificarse con el instinto maternal bueno-malo. Sólo puede tener lugar a través de la diferenciación psicológica entre ella y su hijo. lo cual garantiza a este último el derecho a vivir su propia vida y morir su propia muerte, sufrir o ser feliz.

En cuanto a la característica de la revitalización del sentimiento religioso, se menciona que el propio deseo de vivir es la base de éste, es decir la elevada incidencia en los supervivientes del aumento del sentimiento religioso. Para casi toda la gente se produce una fe, ésta consiste en un reavivamiento de la creencia en algún tipo de reencuentro con el hijo después de la propia muerte de los padres (Knapp, 1986, citado en Savage, 1992).

Para muchos de los padres con creencias religiosas preexistentes, el paso por el infierno del duelo comenzaba con una desesperada búsqueda para encontrarle algún sentido a la muerte del hijo.

Con la muerte del hijo, los padres sienten su alma. Esta pérdida del alma tiene lugar con la pérdida del hijo, al cual no sólo se quiere su propio bien, sino que también es el portador de las proyecciones inconscientes de sus padres. Como dice Jung (en Savage, 1992), la proyección activa es el proceso psicológico de crear lazos mágicos entre la gente. Es un proceso fundamental de unión necesario para posterior desarrollo de la empatía.

Con la muerte del hijo, estas proyecciones inconscientes de los padres en el hijo, originadas ya en el momento en que se conoce el embarazo no pueden encarnarse o manifestarse en el ámbito externo o consciente. Por lo tanto, los propósitos arquetípicos quedan frustrados. Uno teme perder para siempre aquellos aspectos de uno mismo que se proyectan en el hijo, como el deseo de la inmortalidad, de prolongarse en el futuro o las esperanzas y deseos que se tienen puestos en la vida del hijo.

La pérdida del alma también se percibe por parte de los supervivientes como una pérdida de la identidad personal del Yo. La personalidad consciente se vuelve menos diferenciada si es invadida por una identificación inconsciente con la luminosidad impersonal de los arquetipos paternos. Por ejemplo, la identificación del Yo con el aspecto negativo del arquetipo de la Madre Terrible puede hacer que los padres se sientan auténticos responsables de la muerte del hijo.

Las dos respuestas típicas siguientes del esquema de Knapp comprenden un cambio de valores y una mayor tolerancia. Ambas respuestas, combinadas con una espiritualidad más profunda, conforman el carácter subsiguiente de la vida individual y familiar. Ahora la vida se percibe como más frágil y por lo tanto la familia valoraba las actividades que fomentaban una relación emocional más estrecha. El trabajo, la posición social y la mejora económica se vuelven menos atractivos. Los padres decían tener una mayor tolerancia hacia el sufrimiento de los demás al ser más conscientes de las vicisitudes y de la profundidad del ser humano.

En tanto a la última característica, que es la de sombra de dolor, podemos decir que es una forma de duelo crónico que a veces arrastran durante la mayor parte de sus vidas. No se manifiesta abiertamente, no debilita ni tampoco se necesita ningún esfuerzo para enfrentarse a él. La sombra de dolor es más corriente en las madres y, cuando se da, el individuo nunca puede "dejar de recordar la pérdida sin sentir algún tipo de emoción, aunque sea muy débil" (citado en Savage, 1992).

Peppers y Knapp (citados en Savage, 1992), de acuerdo a su planteamiento, expresan que el restablecimiento perfecto debería implicar una decátexis⁶, es decir que la libido se alejará

⁶ Decátexis: Término freudiano que describe la retirada de la libido o energía psíquica de una persona, objeto

completamente del objeto perdido, liberando así a la persona de la constante tristeza o dolor. Por su parte, Rosenblatt llega a la conclusión de que, aunque generalmente se cree que el duelo disminuye, lo más normal es que “miegue gradualmente pero estando a veces presente y a veces ausente”. Dicho de otra forma, cuando uno se permite recordar, puede que el recuerdo afecte igual que en el momento del suceso (citado en Savage, 1992).

Una de las formas de empezar a elaborar el duelo, es el permitir a los padres el despedirse de su hijo muerto. Después de la muerte, la madre sigue normalmente un rito de limpieza o purificación con el fin de eliminar cualquier lazo que siga existiendo con el hijo difunto y para recuperar simbólicamente la fertilidad.

El cuerpo del niño muerto significa el “fracaso de los deseos arquetípicos para el futuro, del sentimiento de conquista, del nuevo principio y del final satisfactorio”, del cual quisiéramos alejarnos (Hillman 1975, citado en Savage, 1992). Los actos de tener en brazos al niño, observarlo, ponerle un nombre y enterrarlo ceremoniosamente son, por su parte, expresiones arquetípicas de la unión y el vínculo paternos. El poder realizar estos actos atribuye al hijo un alma, una identidad y, como tal, ayuda al superviviente a comprender la pérdida y facilita el duelo. Contrariamente a la opinión general, tener al hijo muerto en brazos no es algo que sea demasiado doloroso de soportar emocionalmente. Al contrario, el comportamiento más corriente de los padres es el de observar al hijo de cerca y con detalle, tratando de encontrar los parecidos con la familia. Este proceso permite a los padres reconocer a su hijo como objeto tangible de su amor, para después separarse de él. Si esto no sucede, el hijo muerto ejerce una influencia fantasmal en los supervivientes. Los padres, especialmente la madre, buscan desesperadamente imágenes de cómo debía haber sido el niño. A menudo se le compara con otros bebés que tengan aproximadamente la misma edad, en busca de similitudes. Negar esta necesidad psicológica de encarnar al hijo en una imagen, sólo hace que las madres caigan en un estado de inadaptación, de fantasía y deseos de realización. En general, el proceso natural del duelo se complica si estos vínculos no se pueden expresar abiertamente (Peppers y Knapp, 1980, citados en Savage, 1992).

Parte del proceso del duelo, como se ha manifestado antes, lleva mezclados sentimientos de culpabilidad y fracaso. Savage menciona que muchas madres hurgan en sus recuerdos en busca de actos olvidados que pudieran haber causado la muerte del hijo. Ejemplo de ello, es una de sus pacientes quien mencionó “Lo hice todo correctamente: dejé de fumar, hacía deporte regularmente pero sin cansarme demasiado, comía la comida adecuada, dormía las ocho horas de rigor, pero me sigue atormentando la idea de que hay algo que no hice bien. Este sentimiento era tan intenso que a veces creía observar en mi marido alguna mirada acusadora. Pero cuando se lo preguntaba,

o idea

siempre me miraba sorprendido y me decía que él ya sabía que no era culpa mía si nuestro hijo murió estrangulado por el cordón umbilical" (Savage, 1992).

Otra canalización que tienen los padres sobre la pérdida, es en los años de búsqueda que surgen en el periodo más intenso del duelo, que tienen lugar poco después de la muerte. La mayoría de los padres que tenían sueños sobre el tema de la búsqueda mencionan que estos desaparecen al cabo de tres o cuatro meses. El cese del tema de la búsqueda corresponde normalmente a la aceptación por parte del superviviente de la realidad de la muerte, cuando ya no esperan volver a su lado a su hijo real.

Harriet Sarnof Schiff escribe que "en algunos estudios se estiman que un 90% de los padres que han perdido a un hijo tienen serias dificultades matrimoniales durante los meses después del nacimiento" (1978, citado en Savage 1992). Esta dificultad matrimonial puede atribuirse, en parte, a problemas sexuales en la pareja. El miedo a otro embarazo, el miedo a la intimidad o al placer sexual también puede entenderse como una traición hacia el hijo muerto.

En cuanto a las lágrimas se refiere, es un aspecto fundamental del duelo ya que llega a la promesa de la resolución. Según A. F. Shand (citado en Savage, 1992), tiene raíces primitivas y un valor social. El grito de dolor tiende a preservar la vida del niño al atraer la atención de sus cuidadores.

La función curativa atribuida a las lágrimas se observa en muchos "milagros" de las estatuas zamantadas de María, dentro de la fe católica. Las lágrimas, como el agua, tienen una función purificadora. Como dice Eliade, "las aguas simbolizan el universo entero de lo verdadero preceden a toda forma y mantienen a toda criatura" (citado en Savage, 1992).

En lo que se refiere a la fase de restablecimiento, se percibe como un cambio fundamental en el sentimiento del duelo, ocasionado ante todo por la disolución psicológica del vínculo que une a los padres de familia con el hijo externo y el subsiguiente desarrollo de una relación interior con la imagen del hijo.

En cuanto a la pérdida, la psicología moderna con su enfoque reduccionista y racionalista, ha relegado lo simbólico a lo secular. Dentro de este esquema psicológico, no puede haber auténticos símbolos, sólo signos. Para la gente convencida de esto, el símbolo religioso no es más que una evidencia de la superstición primitiva y de la ignorancia. La teoría freudiana, basada en la primacía del Yo, entiende que el Yo está inmerso en un baile de supremacías con el inconsciente, que ve como un almacén de los instintos y de los rasgos repudiados por el Yo. De acuerdo con el concepto de principio de realidad, Freud entendía el duelo como un proceso natural que, al cabo

de un tiempo, se resolverá con la elevación del Yo sobre el inconsciente. El trabajo psicológico en el duelo consiste, pues, en alejarse del inconsciente y de sus símbolos, del cual obedece a los mandatos de la realidad.

La realidad, en la teoría freudiana, se convierte en mediador principal y, en consecuencia su objetivo es la adaptación. Según palabras de Freud "ninguna posición de la libido se abandona voluntariamente y, por tanto la persona que ha perdido un ser querido puede dar la espalda a la realidad, a través de una psicosis de deseo alucinatoria, con el fin de mantener la relación con el difunto" (citado en Savage, 1992)

En contraste con esta opinión, Jung escribe en "Adaptación, Individuación y Colectividad" que la adaptación psicológica consiste en dos procesos esenciales, el de adaptación a las condiciones externas y el de la adaptación a las condiciones internas. Por condiciones externas se entienden no solo las condiciones del mundo que nos rodea sino también las opiniones conscientes que se ha formado uno con elementos objetivos. Las condiciones internas son aquellos factores o datos que, desde el inconsciente, se imponen por encima de las percepciones, independientemente de los juicios conscientes y a veces incluso en oposición a ellos (citado en Savage, 1992)

Para entender mejor sobre estas condiciones internas, hablaremos sobre el significado de los arquetipos y su interrelación con la maternidad.

4.3. Arquetipos

Para saber qué es el arquetipo manejaremos a Jung (citado en Rojo, 1991), quien menciona que es como una energía vital, en su manifestación de libido, que se encuentra libre en esta inmensidad común y, aunque está dentro de cada uno de nosotros, nos es absolutamente extraña. Los arquetipos tienen una propiedad: ser capaces de dar formas diversas a la libido. Por ello se definen como potencialidades psíquicas formativas, expresión de la energía y de la vida. Dentro de las características de los arquetipos, podemos decir que:

- a) Son autónomos
- b) Están organizados como personoides, es decir, como entidades parecidas a la Persona. Su influencia patológica se vivencia como si otro ser extraño actuara desde adentro y en el interior del individuo, por su autonomía
- c) Se activan al contacto de factores externos, como el arte, grandes doctrinas religiosas. Tal influencia, ni es causal ni motivada
- d) Son colosalmente más fuertes que el YO, de tal manera que pueden absorberlo si el YO se identificara con ellos

El arquetipo es siempre **INCONSCIENTE**. La forma invisible del arquetipo se expresa en multitud de "contenidos" que son significados que señalan al mismo significado. Los contenidos que expresan los arquetipos o formas son las imágenes simbólicas. Estas, son las expresiones o lenguaje de los arquetipos **Pueden ser imágenes, conductas o sucesos.**

El concepto o idea de arquetipo surge en Kant (citado en Rojo, 1991), mediante el término *esquema*, ese monograma de la pura imaginación a priori por medio del cual se hacen posibles la imagen y el símbolo. Un puro mediador y articulador del Inconsciente Colectivo que es, por definición, inaccesible a la captación directa y sólo puede inferirse a través de sus formulaciones tales como los arquetipos y los símbolos (Rojo, 1991)

Los símbolos se diferencian uno de otros por el lugar que ocupa en una red de sentidos, teniendo en común el ser portadores de estos sentidos. Mientras en los signos hay una recurrencia de códigos o referentes, de los que se puede dar cuenta exhaustivamente en el aspecto racional, el símbolo al ser una expresión de una experiencia completa y compleja, que excede lo racional y remite a los arquetipos a sí mismo, da sentido a la totalidad del sujeto.

Jung, se dedicó al estudio de estos símbolos a través de los sueños y su naturaleza colectiva, la discernió cotejándolas con las imágenes y leyendas de la Mitología Universal. Continuamente se perciben y se sueñan imágenes, pero no todos son símbolos arquetípicos. Para diferenciar una imagen arquetípica, es cuando se producen vivencias peculiares: la de fascinación, la de escalofrío y de temblor. La imagen perceptiva que transporta un símbolo arquetípico se denomina *imago*.

Existen tres arquetipos fundamentales:

-) El arquetipo sexual
-) El arquetipo luz
-) El arquetipo cósmico

Tanto del arquetipo luz como del arquetipo cósmico, sólo mencionaremos su significado y del arquetipo sexual ahondaremos más por ser tema central de esta investigación.

El arquetipo luz, es el arquetipo de lo sobrenatural, del más allá, personificando en símbolos de luminosidad y fuerza. Corresponde a lo denominado "santo" y lo "sagrado" entendiendo estas palabras como lo que trasciende cuando se concibe acerca del poder y del conocimiento.

En cuanto al arquetipo cósmico o interpersonal, Emilio Mira (1963) menciona que forma parte del proceso de totalización, es decir, de individuación en donde todo ser humano esta

organizado por estructuras o complejos contradictorios entre sí. En este caso el complejo de Persona se contrapone a la Sombra (este concepto ya fue manejado en el primer capítulo)

En lo que se refiere al arquetipo sexual, éste es mediador entre la singularidad concreta del individuo (persona-sombra) y el inconsciente colectivo (energía común a todas las singularidades de manifestaciones humanas). Al arquetipo sexual femenino lo denominó Jung, ANIMA. Al arquetipo sexual masculino, lo denominó ANIMUS.

El ánima representa la imagen colectiva de la mujer, de lo femenino, de lo receptivo, de lo pasivo y cóncavo. El ánima actúa de acuerdo con una estructura rítmica y circular, y aparece ligada, muy íntimamente, a todo lo que en el sujeto son sus aspectos nutriciales y creativos.

El ánima es un generador de estados de ánimo. Es la fuente de la creatividad y la intuición. Está muy vinculada a la actividad de la fantasía del sujeto. También es responsable de los procesos "subjetivos". Es regulador de las tendencias y apetencias eróticas femeninas y receptivas.

Los aspectos positivos del ánima consisten en que son muy afectivas, tienen una gran capacidad de comprensión y abnegación, gran capacidad de amar, fuerte contacto con la intimidad, capacidad de auto-observación y muy buena sensibilidad pues siempre tienen algo para el otro.

Los aspectos negativos son: que tienden a ser posesivos y generar dependencia, sentimientos de lástima de sí mismo, ahogan con su control y demandas, gran temor al abandono, sobreprotección, impulsividad y falta de objetividad para juzgar situaciones.

El ANIMA, es la mujer interior que lleva todo ser humano en sus profundidades psíquicas. La primera portadora del ánima es la **MADRE**. El ánima tiene dos simbolizaciones: la posesión interna y la posesión externa.

En la posesión externa, el objeto (mujer) de proyección externa del ánima es de tipología psíquica invertida en relación con la de la persona del varón, es decir, si el varón es muy sentimental proyecta su ánima en una mujer intelectual. Si es hombre rotundo, proyecta su ánima en mujeres inseguras, etc.

En la posesión interna, el ánima a veces toma como símbolos imágenes perceptivas subjetivas, es decir, imágenes de la fantasía que se hacen entonces imágenes de lo femenino. La posesión interna, no es perceptiva sino afectiva. Se manifiesta por el estado de ánimo.

En los ensueños y en la fantasía, el ánima proyecta imágenes que expresan tanto lo positivo (genitalizante) como lo negativo (destrutivo y maligno) de la femineidad

Dentro de los animales, podemos señalar a los gattos cariñosos, un caballo, un perro, hasta una tigresa, un león, una enorme araña, un pulpo, una serpiente y un dragón. Cabe señalar, que más adelante se retomarán estos conceptos en pacientes donde claramente se puede observar la imagen negativa que proyectan hacia su identidad femenina, en especial en el perro y el dragón

En la naturaleza, pueden ser selvas, valles umbrosos, prados tranquilos, lagos, ríos, cuevas profundas, el mar, etc

El arquetipo ánima tiene un desarrollo, según el grado de maduración del individuo. Este se efectúa en cuatro etapas

- a) Simbolizada por la mujer primitiva. La mejor simbolización es la figura de Eva. Esta etapa está fuertemente genitalizada, representa relaciones puramente instintivas y biológicas.
- b) Simbolizada por la mujer romántica. Esta la personifica Helena, de Fausto. El erotismo ya no se basa sólo en los genitales sino en toda la figura
- c) En esta etapa, se excluye toda genitalidad, ya que se sublima a la devoción espiritual. Falsamente simbolizada, de acuerdo a Rob (1991, citado por Rojo), por la Madre.
- d) Simbolizada por la Serpiente, sabiduría de lo Eterno Femenino que trasciende lo más santo y lo más puro, como Atenea

ANIMUS

El ánimus representa la imagen colectiva del hombre; lo masculino, lo penetrante, lo activo y lo convexo.

Es el costado de la adaptación sexual que hace de la acción de proteger y defender: "al débil" en la modalidad vincular. En la mujer, el ánimus se expresa por la emergencia de comportamientos obstinados y poco influyentes por estímulos externos

Jung hablando del ánimus señala: "si tuviera que expresar en una sola palabra qué es lo que constituye la diferencia entre el ánimus y el ánima, sólo podría decir que el ánima produce estados de ánimo y el ánimus opiniones" (Grecco, 1995 p 67)

El ánimus es un generador de juicios y opiniones. Cumple el rol de instancia crítica y normativa. De ahí deriva su capacidad de orden, diferenciación y discriminación. Posee una

orientación lógica y objetiva Predominantemente reflexivo, por lo general hace prevalecer el pensar sobre el sentir.

Los aspectos positivos del ánimus es que son personalidades objetivas y reflexivas Gran capacidad de trabajo productivo Ayudan a crecer a los otros haciéndoles ver sus potencialidades y limitaciones De carácter estable Buen contacto con la realidad externa. Ordenadores, seguros, y con claridad para resolver problemas. Independientes y con una buena disposición para el servicio

Los aspectos negativos es que son inflexibles, tercos y pertinaces Suelen someterse a personalidades más fuertes. Dureza pero, sin embargo, en situaciones extremas pueden perder fácilmente su capacidad operativa y caer en la desesperación Suelen ser negligentes y dar a otros, pero no a sí mismos. Tendencia a la rigidez, el aislamiento y la injusticia

El **ANIMUS**, es el hombre interior sobre el que flota su singularidad individual (persona-sombra). Siendo lo masculino, está dotado de iniciativa, arrojo, objetividad y matices para el pensamiento El ánimus es mediador entre la singularidad individual y lo colectivo y, también tiene una psicopatología contraria (por ejemplo, es reflexivo, si una persona es sensitiva; es perceptivo, si la persona es intuitiva, etc

El ánimus es directivo y conquistador de lo nuevo, su posesividad más que retentiva es expansiva También maneja etapas de desarrollo

- a) Corresponde al hombre salvaje, como son los varones musculosos, atléticos y también es genitalizado
- b) Corresponde al hombre romántico o aventurero, posee iniciativa y capacidad
- c) El ánimus se transforma en portador de la palabra, personificándose en el profesor, el líder político, sacerdote, etc
- d) Encarnado en el significado Se personifica en el guía sabio hacia la verdad espiritual, ejemplo Dios

Dentro de las características opuestas están la estructura interna y externa En la estructura interna, a diferencia del ánima que era única, el ánimus rara vez constituye una figura aislada. Lo masculino de la mujer tiene una estructura muy heterogénea En cuanto a su estructura externa el ánimus de la mujer se proyecta fuertemente en las instituciones confesionales y los partidos políticos

En su manifestación interna, el ánimus se simboliza en imágenes del sueño o de la fantasía libre, ejemplo un toro, león, caballo, viento, torrente, batalla, montaña, torre o tormenta Estos ímagos se manifiestan en una necesidad de pensar

4.4. La influencia de los sueños.

Para Savage 1992, las imágenes de los sueños, y los intensos sentimientos que pueden despertar, perturban a menudo el estado de vigilia de la persona. En épocas de crisis, éste es justamente el efecto que provocan los sueños,

El significado de un sueño se hace más accesible a través del conocimiento de las circunstancias del soñador y también del conocimiento del lenguaje simbólico del inconsciente. En general, los sueños tienden a compensar la actitud consciente del sujeto, retomando pensamientos y sensaciones que fueron abandonados o reprimidos, con el fin de profundizar en la personalidad consciente y restablecer el equilibrio psicológico.

Los sueños permiten intensificar la resolución natural del duelo al intentar que la persona tome consciencia tanto de la influencia real que el difunto ejercía sobre la vida del superviviente como de la simbólica. Por influencia real entendemos, los papeles y funciones que el difunto hubiera desempeñado, la amistad que esa persona pudiera haber ofrecido y la manera en que su existencia pudo haber enriquecido la vida del superviviente. La influencia simbólica se deriva más bien del significado que concedemos a la relación como el que surge, es decir, la persona a través del duelo elabora sus propias pérdidas, abandonos, separaciones que vivió en su propia infancia (Palacios, 1998 comunicación personal).

Los sueños también aceleran la progresión natural del duelo al ofrecer al soñador una descripción imparcial de la profundidad de su vínculo emocional con el difunto. Aunque este conocimiento pueda intensificar el dolor de la separación, las imágenes del sueño contrarrestan la tendencia consciente a minimizar la tristeza.

Por extraño que pueda parecer, los sueños preservan la continuidad de la relación del difunto con el superviviente. Esta continuidad capacita a la persona para aceptar la irrevocabilidad de la pérdida y comprender su significado. Esta comprensión se lleva a cabo dentro de un proceso gradual y evolutivo de reintegración.

Las imágenes oníricas también amplifican ideas y sentimientos que el superviviente mantiene hacia el difunto y que de otra forma hubieran permanecido inconscientes. En los casos de aborto espontáneo, muertes neonatales o nacimientos de mortinatos, las imágenes oníricas del hijo ayudan a darle una realidad, lo cual permite a los padres reconocer conscientemente la pérdida y mostrar públicamente su duelo. Sin ese reconocimiento consciente, el dolor no reconocido puede llegar a manifestarse de forma patológica como por ejemplo, desplazando hacia otro hijo los sentimientos acerca del difunto.

Los niños son una ayuda para mejorar la autoestima de los supervivientes porque les permiten identificarse menos con las influencias negativas de la pérdida. Tanto si se comprende el significado del sueño como si no, éste sigue influyendo en el soñador. Existe a veces la creencia errónea de que los logros psicológicos se consiguen a través del esfuerzo consciente. De hecho, los logros pueden haberse iniciado en un sueño previo. Si se intenta comprender el significado del sueño, en general se acelera el proceso de resolución del duelo. La frecuencia de este tipo de sueños suele disminuir con el tiempo, aunque no es del todo inusual soñar con el hijo muerto durante toda la vida. De esta forma, uno sigue siendo para siempre madre o padre del hijo difunto y, por medio de la realidad psicológica de esta relación intrapsíquica, la persona puede expresar su frustrado amor hacia el muerto.

Jung dice que el proceso de curación sólo puede tener lugar “cuando la imagen que se reflejaba en el objeto es devuelta al sujeto junto con su significado. Esta recuperación se consigue a través del reconocimiento consciente de los contenidos proyectados, es decir, del valor “simbólico” del objeto” (1969 citado en Savage, 1992). En el caso de las mujeres infértiles, como ya se había comentado, mientras sigan reflejando en sus hijos ya muertos, su propio abandono infantil, su problema con la madre y su propia femineidad, no podrán desempeñar su papel de madres y por consiguiente, manifestarán un proceso de duelo complicado (Palacios, 1998 comunicación personal).

En las pérdidas durante el parto, la devolución a la consciencia de los contenidos proyectados por los padres se observa en un cambio de carácter del hijo “imaginado” en los sueños, en visualizaciones diurnas, en hechos sincrónicos o en un cambio en el terreno efectivo del superviviente.

Por último, en la fase de renacimiento y de resolución de duelo, es esencial la integración consciente de aquellos atributos proyectados en el hijo o asociados con él y que se creían perdidos. De lo contrario, estos contenidos continúan proyectados en otro lugar y permanecen inconscientes. Esto es aplicable a los padres que intentan reemplazar demasiado rápido al hijo difunto con otro embarazo. En este caso, el nuevo hijo es el portador de atributos que no tuvieron realización. Von Franz (1980 citado en Savage, 1992), describe este fenómeno como “proyecciones errantes”. Explica “Si uno quiere evitar una reanudación de las proyecciones, el contenido debe de ser reconocido como algo físicamente real, aunque no como parte del sujeto sino como un poder autónomo. Así, la integración como el proceso psicológico en el que los contenidos psíquicos inconscientes se exponen repetidamente a la visión del Yo consciente y se reconocen como pertenecientes a su propia personalidad”

La resolución del duelo tiene lugar con la transformación enantiodrómica⁷ de la imagen interna del hijo muerto en un hijo interno, sano y nacido de la propia imaginación. Este hijo imaginario encarna la magia de la creatividad infantil de la vida. Una vez reconocido como psicológicamente real, pone de manifiesto aquellos atributos que se creían perdidos en la psique de los padres y no están atrapados en las contradicciones de la identificación con uno de los polos del arquetipo. La madre no es mala (Madre Terrible) porque el hijo sea enteramente bueno (Hijo Divino). Tampoco el hijo es malo (Hijo Terrible) porque la madre sea buena (Víctima Divina). Ambos son por naturaleza buenos y malos por el hecho de estar muertos, y bueno, al ser imaginado como "hermoso y gordito, que duerme y respira pacíficamente". Se resuelve por tanto la ambivalencia de la imagen. Recuperada la capacidad de imaginar, los padres pueden empezar a apreciar las cualidades propias de la imaginación, concretamente un sentimiento de futuro y esperanza. Además, una vez que se ha aceptado que las cualidades infantiles proyectadas en el hijo también residen en la psique de los padres, éstos pueden abrirse otra vez a la vida, volver a sentir alegría, posibilidad de existir, crecimiento, confianza y amor.

Como ya se mencionó, el sueño es un medio por el cual el inconsciente se comunica al consciente de una persona, sabemos que no basta el significado del símbolo sino también la contextualización que tenga en cada uno, pero podemos dar el significado de alguno de ellos viendo así su relación con la femineidad y/o maternidad.

Rochester (1986), menciona que el agua está profundamente ligada al origen de la existencia, al transcurrir de la vida y la muerte. Desde un punto de vista paleontológico, cualquier forma de vida surge del agua. También el bebé al nacer se baña en el líquido amniótico.

El agua parece despreciable porque fluye hacia los lugares más bajos y yace con humildad. Da la impresión de ser resignada y sumisa, ya que toma la forma de todos los recipientes que la contienen.

El agua es la mejor imagen que se puede emplear para simbolizar al inconsciente, no sólo como caos original, sino también como madre creadora y nutricia.

Tanto la vida física como la vida espiritual nacen del agua. Asimismo, en los Vedas las aguas son denominadas 'Matritamah', esto es, "maternales".

⁷ Enantiodromia. Se trata de un desplazamiento en sentido contrario. Indica, que tarde o temprano, todo tiende a desplazarse hacia su opuesto (Samuels, 1986, citado en Savage, 1992).

Tanto en los sueños como en los mitos y los cuentos populares, el agua, junto con la tierra y el bosque, constituye el símbolo más amplio del inconsciente

Agua sucia, cenagosa, repugnante o invadida de vegetación profusa:

Cuando en un sueño el soñante se encuentra con aguas particularmente sucias o que presentan un exceso de vegetación, tres son las interpretaciones posibles

- ❖ El soñante empieza a tomar contacto con su sombra, la cual todavía no emerge plenamente del inconsciente. Por lo tanto, toda la violencia, concupiscencia y brutalidad que contienen los elementos que la integran, todos los aspectos que son considerados como defectos y errores, desde un punto de vista subjetivo 'manchan' el inconsciente. El proceso concientizador debe permitir al soñante "limpiar" esa sombra, tal como Hércules limpió las caballerizas de Augias. Sin embargo, paralelamente, el soñante no debe perder de vista jamás que gran parte de su propia fertilidad reside en esa zona vital todavía inconsciente. Ya que la vegetación subraya también la **fertilidad** que poseen las aguas primordiales del inconsciente.
- ❖ Se trata de un sueño compensatorio que le recuerda al soñante que tiene que aceptar la vida tanto en sus aspectos puros como impuros.
- ❖ Si el soñante se hunde angustiada en el agua invadida de vegetación, el simbolismo es el mismo que cuando sueña que se atasca.

Mar y océano:

La palabra "mar" proviene del latín "mare", y se emparenta con la palabra "mater" = "madre". La palabra "océano" proviene del griego "okéanos", que a su vez se deriva de "okéa" = "navío", inspirada en "ochein" = "transportar".

En los sueños:

Constantemente aparece mar en los sueños y es, sobre todo, la imagen del inconsciente colectivo.

El mar, como inconsciente colectivo, es la fuente de toda regeneración, ya que el agua, sobre todo el agua marina, es la expresión de "la profundidad maternal y lugar de renacimiento". El mar es el inconsciente en sus aspectos positivos y negativos. Es por ello que el mar será, "uno de los sitios privilegiados para el nacimiento de visiones", es decir, para la irrupción de los contenidos inconscientes" (citado en Rocheterie, 1986).

Estas son algunas de las definiciones que se tienen con respecto al símbolo del agua, que como ya hemos dicho, es el más común y representativo de la maternidad

Mucho se ha hablado de que para que las mujeres que en su infancia padecieron de abandono materno y/o paterno, logren rescatarse para cuidarse y por ende, poder aceptar su papel de madres, es necesario que integren en ellas a su niño interno. Este niño interno, que plantean los seguidores de Jung para su restablecimiento es importante que tenga un breve apartado, donde se explique la importancia que tiene para la maternidad

4.5. El niño interior

La mayoría de nosotros sentimos una fuerte afinidad hacia el niño interior. Sabemos intuitivamente lo que es, el significado para nosotros. Percibimos, tal vez de forma encubierta, que una parte de nosotros mismos permanece íntegra, a salvo de los pesares de la vida, capaz de alegrarse profundamente y maravillarse ante las cosas más pequeñas. Su mensaje es que todos vivamos a un niño eterno en nuestro interior. Y este niño simbólico también nos conduce, a quienes hemos sido porque lleva consigo el registro de nuestras experiencias informativas, de nuestros placeres. El niño interior es un símbolo de unión que conecta aquellas partes de la personalidad individual previamente separadas o disociadas.

La mayoría de nosotros, cuando adultos, continuamos en contacto con el niño mediante los hábitos, los deseos, y el comportamiento infantil, y la relación que sostenemos con los niños de la infancia. Jung señaló que la tendencia a emprender actividades regresivas desempeña la función positiva de mantenemos ligados al niño, de activar al niño interior. Según él, la regresión es un intento genuino de alcanzar algo necesario: el sentimiento universal de inocencia infantil, la sensación de seguridad, de protección, de amor recíproco, de confianza, de fe, algo que tiene muchos nombres" (citado en Abrams, 1993)

Siempre que nos ligamos estrechamente a alguien, como por ejemplo en el matrimonio, nos enfrentamos al niño interior, ya que es entonces cuando las heridas afectivas de nuestro pasado se sienten más profundamente. "Esas heridas del alma infantil", comenta Robert M. Stein, "dificultan enormemente, cuando no imposibilitan, la posibilidad de establecer contactos humanos íntimos y creativos. En este sentido el niño herido representa también ese aspecto del alma que necesita y exige la unión con el prójimo" (citado en Abrams, 1993)

Es posible sanar al niño herido y de hecho, es preciso hacerlo si se quiere alcanzar la plenitud. El remedio exige una transformación interior, la **adopción** de una actitud positiva que apoye y sustente compasivamente al niño interior.

Hoy mas que nunca los padres necesitan toda la ayuda que puedan obtener y, sin embargo, la crianza infantil - y tambien nuestros niños- parecen en la actualidad mas descuidados que nunca por la sociedad

Estas circunstancias obligan a prestar atención de manera especial hacia el niño interior de los padres y hacia la vida interior del niño la calidad y el éxito de la crianza infantil aumentan notablemente cuando los padres **logran recuperar su propio niño interior**, previamente descuidado, y cuando logran transformarlo en una fuente de compasión para el cuidado de sus propios hijos. El trato que damos a nuestro niño interior determina fuertemente el trato que damos al niño exterior

Jung sostiene en su ensayo "Psicología del Arquetipo infantil" (citado en Abrams, 1993), que la imagen del niño "representa el impulso más fuerte e ineludible de todo ser humano es decir, el impulso de autorrealizarse"

Cuando un niño es abandonado, descuidado, que ha padecido abusos, falta de cariño o exceso de disciplina y de severidad; y también los rasgos de vulnerabilidad y dependencia del niño que un día fuimos en el pasado, este es el niño al que todos deseamos sanar para recuperar la energía necesaria a nuestra actividad de adultos energía que reside aún en aquellos mecanismos automaticos de defensa que desarrollamos como respuesta a nuestras primeras experiencias dolorosas. Sanar a este niño significa también dejar de reproducir inconscientemente dichos mecanismos al tratar con ese "nuevo experimento" que son nuestros hijos

Los últimos años, tanto la teoría psicológica como la practica terapéutica han reconocido ampliamente las consecuencias del dolor, el miedo a la ira y la sociedad padecidos en la infancia. Sin embargo, cuando dirigimos la mirada a nuestras primeras experiencias, podemos acceder también a otros recuerdos - imágenes positivas de acontecimientos que alimentaron la curiosidad infantil, la exuberancia, el espíritu aventurero, el disfrute de los sentidos y la riqueza de la imaginación. Al aflorar, estos recuerdos nos proporcionan un sentido de la historia de nuestros placeres y dolores y nos ayudan a restablecer con el adulto que ahora somos.

Un antídoto contra esta idealización paradisiaca de la infancia consiste en compartir nuestra historia y nuestros recuerdos con los demás, de este modo descubrimos que es común a la condición humana el que la relación entre padres e hijos sea una mezcla completa de logros y de fracasos, de aptitudes, de limitaciones

4.5.1. El niño abandonado

Una de las primeras experiencias transitorias de todo ser humano es el abandono y la separación. De acuerdo a Jung, el abandono es lo que inicialmente define al niño interior " Niño quiere decir algo que evoluciona a la independencia, cosa que no puede hacer sin desprenderse de sus orígenes. El abandono es, por tanto, una condición necesaria y no sólo un síntoma concomitante" (citado en Abrams, 1993 p 90)

La experiencia del abandono - efectivo, emocional y psicológico- es pues una iniciación a la vida, una pérdida de la inocencia y, al mismo tiempo, una traición y una decepción. Se trata no obstante, de un acontecimiento positivo por cuanto pone en marcha nuestro viaje en busca de experiencia e identidad

El abandono nos obliga a adaptarnos y a admitir nuestra condición. Debemos aceptar el desafío de nuestro aislamiento. El dolor de nuestra soledad nos obliga a hacernos conscientes. Para algunas personas el abandono constituye una herida al YO infantil que resulta de una adaptación restrictiva, por el cual el niño queda profundamente enterrado bajo capas de resentimiento y cinismo. En el fondo es un niño interior inocente que fue lastimado en su temprana existencia por una decepción paterna o al descubrir que el mundo no es lo que parecía

Lo que ha sido lastimado por la madre solo puede ser sanado por la madre, y lo que ha sido lastimado por el padre solo puede ser sanado por el padre. Un padre puede ser también una buena madre o viceversa

El abandono es un estado de constante desconexión respecto del objeto perdido. El olvido puede significar un obstáculo para el viaje a un mundo subterráneo que sería un rito de iniciación. Cuando durante el proceso del análisis se recuerdan sueños o fantasías de la infancia se favorece la curación

Los arquetipos del niño triste y de la madre perdida emergen durante periodos de pérdida, abandono y sufrimiento intensos. Jung procedió a hacer cualquier cosa que el niño interior desease anotó cuidadosamente las imágenes y fantasías motivadas por aquel contacto, actividad que denominó "Juegos Serios"(citado en Abrams, 1993 p 90)

A través de este "juego serio", Jung restableció el contacto con su niño olvidado y abandonado y lo hizo regresar a su vida, como si él se hubiese convertido en la madre perdida de su propio niño triste

Lo que nos ocurre a muchos de nosotros es que dejamos que el niño emerge en el contexto de una relación y, a menudo buscamos una relación precisamente para que el niño salga a la luz y juegue. Cuando el vínculo se rompe a causa de una muerte, un divorcio o una separación equivalente a abandono, el niño se esconde y sufre. Muchas personas han experimentado la circunstancia de introducir al niño triste y abandonado en una relación a fin de que su pareja pueda cuidar de él. Cuando esto ocurre, la unión puede transformarse en un recipiente sagrado para el niño interior creativo o en un sustituto de la relación con él.

4.5.2. El abandono en los sueños

Encontramos al niño abandonado ante todo en los sueños, en los que nosotros mismos, un hijo nuestro o un niño desconocido aparece descuidado, olvidado, llorando, en peligro, necesitado, o en una situación similar. El niño se hace presente por medio de los sueños y aunque esté abandonado, todavía podemos oírlo y escuchar su llamada.

En los sueños modernos encontramos al niño en peligro por varias causas: ahogo, animales, tráfico de carretera, abandono en el maletero de un coche o en un cochecito de bebé o carrito de supermercado, secuestradores, ladrones, familiares, personas incompetentes, enfermedad, parálisis, infecciones secretas, retraso mental y lesión cerebral; o catástrofes más generales y menos específicas, como guerras, inundaciones o incendios. A veces uno se despierta en mitad de la noche con la impresión de haber oído el llanto de un niño.

Normalmente quien sueña con el tema del abandono reacciona con pronunciada preocupación o con una sensación de responsabilidad culpable.

El sentimiento de culpa deposita la carga de alterar algo (Freud) y de corregirlo (Jung) sobre el ego. Después de todo, el sujeto que sueña no solo está a cargo del niño, también es el niño.

A veces, cuanto más nos preocupamos del niño, menores posibilidades tiene él de acceder a nosotros. De hecho, mientras sigamos interpretando el sueño principalmente desde la posición del ego responsable, reaccionando con culpa, deseando enderezar las cosas y mejorarlas a partir de acciones específicas cambiando actitudes, extrayendo de lo soñado lecciones morales para el ego éticamente responsable, más tenderemos a reforzar a dicho ego y más enfatizaremos con ello la fisura padre-hijo. De este modo, el ego se convierte en padre responsable, con lo que solo lograremos distanciarnos aún más de las emociones infantiles.

Es por eso, que el terapeuta no debe de dar la interpretación a cualquier sueño expresado por la paciente ya que puede distorsionar el mensaje real que el inconsciente de esa persona le está mandando. Aún cuando la persona que tiene el sueño no logre conscientemente entender dicho mensaje, su inconsciente seguirá trabajando de tal manera, que llegará el momento en que

si lo pueda comprender. La función del psicólogo en estos casos es guiar y acompañar al paciente en su proceso psicológico para encontrar la mejor resolución a sus problemas.

Resumiendo, en este capítulo sobresalió que cualquier mujer que presenta problemas de esterilidad e infertilidad, está pasando por una serie de conflictos que reflejan algún problema con la maternidad siendo el origen de ésta, la influencia de la relación madre-hija donde careciendo de experiencias positivas lleva a la mujer a continuar el mismo patrón de la madre teniendo confusión con sus miedos y deseos de ser también madre.

Jung es uno de los que han dado gran importancia al trabajo con los elementos tanto internos como externos, al consciente como al inconsciente logrando así, observar a la persona desde todos sus aspectos y, para trabajar terapéuticamente, toma como herramienta los arquetipos que son utilizados en diferentes técnicas, entre ellas el trabajo con el niño interno, el proceso de duelo, el trabajo con los sueños, etc (ya explicados en el mismo capítulo), cuya finalidad es hacer que la paciente confronte nuevamente esas experiencias o situaciones que le causaban conflicto y recupere las cosas positivas que también en esa época fueron vividas, de tal manera que al volverlas a revivir con sus hijos, no le causen el mismo temor, coraje o culpa y pueda disfrutar de diferente forma su maternidad sin presentar dificultades en su embarazo. Es por eso que en el siguiente capítulo se verán algunos casos clínicos de pacientes estériles analizadas con este tipo de enfoque y los resultados que se obtienen, así como otro tipo de tratamientos que comúnmente se utilizan con las infértiles y estériles y que no precisamente son los más adecuados, ya que como se ha venido comentando en esta investigación, lo que han hecho con las pacientes es trabajar con su síntoma para eliminarlo.

CAPITULO 5

TRATAMIENTOS MAS COMUNES QUE SE UTILIZAN EN MUJERES ESTERILES E INFÉRTILES

“No me parece el tratamiento de psicología ya que no veo cambios. Me es más importante el tratamiento médico que éste.”

*Sara
(INPer)*

En la atención de las mujeres estériles e infértiles se utilizan dos formas

a) la biomédica y b) la psicológica

Cuando se tienen casos de esterilidad por lo común se llevan a cabo los siguientes tratamientos:

a) la biomédica

En cuanto al área médica, se han tenido avances tecnológicos y resultados positivos, mas en embargo no dejan de ser complicados, incómodos y frustrantes, ya que al entrar en tratamientos para la reproducción (en el caso de las estériles), se sienten más máquinas sexuales que personas con el deseo de procrear un hijo

De acuerdo a Infertility Center of America (1996), en sus estadísticas reportan que para las mujeres estériles, las Técnicas de Reproducción Asistida (T. R. A.) abarcan numerosos métodos, entre los que se encuentran la inseminación artificial, la FIV (Fecundación in Vitro), la GIFT (Transferencia Intratubárica de Gametos), la ZIFT (Transferencia Intratubárica de Zigoto) y la ICSI (inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides) En general, todas ellas estimulan al desarrollo de varios folículos. Mediante la administración de fármacos como gonadotropinas, se estimula a los ovarios para que produzcan más de un ovocito maduro

El éxito de cualquier tratamiento de la esterilidad depende de varios factores, como son la duración de la esterilidad antes del tratamiento, la edad de la mujer (la fertilidad empieza a disminuir a los 35 años y lo hace de forma más evidente a partir de los 40) y la existencia de problemas de esterilidad en el varón

Las tasas de resultados satisfactorios de las TRA han mejorado en los últimos años gracias a la simplificación de los procedimientos terapéuticos, a los progresos de los protocolos farmacológicos.

En lo que respecta a la fecundación in vitro (FIV), ésta es una técnica que se utiliza sobre todo para superar las barreras naturales a la fecundación como la obstrucción de las trompas de Falopio

En la actualidad y con la FIV, si la mujer tiene menos de 40 años y la calidad del semen de la pareja es aceptable, las tasas de embarazos que pueden obtenerse oscilan alrededor del 25% por ciclo de tratamiento. Esta cifra debe compararse con las probabilidades de lograrse un embarazo en el ciclo menstrual que tiene una pareja de fertilidad normal, que mantiene relaciones sexuales no protegidas en el momento óptimo para la fecundación. En estas circunstancias, las probabilidades de embarazo varían de 20 a 25%. Después de un año de relaciones sexuales no protegidas, las probabilidades de que una pareja fértil tenga un hijo son del 80%

La evaluación de la fertilidad de una pareja es un proceso gradual que puede prolongarse varios meses, pero que es esencial para establecer un diagnóstico y hacer las elecciones terapéuticas adecuadas

Las causas más frecuentes de esterilidad femenina son los trastornos de ovulación y las anomalías anatómicas. Otras causas son la oclusión de las trompas de falopio y la endometriosis

Los trastornos de la ovulación se caracterizan por la falta completa de la ovulación (expulsión de un óvulo a partir del folículo ovárico maduro) o la ovulación infrecuente, y regular o de ambos tipos y se deben a los desequilibrios en la secreción de las hormonas que controlan el ciclo menstrual (Infertility Center of America, 1996)

El tratamiento de los trastornos de la ovulación se basa en la administración de fármacos entre ellos las hormonas de la fertilidad (gonadotropinas), para corregir el desequilibrio hormonal y, de esta forma, permitir que se produzca la ovulación. Más del 80% de las mujeres sometidas a inducción de la ovulación para compensar desequilibrios hormonales llegan a concebir con algunos ciclos de tratamiento

Desde una perspectiva médica, podemos ver las limitaciones que tiene que enfrentar una mujer si quiere llevar un tratamiento para la esterilidad, como son la edad, el tiempo que ha tenido su esterilidad, etc. Aunque se lograra tener éxito en el tratamiento, por lo que hemos manejado en esta investigación, notamos que no todo termina ahí, es decir, la esterilidad está ligada a la maternidad y, por lo tanto, el problema biológico puede ser resuelto pero, los conflictos que se tienen después en la maternidad continuarán a través de la educación del hijo. Es por eso, que no sólo basta el atacar al síntoma sino se tienen que trabajar detalles más profundos

b) la psicológica

La adopción

Otra alternativa para las mujeres que no pueden tener hijo es la **adopción**. López Dabat (citado en Von, 1988) menciona que las parejas adoptan un hijo para llenar su carencia y la del

niño cuyos padres biológicos lo han abandonado. Cuando logran formar una familia con este niño, sano es que se sienta, como lo hacen los padres fecundos, que su niño necesita hermanos. Es en ese momento cuando crecen como verdaderos padres, puesto que el hermano (s) no viene a reparar carencias tan básicamente narcisistas, sino a completar un grupo familiar más rico y con mayores proyecciones hacia el mundo y el futuro.

La adopción debe ser una resolución conjunta y lo mejor elaborada posible. Cuando uno de los integrantes de la pareja no es estéril tiene que renunciar a una capacidad biológica en función del afecto y del proyecto vital en común que tiene con su compañero. Esta renuncia debe ser clara permitiendo el reconocimiento de la agresión que puede engendrar y facilitando la superación de la ambivalencia de los sentimientos.

La clara discusión en pareja orientada operativamente permite el esclarecimiento y la confianza mutua respecto del sentimiento y pensamiento del otro, y la apertura de un diálogo sin miedos que facilitará la incorporación de uno o más hijos. Es un punto de partida con bases sólidas que ayudará al desarrollo del grupo familiar.

Con la incorporación del hijo se debe tener en cuenta la necesidad de la elaboración del duelo por la pérdida de los padres biológicos cuya existencia al no ser negada podrá ser incluida como una parte de la historia de ese grupo familiar.

Para Linda Hunt (1993), con respecto a la infertilidad menciona que aunque la maternidad frustrada sea a menudo traumática y la pérdida profunda y delicada, es posible solucionar el conflicto. El ajuste, que depende de la intensidad del deseo de ser madre y de la pena concomitante, es similar al requerido luego de una enfermedad que nos deja baldados, de un accidente o de la muerte de un ser querido. Para realizar dichos ajustes no se tiene en cuenta el estilo de vida sino, más bien, las expectativas respecto de la propia vida, es decir, como quería vivir, cómo supuso que viviría, qué deseaba ser, etcétera.

El problema no es nada fácil de resolver ni tampoco hay garantías de encontrar una solución. Para las mujeres que no pueden modificar sus sentimientos se condenan a una vida insatisfactoria. Una mujer que fue incapaz de solucionar el conflicto organizó su vida de tal manera que prácticamente perdió todo contacto con las personas que tenían hijos. Estar con niños era demasiado penoso para ella.

Linda Hunt hace referencia a diez pasos encaminados a la solución de dicho problema los son los siguientes:

Primer paso: reconocer y experimentar la pérdida.

Cuando se experimenta una pérdida, el negar, minimizar o evitar los sentimientos puede demorar el proceso de curación. El estar de duelo por el niño que vivió en su corazón y en su imaginación: estar de duelo por la pérdida de su identidad como madre es muy penoso pero constituye un paso necesario para la curación.

Segundo paso: comprender la pérdida.

Al identificar los factores sociales y psicológicos que condicionaron su vida y su deseo de ser madre, puede comprender mejor las necesidades que le son propias. Esto la ayudará a manejar sentimientos que pueden parecer abrumadores y a identificar maneras alternativas de satisfacer esas necesidades.

Tercer paso: sobrevivir la pérdida.

La incapacidad de ser madre no tiene por qué arruinar la vida de una persona. Cuando decida superar la pérdida, se dará cuenta que todavía puede elegir y crear una vida satisfactoria. Ya no se sentirá una víctima sino que se verá a sí misma como una sobreviviente, como alguien que ha superado la desilusión y la congoja.

Cuarto paso: abandonar la culpa.

Culparse a sí misma o culpar a los otros, sea racional o irracionalmente, demora la solución del problema. Identificar la parte que le toca en cuanto a la frustración (acaso involuntaria) de su maternidad la ayudará a perdonar a los otros. La generosidad, la bondad y la comprensión la ayudarán a perdonarse a sí misma.

Quinto paso: hablar con las personas que se preocupan por usted.

Cuando se habla con las personas que se aprecian, se recibe comprensión y apoyo. Ya no se sufre en silencio. Si les decimos a los demás lo que necesitamos de ellos, serán más capaces de respondernos de manera solidaria y protectora.

Sexto paso: utilizar los recursos disponibles.

Al concentrarse directamente con mujeres que se hallan en las mismas situaciones o al encontrar modelos dignos de emulación en mujeres que no pudieron ser madres, uno se enterará de qué forma han manejado el problema las demás. La terapia, la búsqueda espiritual o religiosa y los grupos de apoyo también pueden proporcionar una valiosa ayuda.

Séptimo paso: canalizar la energía materna.

Si la persona amplía su concepto de maternidad, incluyendo en él a los hijos de otras personas, los adultos, los animales y el planeta entero, encontrará maneras de volver a encauzar y a utilizar su poderosa energía nutricia

Octavo paso: incluir niños en su vida.

Una persona no debe privarse del placer y la alegría que proporcionan los niños. Hay muchas formas de tener hijos

Noveno paso: maximizar las ventajas de vivir sin hijos.

Las mujeres sin hijos tienen menos obligaciones económicas y menos preocupaciones además tienen más tiempo y más libertad. Aprenda a valorar y a disfrutar de las ventajas de una vida libre de hijos

Décimo paso: emprender la búsqueda de la plenitud femenina.

Todas las mujeres tratan de encontrar un sentido a sus vidas y necesitan saber quiénes son más allá de los roles que desempeñan. Examinando los anhelos, las heridas y las necesidades más profundas, confrontando sus creencias acerca de sí misma y de la vida, se embarcará en un viaje interior y espiritual. De este modo la mujer aprenderá a valorarse y a sentirse en plenitud

Hunt (1993), menciona también que existen una gama de recursos fuera del círculo de amigos y parientes y que la persona debe estar dispuesta a utilizarlos. Algunas mujeres creen que el buscar una ayuda externa es un signo de infernidad o de incapacidad. Otras, abrumadas por la depresión y la pérdida, se encierran en sí mismas y no buscan diferentes alternativas de aliviar sus sentimientos. Una persona sensata utiliza todos los recursos disponibles

Si recordamos los casos clínicos de mujeres que presentaban problemas de infertilidad y esterilidad, podemos decir que no tendrían mucho éxito este tipo de soluciones mencionadas por Linda Hunt.

En lo que respecta a los pasos a seguir para la curación, lo que propone en el primero, podemos decir que es algo necesario y natural que todas las personas pasen por ese proceso que se le denomina duelo, y los restantes nueve pasos representarían lo que sería la asimilación positiva del duelo, mas no necesariamente la solución hacia el problema de la infertilidad. Debido a que no se resolvió el conflicto con lo maternal. Es por eso que este tipo de alternativa caería en el mismo estilo que el de la esterilidad: ataca el síntoma no el problema en sí

Parecería ser que lo que le importa a Linda Hunt no es tanto el resolver el problema de la infertilidad, sino más bien el cómo buscar los caminos que lleven a este tipo de personas a una buena reconfortación y aceptación o resignación de la pérdida. Ese no sería el camino adecuado para la "sanación" total de la paciente pues, si no se ha resuelto el problema de la maternidad en ella, y se quiere intentar el tener un bebé o se espera un hijo, esos conflictos emocionales pueden perturbar el embarazo a tal grado que lo más seguro es que exista una pérdida o incluso un periodo de esterilidad, que no sería otra cosa que la manifestación del cuerpo anunciando que algo no está marchando bien.

La Terapia

Para Linda Hunt (1993), la terapia brinda la oportunidad de aliviar el dolor y crecer. Debido a la unidimensionalidad de la relación terapéutica, usted sólo tiene que preocuparse por sí misma, algo poco usual para muchas mujeres que dedican gran parte de su tiempo y energía a los demás.

La terapia es un atajo hacia nuestras metas. Cuanto más traumática es la maternidad frustrada, más provechosa puede ser la terapia.

La Terapia en Grupo

Linda Hunt (1993), refiere que al ingresar a un grupo se tiene un alivio cuando se sabe que se comparten experiencias traumáticas con personas que han pasado por las mismas circunstancias. Cuanto más angustiosa es la experiencia, más incomprendidos se sienten, incluso por aquellos que son sensibles, compasivos y solidarios. Pero si alguien tuvo la misma experiencia, piensan de inmediato "sí, ella sabe exactamente por lo que estoy pasando". Esta sensación inmediata de experiencia compartida constituye una de las grandes fuerzas movilizadas de este tipo de grupos.

Estos grupos están compuestos por personas que padecen problemas similares y se reúnen para proporcionarse información, apoyo y consejo. Siempre van a tener un terapeuta que actúe como moderador.

En este tipo de grupos al compartir sus sentimientos y experiencias, comprueban que las reacciones que tienen no son extrañas ni anormales. A veces los seres humanos son muy duros consigo mismos y se culpan por estar deprimidos, por sentir emociones demasiado intensas o bien por no recuperarse de inmediato. Pero la presión surge al comprobar que no son los únicos que se deprimen: se enojan o no se recobran rápidamente de sus traumas.

También aprenden a conocerse mejor. Al explicar lo que les acontece, esclarecen a su vez sus ideas y sentimientos. No todos los miembros del grupo se hallan en la misma etapa de

recuperación, pues algunos han progresado más que otros. De los que progresaron, aprenderán a discernir los pasos que aún les faltan y a considerar la posibilidad de un futuro más brillante.

Después de conocer esas alternativas, se quiere también exponer algunos ejemplos de cómo se atienden a este tipo de pacientes en instituciones de salud como lo es el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

En el Instituto Nacional de Perinatología, en lo que se refiere al tipo de tratamiento psicológico que brinda es mediante la terapia grupal. Cada grupo se distingue por su tipo de problemática por lo que las estériles y las infértiles tienen su grupo particular. Algunas de las sesiones llevadas en esa institución se muestran a continuación.

Estériles

GILDA

Gilda asiste a terapias por problemas de esterilidad, dentro de una de las sesiones plantea la problemática que existe con su madre alcohólica y del abuso o chantaje por parte de una de sus hermanas. Ella plantea que no le ha exigido a su madre que deje de beber aunque ésta siempre promete que lo va a dejar. Ella dice que quiere ayudar a su madre.

Una de las del grupo le comenta a Gilda lo siguiente "ella dice que al parecer tiene resentimiento con su madre y de que a pesar de que tiene estos problemas no se los manifiesta. Aunque Gilda no lo diga, yo pienso que ella necesita todavía "el apapacho de mamá " y no lo recibe porque la mamá le presta más atención al hermano "

COMENTARIO

Se puede notar una ambivalencia en su narración con respecto al problema del alcoholismo de su madre ya que, se puede inferir que tal vez hubo un abandono de la madre hacia Gilda a causa del alcoholismo y que en ella no existe aparentemente rencor o coraje (por el hecho de querer ayudar a su madre a salir del problema del alcohol).

LAURA

Laura también estaba en el grupo de esterilidad y es una persona que siempre quiere quedar muy bien con su mamá aunque anden en constante conflicto (la mamá es enfermiza) ' Mi mamá siempre me achaca de que por mi culpa ella engordó. Pienso en una adopción más adelante, ahora no me siento bien. Mi papá siempre está de acuerdo con mi mamá. Siento rencor hacia mi madre y hermanas, llegué a pensar en provocar la separación de mis padres (ella se enteró de que su padre era infiel a su mamá y se lo comento). Desde que mis hermanos se fueron de la casa mi mamá me dice que soy la culpable "

COMENTARIOS

Aquí se puede claramente comparar a esta paciente con las que se citaron en el cuadro (1), en donde la madre es la figura central y el padre periférico además de un odio y rechazo hacia los hermanos.

JAZMIN

Otra integrante del grupo de estériles, en alguna sesión cuando el tema giraba en torno a su esterilidad ella refinó, "Yo también me siento sola. Un hijo yo pienso que alegra mucho la casa y la vida de uno mismo. Cuando van mis sobrinas me siento bien, me dan valor, fuerza y cuando se van me siento sola. Yo no tengo amigas aquí con quien hablar. Antes tuve una amiga éramos unidas, cuando ella se casó y tuvo su hijo, sentí celos. Ahora ya nos alejamos más"

COMENTARIOS

En esta paciente, lo que sobresale en su narración, es su sentir de soledad y su necesidad de que el hijo le provea de esa compañía de la cual ha carecido

SARA

Una paciente que tenía 6 años de casada. Sufrió pérdida de bebé de 20 semanas de gestación y tiene problemas para embarazarse (fue primero infértil y luego estéril). En las primeras sesiones ella se mostraba apática al trabajo terapéutico e incluso cuando tuvo oportunidad de expresarlo lo hizo diciendo "No me parece el tratamiento de psicología ya que no veo cambios. Me es más importante el tratamiento médico que éste. Me han dicho que soy muy aprehensiva y que si quería tener un hijo tenía que dejar de trabajar, lo hice y a los pocos meses me embaracé, en ese momento sentí que valió la pena. Lo perdí y ahora me estoy haciendo estudios para saber si puedo tener otro hijo y si no buscar por otro medio".

En otra sesión ella comentó lo siguiente: "Cuando vine la primera vez a la terapia, me preguntó el doctor (terapeuta) que de qué me serviría el tratamiento de psicología y yo le dije que lo tomé como requisito, pero no esperaba nada. Esa vez, (la primera sesión) me fui cargada de los problemas del grupo y me sentí mal. Hoy es mi tercera sesión y estoy sintiendo lo mismo. He estado viniendo muy seguido al hospital y ya me estoy hartando. Me siento mal aquí, me llevo la carga de varias del grupo."

"Conscientemente puedo decir que quiero un hijo e inconscientemente no. Eso me preocupa, ya que en mi infancia yo le decía a mí mamá que por qué tenía tantos hijos y ella me decía que cuando yo tuviera a mis hijos entendería. Yo anduve con un hombre casado, no tenía pensado separar a él de su familia sólo quería tener afecto, atención y cuando yo tuve relaciones

con él, le pedí a Dios, porque yo soy muy creyente, que no me embarazara. No quería tener un hijo sin padre, mi familia se enteró y por capricho me quedé con él. Le pedí que ahora si dejara a su familia y él me dijo que si yo quería seguir con la relación, que lo tenía que aceptar así como estaba, así que ya no se iba a divorciar. Después lo deje, me casé y no podía tener un hijo, me embaracé y lo perdí. Era un embarazo hermoso ya que no tuve ningún malestar. Le pregunté a una doctora que quién era el del problema y me contestó que yo. Ahora estoy aferrada en tener un hijo y a partir de ahora me aitero mucho”

En una de las sesiones, cuando Laura estaba hablando del problema de relación con su madre, Sara externó lo siguiente:

“Esto me recuerda a mi infancia y de mi intento de suicidio (aproximadamente en la adolescencia) porque yo sentía que mis papás no me querían y pensaba que yo era adoptada. El suicidio quedó sólo en carta, la encontraron mis hermanos y luego me hablaron mis papás para explicarme que prestaban más atención a mí otra hermana porque ella era la más pequeña, pero que sí me querían. Siento que es muy importante que te expresen cariño”

COMENTARIOS

Sara, quien al principio externó su inconformidad de entrar a terapia por sentir que se llevaba toda la carga de las demás fue una de las pacientes que dentro de su narración proporcionó varias “claves” que nos permiten inferir una posible hostilidad hacia su madre. Dentro de esta tenemos

- la carga del grupo
- la mamá de Sara que tuvo varios hijos
- el deseo de Sara por recibir afecto y atención
- el no desear un hijo sin padre
- el sentirse adoptada y,
- su intento de suicidio

Otra de las características de este tipo de pacientes es que expresan mucha ansiedad con respecto a la emisión constante de sueños. Es por eso, que mencionaremos algunos,

ROCIO (ESTERIL)

“Sueño con el **mar**, llevo a soñar que un barco se hunde o un avión se cae, sueño mucho mi niñez. Son **pesadillas** en las que despierto sobresaltada”

” Después de mi operación es cuando se han manifestado. Son pesadillas no son sueños. No se por qué sueño mucho el **agua, un río, el mar** que va arrastrando ropa, dulces, es muy **turbulento**, como que algo se hundió o se cayó”.

GILDA (ESTERIL)

"También yo soñaba en el **agua que me daba miedo** pero, yendo a natación me ayudó y se me quitó el miedo. También soñé que me acorralaban en una escalera"

LILIA (ESTERIL)

"Cuando sueño con **agua o el mar sucios**, es porque algo me pasó antes y entonces lloro mucho" "También sueño con mi padre, bueno el esposo de mi mamá. No era buena persona. Me daba miedo él. El no abusó de mí porque me defendí. Me daba también coraje, ya que mi papá (padrastro) le pegó a mi mamá cuando estaba embarazada (5 meses de gestación) y ví cuando ella abortó parada. Tal vez eso es mi trauma que no me permite embarazarme. El ya está muerto pero todavía me inquieta cuando lo sueño. Los doctores piensan que mi problema de esterilidad es psicológico."

ANDREA

"Soñé repetitivamente que una amiga se embarazaba y soñaba que se moría su bebé."

"Tengo una amiga que estaba embarazada y que por culpa del mando ella perdió al bebé. Ella actualmente está internada y mal, yo no puedo visitarla, ya que me siento mal por no saber qué decirle."

Cabe mencionar, que en la sesión de las estériles, sólo bastó que una de ellas mencionara un sueño para que las demás se "soltaran" expresando uno o varios sueños que habían tenido. Lamentablemente no se pudo trabajar con esos sueños pero, dentro del análisis de esta investigación, nos damos cuenta que muchos tienen que ver con su problema de esterilidad e infertilidad y que su "**inconsciente**" las invita a resolver todo lo que tenga que ser.

Infértiles

LINDA

Era una persona joven, de 28 años de edad, tuvo 4 embarazos terminando en 3 abortos y un mortinato. Tuvo a dos parejas sexuales. Inicia su vida sexual a los 23 años y actualmente no vive con pareja sino con su mamá. Dentro de los antecedentes familiares podemos decir que ella es la mayor de tres hermanos (2 mujeres y un varón). Tuvo un hermano después de ella el cual murió.

En una de las primeras sesiones de ella refiere llorando lo siguiente: "Yo también siento culpa por haber traído a mi bebé, Todos los nueve meses estuve en cama, hospitalizada. A los tres meses, yo luché por tenerla siendo que mi cuerpo la rechazaba. Ella al nacer estuvo hospitalizada. Yo le decía que la amaba, siento culpa de haberla retenido cuando supe que tenía una malformación interna (quince días antes de nacer), y él verla sufrir después al tener los aparatos médicos, se me hace egoísta de mi parte por quererla tener, siempre traté de estar con ella y le decía que la amaba, pero se me hace injusto lo que hice con ella. Las demás personas no se me hacen importantes para mí, prefiero pensar en mi hija estando en casa. A mi mamá también le

afectó mucho lo de mi hija, teníamos mucho miedo de perderla. Un día antes cuando yo llegué al hospital, tenía la sensación de entrar pronto a terapia intensiva. Los médicos no me dejaban verla ya que se había puesto mal. Yo ya sabía que ella ya no estaba, quise golpear a todo lo que se encontraba a mi alrededor, no quería hablar con nadie."

TERAPEUTA

"Piense mucho en esta parte que es la madurez y en la maternidad, que es el dar y sin embargo quedamos fijados de que al parecer queremos recibir, los necesitamos tanto que no podemos vivir sin ellos, como que cambiamos los roles como si los hijos fueran los padres."

En otra de las sesiones, donde se maneja el tema de la sensación que experimentan de ver a otros niños y de acercarse a ellos y, que al fin de cuentas, ellas lo viven como una traición al bebé ya muerto. Linda maneja lo siguiente "No quiero acercarme a un niño, no regalo la ropa de mi hija, no quiero estar en contacto con otros niños, ni que me hablen de ellos."

En el caso de Linda, la mayoría de las sesiones ella se la pasaba llorando desde el momento en que tenía la oportunidad de hablar de su hija, manifestando un deseo y amor total hacia la bebé sin importar la demás gente. Cabe destacar que muy pocas veces hablaba de su relación de pareja e incluso hacía parecer que esa parte de ella no era importante y no la hacía participe del acontecimiento de la bebé. Tuvo dos pérdidas anteriores que no fueron tan significativas para ella que en ningún momento las mencionó. Vivía con la madre, quien ocupó un segundo lugar al presentarse la pérdida de la bebé. No desea otro niño y no piensa en lo que va hacer a futuro.

Es importante el mencionar que no importa cuántas pérdidas tenga una persona, mientras no intente despedirse, el proceso de duelo no podrá elaborarse y, por consiguiente, no permitirán cabida para otro bebé en sus vidas.

GLORIA

Otra de las pacientes del grupo de pérdidas, es una persona que tiene aproximadamente treinta y dos años de edad. Tiene una buena preparación, buen trabajo (la cual la absorbía demasiado), buen estado socioeconómico, buena pareja y tanto ésta como Gloria tienen mucha afinidad en sus expectativas que son muy altas y lo único que le faltaba era tener un hijo, por lo que empezó el intento por embarazarse. Ella menciona con respecto a la muerte de su hijo "No pude verla abrazarla, decirle que la quería mucho. Llegué a mi casa a leer los libros para saber qué me faltó hacer. A veces yo siento que la **asfixié**, la maté. La forma de limpiarme mis pensamientos era hablar con el doctor y preguntarle qué sucedió pero, ni el mismo sabe. Tengo que poner en orden las cosas, primero mi recuperación física, psicológica. Se me hace totalmente injusto porque me estuve preparando (exámenes, ultrasonidos, visitas frecuentes al doctor, etc.) A veces pienso que mi hija está en algún lado y que la voy a ver en algún lugar."

En otra sesión menciona " No puedo enterrarla aunque lo que quiero es hacer eso, vivir en paz y realizar nuevos proyectos No puedo besar a otro niño si ni siquiera pude conocer a mi hija Dejar de tener culpa hacia ella Si disfruté los siete meses de embarazo, los tres disfrutamos (su pareja, el bebé y ella), pero no puedo evitar el sentir traición hacia ella por tener otro bebé y quererlo sin haberlo hecho antes con ella Ahora me cae el veinte de que quiero huir, ya que mi hermana y una amiga van a tener un hijo el año próximo y el hecho de que yo estoy tramitando mis papeles para el extranjero (para irse a estudiar), es porque no quiero estar en el final de su embarazo Yo me describía como una persona feliz y en estos momentos no me siento así y temo engancharme en la tristeza

Gloria era una persona con un ritmo de vida que hacía parecer que un hijo no era tan indispensable para ella y su pareja Tenía la capacidad de conseguir todo lo que deseaba hasta que se topó con una inquietud natural, el deseo de embarazarse y tener un hijo Tuvo vanos intentos no consumados y éste último que era la esperanza tanto de su pareja como de ella se esfumó, ya que le tuvieron que aplicar una histerectomía que cerraría totalmente con ese ideal

Parte del diálogo que presentamos de Gloria, nos permite resaltar algunos puntos importantes por los que pasan y coinciden estas mujeres y que, muy acertadamente Savage, dentro del proceso del duelo nos comenta. " muchas madres hurgan en sus recuerdos en busca de actos olvidados que pudieran haber causado la muerte del hijo Ejemplo de ello, es una paciente quien mencionó "Lo hice todo correctamente: dejé de fumar, hacía deporte regularmente pero sin cansarme demasiado, comía la comida adecuada, dormía las ocho horas de rigor, pero me sigue atormentando la idea de que hay algo que no hice bien Este sentimiento era tan intenso que a veces creía observar en mi marido alguna mirada acusadora Pero cuando se lo preguntaba, siempre me miraba sorprendido y me decía que él ya sabía que no era culpa mía si nuestro hijo nació estrangulado por el cordón umbilical" (Savage, 1992 p 45)

Gloria dejó el tratamiento de grupo por decidir que era más conveniente para ella el trabajo psicológico de manera individual.

Los problemas más significativos que manejaban las pacientes dentro de las sesiones se resumían en problemas de pareja donde al parecer el bebé parecía ser la solución a sus problemas y/o el simple deseo de experimentar un embarazo. Esto pudo ser comprobado por una persona llamada Concepción, quien no le dijo a su esposo que ya no se estaba cuidando al tener relaciones sexuales y, que al perder a su bebé tuvo sentimiento de culpa por ese engaño y no recibir por consiguiente, el apoyo que necesitaba por parte de la pareja Otra cuestión significativa, es la necesidad de embarazarse, por el temor de no vivenciarlo al estar ya dentro de los límites de

edad para procrear. En este caso, María de la Luz estaba en esa ambivalencia y temor de decidir un embarazo puesto que se acercaba ya a la edad de los cuarenta.

Podríamos resumir que en la mayoría existía el problema de la decisión de ser madres (maternidad) y por consiguiente afectaba su relación conyugal, podemos decir, que todas cuando hablaban de su experiencia personal, no involucraban para nada a la pareja, la desfasaban del momento emocional sin contemplar el cómo se vivían ellos ante su pérdida. Parecía ser que sólo eran importantes en el momento de la procreación y no en todo el tiempo. La actitud maternal, no se ve reflejada en algunas de ellas, podemos mencionar a Gloria, quien hacía sobresalir ese interés por el trabajo, su desarrollo profesional y donde al parecer no existía espacio para la maternidad; con respecto a la dependencia materna (infantilismo) está claro el ejemplo de Linda quien ha vivido todo el tiempo con su madre y en quien podemos decir que en diversos momentos rehusó inconscientemente llevar ese papel (otros abortos) y, con este último embarazo, no permitirse elaborar su duelo ni disfrutar ese corto momento en el que ella fue madre.

Las terapias grupales que brinda el INPer están basadas desde un enfoque psicoanalista por Fiorini (1973), que maneja una terapia rápida o breve. De acuerdo a Fiorini, una terapéutica breve se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de la enfermedad, crisis o descompensación. En la psicoterapia breve se intenta una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana del paciente que se instrumenta en las interpretaciones, en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral.

En lo que respecta a la acción terapéutica ofrece:

- ♦ Al paciente, un clima permisivo y vínculos interpersonales nuevos, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.
- ♦ Favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.
- ♦ Alientar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan.
- ♦ Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen la adquisición de cierto bienestar y autoestima.
- ♦ Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar.

Con respecto al terapeuta, éste debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo. No se limita al material que aporta el paciente, además explora, interroga (en la recolección de datos a base de una historia clínica). Su participación es más directamente orientadora de la entrevista que la del analista en la técnica standard, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente.

Un terapeuta que introduce en la sesión sus iniciativas para la confrontación, que promueve el dialogo, es uno de los componentes originales de esta técnica.

La limitación básica de esta modalidad reside en que trabajan con categorías ambiguas, insuficientemente definidas operacionalmente, como es el caso de "mejoría".

Mientras en psicoanálisis mejoría significa mayor insight, en terapia breve puede aludir solo a supresión sintomática.

Las modificaciones que puede producir la psicoterapia comprenden

- ◆ Alivio o desaparición de síntomas
- ◆ Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas
- ◆ Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc)
- ◆ Incremento en la autoestima y el confort personal
- ◆ Incremento en la auto conciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas (lo que puede considerarse una aproximación de insight)
- ◆ Ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de algún "proyecto" individual.

Como podemos ver, la psicoterapia breve tiene muchas ventajas pero también desventajas. En este caso, comparando los ya mencionados casos sobre mujeres que han presentado problemas de esterilidad e infertilidad. Lo que les ayuda a resolver su problema, no es tanto la disminución o supresión del síntoma, como pudiera ser, el aceptar la pérdida de un bebé o decir soy estéril. Al contrario, lo que ellas necesitan es entender por qué existe discrepancia entre lo que sienten y lo que piensan, entre lo que desean y lo que se manifiesta (no tener bebé).

Aunque tampoco hay información en trabajo grupal desde un enfoque jungiano. se tienen algunos ejemplos recientes sobre mujeres que tuvieron principalmente problemas de esterilidad que con tratamiento psicológico han podido, primeramente, aceptar su papel de mujer, reconciliarse consigo mismas y con la relación con su madre, posteriormente, el permitirse aceptar que la maternidad es parte de la mujer y que cuando decida experimentarla sea por el propio deseo de tenerla

PACIENTE A

Paciente que ingresó a terapia en quiebre psicótico. Dentro de los antecedentes de esta paciente sobresalen los siguientes

Tuvo sustitución de rol a muy temprana edad, es decir, desde los tres años ella estuvo al cuidado de sus hermanas. Ella era la quinta de cinco hermanas. El padre tuvo problemas con su areja por no haberle dado un varón. Vivían separados por lo que la madre le relegó a esta aciente la responsabilidad de sus hermanas.

La madre era muy castrante y exigente. Amenazaba constantemente a la paciente con *astimar a sus hermanas*.

La paciente odiaba la maternidad, de hecho no toleraba que le tocaran el vientre. Ella presentaba problemas de esterilidad. Dentro del proceso de tratamiento psicológico que tuvo, trabajó a través de imágenes simbólicas y por medio de ellas elaboró el odio que sentía contra su madre. Este odio siempre lo reprimió a tal grado, que su mente llegó a tener la facilidad de manejar la telequinesis y la telepatía.

En una de las sesiones la paciente se imaginó un perro (el cual, tiempo después ella se percató que era la representación de su madre), éste tenía expresiones muy agresivas. Ella lo trabajó inconscientemente transformándolo al final en una flor la cual quiso depositar en su estómago.

COMENTARIO

Mediante las técnicas empleadas durante la terapia, la transformación del perro en flor sucedió cuando ella pudo aceptar conscientemente el odio que tenía hacia su madre y el hecho de afrontarlo y poder expresarlo le permitió conocer tanto los aspectos positivos como negativos que su mamá depositó en ella. De esta manera, la paciente aceptó la maternidad y poco después (2 meses aprox.) logró embarazarse. No continuó su tratamiento al saber de su embarazo.

PACIENTE B

Aproximadamente duró 6 años bajo tratamientos médicos para poder embarazarse sin éxito y posteriormente, estuvo bajo tratamiento psicológico aprox. 6 meses logrando lo siguiente:

Esta paciente que tenía problemas de esterilidad, dentro de sus antecedentes principales reportó lo siguiente:

Desde muy pequeña (siete años) le dejaron el rol de madre, se dedicaba a cuidar a sus hermanos, a costa de su propia infancia. Ella cronológicamente ocupa un lugar intermedio pero funcionalmente el de hermana mayor.

Sufrió de dismenorrea a los 11 años y a los 22 años le extirparon un ovario y una trompa. La madre era muy depresiva y el padre fue alcohólico.

La paciente llevaba tratamiento psicoanalítico y además tuvo oportunidad de estar en un curso de terapia gestáltica, en donde una ocasión trabajaron algunos sueños para analizar, el de ella fue uno de los elegidos. El símbolo que ella trabajó fue el de un dragón que representaba la parte negativa de la madre, otro de una mujer embarazada que no podía dar a luz y otro fue el del Arcángel Gabriel que la tocaba. Al finalizar el análisis de todos estos sueños ella pudo embarazarse.

COMENTARIOS

La asociación que hizo de la imagen simbólica del Dragón fue con la madre. El poder expresar tanto a nivel lo consciente como inconsciente el odio que sentía por ella pudo lograr que se embarazara.

PACIENTE C.

Intentó embarazarse durante 3 años mediante tratamiento médico no obteniendo resultados positivos y posteriormente mediante un proceso psicológico de 3 meses logró embarazarse. Cabe mencionar que la paciente concluyó su tratamiento psicológico del problema que le dificultaba el embarazarse pero continúa su proceso.

Esta paciente es la mayor de dos hermanas. Su madre era depresiva, de personalidad infantil e histérica, además de manipuladora.

Esta paciente, mientras estudiaba, estuvo viviendo con sus abuelos, puesto que la madre la dejó ahí desde pequeña. Cuando ella tuvo cuatro años, nació el hermano el cual quedó a cargo de ella. La paciente veía en las mujeres muchas desventajas por lo que le costaba trabajo identificarse con su parte femenina.

Tuvo problemas de amenorrea y dismenorrea, preclamsia, depresión post parto. Mientras estuvo embarazada tuvo dos amenazas de aborto. Cuando inició el tratamiento psicológico trabajó algunas imágenes y sueños. En una ocasión ella soñó que tenía que cruzar un puente pero, en el otro extremo se encontraban unos perros guardianes a los cuales temía. Cuando decidió atravesarlo los perros le dijeron que con tres palabras podía solucionar su problema, estas eran AMOR, VALOR y CORAJE. Cuando la paciente pudo darle la interpretación a estas palabras entendió que tenía que aceptar y expresar el odio que tenía hacia su madre para así poder valorar a la mujer y, por ende, aceptar su papel materno. Ella se pudo embarazarse.

PACIENTE D

La paciente de 36 años era la novena de 10 hermanos, bióloga, entró al tratamiento psicológico desde hace un año, el cual continúa y reporta los siguientes datos:

Tuvo síndrome premenstrual, dismenorrea intensa y cefalea. Cuatro años sin poderse embarazarse.

Sus padres son analfabetas. Ambos padres huérfanos. La mamá tuvo 16 hermanos de los cuales once murieron y sobrevivieron cinco. La madre era amenazante, mentrosa, engañaba a las personas y era manipuladora (chantajeaba a partir de la culpa).

En cuanto al esposo, tenía problemas con su madre a la cual creía prostituta. Pensaba que todas las mujeres engañan. Tuvo intento de suicidio.

La paciente aprendió a someterse y callarse como la madre. No soportaba ver películas de suicidio porque sentía ganas de suicidarse. El padre murió de cirrosis (ella no había elaborado el duelo por la pérdida de su padre). Fue víctima de abuso sexual por hermanos (ellos vivían en hacinamiento) y luego en la Universidad tuvo una violación.

El abuso sexual fue a los cinco años, por un hermano, un primo y un cuñado (la penetración fue con el dedo). Ella no los rechazó. A los doce años cuando supo cómo nacen los bebés, fue cuando sintió odio hacia ellos. Se sentía culpable de sus sentimientos de odio y rencor. Cuando pudo trabajar esos sentimientos, metafóricamente los simbolizó como un hilito que lo hacía bolita y lo ponía en su lugar.

Padecía de muchas infecciones vaginales. Ella odiaba su menstruación. Desde niña decía que no quería tener hijos. Ella tuvo quistes en los senos, tuvo problemas en sus ovarios y fue operada de endometriosis. Otro de los síntomas era el que padecía de estreñimiento, dolor cefálico, el cual aparecía cuando sus miedos y angustias los canalizaba a la cabeza. El dolor los asocia con el enojo. Le dio una parésia (se le volteó la boca), en esos momentos su mamá le decía que Dios la había castigado porque ella repelaba mucho.

Ella menciona que tenía temor a embarazarse debido a los conflictos que había tenido en su infancia y no quería que los padecieran sus hijos. De hecho, ella no recordaba la mayoría de su infancia y decía que no quería crecer, que siempre quería morirse.

El temor de su embarazo lo simbolizaba de la siguiente forma:

Es como un **tronco caído**, putrefacto, descuidado. También observa a un **buitre**, el cual acecha y ronda en espera de que un animal muera para comérselo. El tronco, lo siente en el ÚTERO, que lo ve como abandonado, inútil, sin vida propia, mutilado, inmóvil. Al buitre, lo asocia con su madre.

Cuando ella quiere EVADIR cualquier cosa, se contacta con el color **negro** teniendo a su vez, problemas de respiración. También lo ve en forma de **mancha**, ésta representa el miedo, el pavor, la impotencia, la frustración.

En las primeras sesiones, ella contactó con los símbolos de un color **amarillo-rojo** chillante, un **elefante**, el cual le inspira ternura y tristeza, por último un **maguay**, que no es de sus favoritos. Este se encuentra inmóvil, está en un clima árido y necesita agua fresca. En ese momento, ella siente que se asfixia. Cuando empieza a fusionar lo anterior, lo transforma en un **arcoiris**, que es

cálido y con rayitos de sol. La paciente refiere que en sus sueños se observa siempre atada de manos

Otro de sus temores era al agua, sentía que se asfixiaba, por ese motivo ella decidió meterse a natación. Esta le benefició a tal grado que ahora se siente libre y todas las mañanas se levanta a las 6:00 hrs para nadar

Cuando estuvo trabajando el ODIO y la IRA, los simbolizó de la siguiente manera

ROJO: opaco, quieto, lo siente como algo pesado y lo sitúa en la cabeza.

DRAGÓN: está en un campo árido con un cerro, se encuentra agitado y nervioso. El dragón echa fuego lo cual lo vuelve amenazante (lo asocia con su madre cuando vocifera)

ÁRBOLES: son dos y se encuentran secos y espinosos (los árboles son asociados con los padres)

Cuando la paciente fusiona lo anterior, lo transforma en un tucán el cual le da un consejo. "mientras tengas odio, rencor y resentimiento, no podrás volar"

Una metáfora que tuvo en relación con su hostilidad se le representó en forma de **bola de estambre** con la cual puede hacer bolitas de color y situarlas en el lugar que les corresponde. Cuando hace eso, siente que está organizando todas sus emociones y las ubica en sus ojos, vientre, ovarios.

Actualmente para ella el ODIO es el coraje, el valor para afrontar problemas. Es un puente de hierro por el cual se atraviesa y se enfrenta cualquier situación.

A casi un año de tratamiento psicológico, la paciente pudo trabajar el problema de relación con su madre (con la técnica gestáltica de la silla vacía) mediante el diálogo y así pudo RECONCILIARSE logrando con esto ya no sólo tener la visión de la madre maía sino también el valorar los aspectos positivos

A partir del trabajo realizado, la paciente ya no tuvo sueños ni imágenes con un sentido árido, triste, sin vida. Un sueño posterior fue con una niña bonita a la cual le hablaba con mucho cariño. Sueña con una casa que tiene ventanales grandes que dan luz. Pudo por fin, llegar a las siguientes conclusiones:

- Se da cuenta de que vivió en un ambiente asfixiante
- Se ha vuelto más espontánea
- Siente ganas de reír
- Empieza a jugar con sus sobrinos (antes no los toleraba)

- Nunca lloraba
- Ahora el color ROJO es algo que le permite respirar
- Sus sueños ahora son sobre casas con luz, cosas que se relacionen con el color rojo, con temblores (significan que hay ajustes)
- Cuando trabaja el símbolo del dragón, lo percibe ahora débil, herido, éste le pide que lo acaricie y cuando ella lo hace se transforma en una manzana roja
- Actualmente deseaba tener una hija, pero cuando lo empezó a planear se dio cuenta que tenía que dejar a su esposo pues él le impedía continuar su proceso de crecimiento. Ahora puede visitar la casa de su mamá y ya no le ve la mirada penetrante que antes le atemorizaba. Cuando siente que se asfixia, recuerda que ella ya sabe defenderse

COMENTARIOS

Cuando ella logró soñar con bebés pudo darse cuenta que ya estaba integrándose a su Si Mismo. El trabajo terapéutico que se tuvo con la paciente fue a partir de sueños, actividades dirigidas, imágenes simbólicas, la técnica de la silla vacía, diálogo basado en cartas, etc.

Aún continúa su proceso terapéutico en donde está trabajando la decisión de divorciarse y darse cuenta que *el seguir viviendo con su esposo le estaba reproduciendo de nuevo la relación que vivió con su madre*. Que su esposo necesita de terapia ya que esta presentando manifestaciones pre-psicóticas y por último, el continuar el manejo de su maternidad.

El siguiente cuadro nos reflejará mejor la situación de las pacientes, también se toma el punto de la relación del esposo con sus propias madres y aunque no se haya escrito en esta investigación sobre ese punto, la terapeuta proporcionó ese dato que coincidió con todas las pacientes

CARACTERÍSTICAS OBSERVADAS DURANTE EL TRATAMIENTO	PACIENTE A	PACIENTE B	PACIENTE C	PACIENTE D
RECHAZO A LA IMAGEN MATERNA	X	X	X	X

SUSTITUCION DE ROL MATERNO A TEMPRANA EDAD	X	X	X	X
IMAGEN PATERNA PERIFERICA	X	X	X	X
PROBLEMA GINECOLÓGICO	ESTERILIDAD	ESTERILIDAD	INFERTILIDAD	ESTERILIDAD
EL ESPOSO TUVO UNA MALA RELACIÓN CON LA MADRE	X	X	X	X
REPRESENTACIONES SIMBÓLICAS SOBRE LA HOSTILIDAD MATERNA	PERRO AGRESIVO	DRAGÓN	PERRO AGRESIVO	ARBOLES ÁRIDOS, BUITRE, DRAGÓN, CASAS SIN LUZ
TRANSFORMACIÓN DE ESA IMAGEN DESPUES DEL TRABAJO TERAPEUTICO	FLOR	UN ARCANGEL QUE TOCA SU VIENTRE	AMOR, VALOR, CORAJE	ARCOIRIS, CASAS CON LUZ, BEBÉS
RESULTADO	ACEPTO LA MATERNIDAD SE EMBARAZÓ	ACEPTO LA MATERNIDAD SE EMBARAZÓ	ACEPTÓ LA MATERNIDAD SE EMBARAZÓ	ACEPTÓ LA MATERNIDAD PERO ESTA EN PROCESO DE DIVORCIO

Después de los resultados aquí expuestos, se puede asegurar que utilizando otro tipo de atención psicológica, la paciente no solo solucionará sus problemas organicos sino también tendrá mejor conocimiento de ella, de la importancia que tiene en la sociedad su rol y función, pero lo más importante es que cuando ella decida desempeñar más una función (como la laboral o la maternal), no existan conflictos que le influyan a tal grado que lo somatize generando culpas en ella

Concluyendo, es necesario trabajar a todo tipo de mujer que presente alguna problemática en su embarazo y no sólo a las estériles o infértiles. Esto lo apoyamos con los casos de Marie Langer, donde coincide que cualquier mujer presentará estos problemas cuando

- ♦ Su constelación familiar se represente de la siguiente manera: madre, figura central
Padre, figura secundaria
- ♦ Frustración durante etapa oral
- ♦ Exista conflicto en relación con nacimiento de hermanos menores
- ♦ Odio contra madre embarazada
- ♦ Acontecimientos que hacen creer en la eficacia de este odio

- ◆ Rechazo a la imagen materna
- ◆ Sustitución de rol materno a temprana edad
- ◆ Imagen paterna periférica
- ◆ Problema ginecológico
- ◆ El esposo tuvo una mala relación con su madre

Si nos damos cuenta de todos estos datos, lo que nos muestran son simplemente los conflictos por los que han pasado la mujer y/o la pareja y que mientras éstos no sean confrontados y resueltos, muchas de estas parejas seguirán padeciendo de constantes pérdidas perinatales, problemas para poder embarazarse o inclusive, como ya ha sido comentado, el no disfrute de la maternidad antes, en y después del embarazo

En el siguiente capítulo se darán las propuestas que servirán tanto para la formación profesional del mismo psicólogo así, como algunas estrategias para prevenir una posible mala derivación y/o atención de pacientes con problemas reproductivos en una institución de salud

CAPITULO 6

PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

"Si queremos conseguir que la gente cambie, es importante no empujarles ni tirar de ellos, sino simplemente caminar a su lado"

Ferguson

Durante la investigación se estuvo hablando sobre la mujer y su evolución socio-cultural y el cómo ésta ha influido sobre la maternidad. Actualmente se ha notado que la mujer poco a poco ha sustituido su función materna, que por cierto se daba a muy temprana edad, por actividades de corte profesional, llevando por consiguiente a la mujer a una serie de conflictos sociales, culturales y psicológicos. Por un lado, la misma época que vive la obliga a ir a la vanguardia y ser cada vez más competitiva y, por otro lado, la formación que le ha heredado su madre con respecto a su rol como mujer es todo lo contrario, es decir, abnegada, inferior con respecto al hombre, hogareña y sobre todo MADRE. Cuando la mujer escoge uno u otro papel, llega el momento en que siente la necesidad de ejercer el otro, pero cuando encuentra obstáculos no previstos como pueden ser los reproductivos, surge en ella mucha culpabilidad, presión de la sociedad y de la pareja.

Si este fuera el caso de la mujer, va a instancias médicas a buscar soluciones y en muchas ocasiones lo que consigue es más desesperación por lo tardado del tratamiento y con los mismos conflictos emocionales con los que ha vivido. Por tal motivo, se observó que el papel del psicólogo en este tipo de problemas en el ámbito de la salud es muy importante y poco valorado.

PROPUESTAS

Por todo lo anterior, las propuestas van encaminadas a

- a) Cambiar la visión del psicólogo desde su formación institucional
- b) Cambiar la visión de la función del psicólogo en la práctica como es el servicio social
- c) Concientizar al psicólogo en la importancia de difundir sus funciones en un área como es la salud
- d) La atención de pacientes estériles e infértiles

En el primer inciso, para que exista un cambio se propone:

- Se haga una revisión de los contenidos teórico-conceptuales que se dan desde el primer semestre fomentando una visión más holista, integral de la psicología en cualquier área (llámese educativa, social, de la salud, clínica o experimental)
- Si bien cada profesor tiene su propia visión de la psicología a la cual atribuye ciertas ventajas sobre otros enfoques, pero aún así debe de dar a conocer la postura holista desde su misma visión psicológica
- Cada área de la psicología, pero en especial la clínica por ser una de las más complejas, se debería de tener como materia desde los primeros semestres para que al llegar al semestre

donde se le da mayor peso (6° y 7°) el alumno tenga una idea clara de qué tipo de formación o inclinación psicológica desea tener.

- Fomentar más lo práctico en todas las áreas y en la clínica el trabajo multidisciplinario, pero sobre todo vivencial

Con respecto al segundo inciso se propone:

- Con base al primer inciso, el estudiante tiene más herramientas para su desarrollo en el servicio social
- Fomentar más conciencia en el estudiante sobre el propósito del servicio social y no que lo vea como un mero trámite
- Que el prestador de servicio social no se sienta como el mensajero o secretario del jefe, sino que tenga la oportunidad de resaltar y explotar sus conocimientos y habilidades en la institución que escoja, así como abrir espacios donde él proponga cambios sobre el servicio psicológico que se brinda en dicha institución

En el tercer inciso, relacionado con los otros dos puntos se propone:

- Si el estudiante tiene más preparación en el ámbito clínico, puede apoyar más en terrenos como son los de la salud donde el médico siente que es la única persona que puede atender aspectos como salud-enfermedad
- Invitar a los investigadores de la salud a realizar una nueva reconceptualización del término salud-enfermedad que, como lo vimos en esta investigación muchos médicos están buscando otras formas de atender al paciente y, sin querer están regresando a la visión que se tenía en la época de Hipócrates, que se asemeja a la holística.
- Difundir a la población comunitaria la importancia de llevar una orientación psicológica a nivel preventivo
- Para esto es importante que se abran espacios donde se brinde la atención psicológica
- En terrenos como es la Reproducción Humana, de acuerdo a esta investigación, se notó que los problemas psicológicos que trae consigo la paciente influyen significativamente en su problema reproductivo, es por eso que el psicólogo debe tener también voz y voto para tomar decisiones junto con el médico sobre cómo será el tratamiento a seguir con la paciente formando así equipos multidisciplinarios
- Que se le permita al psicólogo crear su propia manera (no olvidando la visión holista), de atender a las pacientes.
- De tal manera, que no se dedique sólo a suprimir síntomas o apoyar a una paciente en estado de crisis, sino que a través del proceso terapéutico el psicólogo trabaje con la paciente lo que ella necesite

→ Sólo vivenciando la paciente podrá confrontar sus conflictos y resolverlos a su propio estilo y ritmo

Con respecto al último inciso se propone:

- Que se dé más difusión sobre los roles que tienen tanto el hombre como la mujer, pero desde una visión arquetípica (masculino/femenino) y no tanto la sexual (hombre/mujer) como se ha dado en nuestra cultura occidental
- Difundir el valor de la mujer pero no para crear competencia con el hombre sino para resaltar sus cualidades femeninas
- Desde que son aceptadas en una institución de la salud como es el INPer, sean canalizadas a la atención psicológica
- En el caso de las estériles, que no entren a un tratamiento de Reproducción Asistida si no se tiene la observación del psicólogo con respecto al trabajo que ha tenido con la paciente
- Llevar seguimiento de las pacientes después de darse de baja del tratamiento psicológico u hospital
- Fomentar que el trabajo de la paciente se realice junto con la pareja y también sea de corte vivencial.
- Realizar más investigación sobre lo que acontece con el hombre ya que existe poca información
- La difusión de la atención psicológica a la población comunitaria se realice a través de folletos o pláticas dentro del instituto.

CONCLUSIONES

En esta investigación se llegó a las siguientes conclusiones

- ❖ Desde que Descartes hizo la separación cuerpo-mente, los médicos han hecho suya esa visión la cual ha tenido grandes aciertos pero también errores
- ❖ Aciertos, debido a que al irse enfocando en cosas cada vez más particulares han logrado conocer más acerca del funcionamiento del ser humano y por consiguiente avances tecnológicos importantes
- ❖ Errores, debido a que al ir desmenuzando ese conocimiento, se han olvidado de cómo tratar al ser humano olvidando que lo físico, psicológico y social influyen e interactúan entre sí

- ❖ Por su parte, los psicólogos al incorporarse a este ámbito médico han caído en el error de continuar con esa visión biomédica, y lineal ya que cuando atienden a una paciente sólo se enfocan en el aspecto emocional.
- ❖ Han surgido otro tipo de planteamientos como el holista, el cual trata de ver a la persona más íntegra, donde cuerpo y mente van unidos y lo que le pase a uno le pasará al otro
- ❖ El enfoque holista critica al enfoque biomédico desde las propias concepciones que tiene éste sobre salud y enfermedad y por consiguiente la forma en que lleva sus tratamientos (ver cuadro1, Ferguson, 1985, pág 15)
- ❖ Esta visión holista ve a la salud y enfermedad como procesos dinámicos y, tanto la enfermedad como el síntoma son manifestaciones del individuo que surgen a partir de que existe una desarmonía en lo que sucede en el interior de la persona y que afecta a los estados de conciencia. Los holistas enfocan la atención hacia lo que necesita esa paciente y el síntoma es un apoyo más para entender lo que le pasa y no tanto un obstáculo.
- ❖ Uno de los enfoques psicológicos que maneja esta visión holista es el junguiano, donde Jung resalta esa importancia de trabajar con el inconsciente y consciente al mismo tiempo
 - Para entender al inconsciente utiliza algunos procesos internos a los cuales llama arquetipos y por medio de los símbolos, el niño interno, técnicas como la interpretación de los sueños, técnicas gestálticas, etc., facilitan que sean llevados al estado consciente de la persona para que los trabaje
- ❖ Basándose la investigación en casos clínicos de mujeres estériles e infértiles se pudo comparar el manejo que hacen los biomédicos y los holistas.
- ❖ Por parte del enfoque biomédico se tienen a pacientes que fueron atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), donde se da atención psicológica de manera grupal y se puede apreciar que esa atención se dirige a cómo viven esa experiencia, cómo la afrontan y cuando surge una crisis emocional (llanto) se trata de controlar
 - En los resultados que se tienen en el INPer, no hay datos que muestren que la paciente haya logrado resolver su problema.
 - Las pacientes infértiles pueden trabajar sólo su proceso de duelo y si se deseaba continuar con el tratamiento psicológico tenía que ser por fuera. Por parte de las estériles, sólo existía interés y preocupación por tener éxito en el tratamiento de Reproducción Asistida y la carencia de un apoyo familiar.

- Cabe mencionar que la forma en que se aborda el tratamiento psicológico en ese instituto sólo es mediante la Terapia Breve y de Emergencia de Fiorinni
- ❖ En lo que se refiere al modelo holista, aunque no se tienen trabajos realizados de manera grupal las que fueron atendidas individualmente tuvieron buenos resultados sin la necesidad de utilizar un apoyo alterno como lo es el médico
 - De acuerdo a los datos, el problema de las mujeres estériles radica en que tuvieron una experiencia negativa en su relación temprana con su madre (como el cambio de roles donde la menor tenía que asumir el papel de madre a temprana edad) y por ende una mala imagen de la maternidad (debido a que las mismas madres expresaban su enojo por estar embarazadas), por lo que al querer embarazarse, las pacientes tuvieron una regresión sobre lo que padecieron durante su infancia y todo lo relacionado a la maternidad causándoles conflicto a tal grado que presentaron un problema biológico como el de la esterilidad o infertilidad
- ❖ Aunque Marie Langer no maneja un enfoque jungiano, sino psicoanalítico, tuvo casos de mujeres estériles e infértiles donde coincide con los mismos conflictos que las pacientes atendidas de manera individual.
- ❖ Por lo anterior, el psicólogo tiene que pensar si quiere continuar trabajando de esa forma donde realmente no atacan el problema o dar un giro real al trabajo del psicólogo empezando con una difusión sobre su función y la importancia de que se dé un trabajo preventivo en ese ámbito de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abrams J (1993) Recuperar el niño interior Barcelona, Ed Kairós
- Acosta, A. (1991). Human Spermatozoa in Assisted Reproduction. Williams and Wilkins, Baltimore
- Badinter, E (1981) ¿Existe el Amor Maternal? Historia del Amor Maternal Siglos XVII al XX . Barcelona, Ed Paidós-Pomaire
- Bardwick, D (1983) Psicología de la Mujer Madrid, Ed Alianza
- Barrantes, Z (1988) Socialización y estereotipos sociales en Costa Rica Revista de Ciencias Sociales No 39 pp 29-45
- **Bayés, R. (1985). Psicología Oncológica prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer. Barcelona, Ed. Martínez Roca.**
- Bell, J (1983) Psychological aspects. Male Infertility.
- Berger, D (1980) Infertility A Psychiatrics Perspective Can J.Psychiatr vol 25
- Berle, B , Javert, C (1954) Stress and habitual abortion Obstet Ginecol vol 3
- **Betancourt, L.; Figueroa, E. (1994). Muestreo de estrategias de Afrontamiento en una Población con Dolor de Cabeza Crónico. UNAM. Tesis de Licenciatura. FES. Zaragoza.**
- **Capra, F. (1982). El punto Crucial. Barcelona, Ed. Integral.**
- Cassell, E (1976) Illness and Disease Hastings Center Report, April
- Clyne, M (1972) Der habituelle Abort: psychosomatische Rezept der "tender loving care" Sexuale Med vol.1, pp.93-96
- Cuenca, C , Florido, J , Valverde, M Salvatierra, V (1983) Estudios psicológicos en mujeres con infertilidad Rev_Esp Obst_Ginec vol 42, pp 44-54

- De Beavoir, S (1953) The Second Sex. Nueva York, Ed Knoff
- Dethlefsen T y Dalhke, R (1994) La Enfermedad como Camino Un metodo para conocer el sentido profundo de las enfermedades Barcelona, Plaza y Janes Editores
- Deutch, H (1947) La Psicología de la Mujer Buenos Aires, Ed Losada
- Donovan, J (1970) Endoc. Ginecol p 1359
- Dunbar, F y Squier, R (1946) Emotional Factors in the course of Pregnancy. Psychosomatic Medicine, vol.7, No 7, pp 185
- Edelmann, R, Connolly, J (1986) Psychological aspects of infertility British Journal of Medical Psychology vol 59
- Ferguson, M (1985) La Conspiración de Acuario. Barcelona, Ed Kairós
- **Ferro, N. (1991). El Instinto Maternal o la Necesidad de un Mito. España, Ed. Siglo XXI.**
- Fiorini, H. (1973) Teoría y Técnicas de Psicoterapia Buenos Aires, Ed. Nueva Visión
- Fisher, W, Senarciens M. (1979). Phenomena of Blockage and Inertia in the Development of Amenorrhea Emotion and Reproduction vol 20
- Ford, E (1953) Fertil Steril vol 6 p 456
- Freud, S (1932) New Introductory Lectures on Psychoanalysis Ed Standard
- Fromm, E. (1990) El miedo a la libertad México, D ,F , Ed Plados
- Fuchs V (1974) Who shall Live? New York, Basic Books
- González, J (1990) Maternidad ¿instinto o deseo? La Jornada (Suplemento). Lunes 4 de mayo, México, D.,F
- Grecco, E. (1995) Volver a Jung Argentina, Ed Continente

- Graves, W (1987) Psychological aspects of spontaneous abortion. En Bennett, M , Keith-Edmonds, D (Eds). Spontaneous and recurrent abortion. Blackwell, Oxford, pp 214-235
- Grimm, E (1962) Psychological investigation of habitual abortion Psychosom Med vol 24 pp 34-49
- Guitrón, C ;Muñoz, P ;Matar, G.;González, A (1992). Estudio epidemiológico de 500 parejas estériles Hospital de Perinatología y Obstetricia,"Dr. Ignacio Morones Prieto" IMSS Monterrey, N L Suplemento Revista de Ginecología y Obstetricia de Mexico 27 sep -2 oct
- Handson, F , Rock, J (1950) Am Journal Obstet Gynec vol 59 p 311
- Harrison, R ; OMoore, R.; Mc Sweeney, J (1981) Stress profiles on normal infertile couples. Pharmacological and psychological approaches to therapy North Holland; V Insler & G Bertendorf
- Hertz, D. (1973). Reject of motherhood psychosomatic appraisal of habitual abortion Psychosomatics. vol 14, pp.157-165.
- Holtzman, W ;Evans, R ,Kennedy, S ;Iscoe, I (1988) Psicología de la Salud contribuciones de la Psicología y mejoramiento de la salud Bol. of Sanit Panam vol.105, No 3
- Horney, K (1937) The Neurotic Personality of Our Times Nueva York, Ed Norton
- Houghton, P (1984).Infertility The consumers outlook British Journal of Sexual Medicine vol 11
- Hunt, L (1993) La decisión de ser madre para la mujer de hoy. ¿realización y libertad personal o dolor y frustración? Barcelona, Ed. Gedisa
- Infertility Center of America (1996). Infertilidad Femenina www lquest net
- Insler, L (1988). Infertilidad en el hombre y la mujer Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires, Ed Médica Panamericana
- James, W (1963) Notes toward an epidemiology of spontaneous abortion Am Journal Hum Genet vol 15, pp 223-240

- Javert, C (1957) Spontaneous and habitual abortion Nueva York, Ed McGraw-Hill
- Jung, C. (1933). Modern Man in Search of a Soul. Harcourt. Brace.
- Jung, C. (1974) El Hombre y sus Símbolos Madrid, Ed Aguilar
- Kelman, H (1967) Feminine Psychology Nueva York, Ed Norton
- Klineberg, O. (1963). Psicología Social México; Ed Fondo de Cultura Económica
- Knowles, J (1977) The Responsibility of the individual. In Knowles, J NewYork Norton, Ed Doing Better and Feeling Worse,
- Komarovsky, M (1972). El Problema de la Mujer. Buenos Aires, Ed Hormé
- Kraft, A , Dean, C ; Meyers, St , Mitchell, D ; Polombo, J , Writh-Schmidt, A (1980) The Psychological Dimensions of Infertility Psychosomatics vol 3
- Kroger, W. (1951). Psychosomatic Gynecology including problems of obstetrical care Ed WB Saunders, Co Philadelphia and London
- Kroger, W. (1962) An integrated Approach to Psychosomatic Infertility Psychosomatics vol 3
- Langer, M (1958) Sterility and Envy.Int. Journ: of Psycho-Analysis, vol 39, parts,II-IV, pp.60,191
- Langer, M (1994). Maternidad y sexo. Buenos Aires Ed Paidós.
- Loftus, T (1962) Fertil Steril vol. 30 p 20.
- López D (1972) Aspectos Psicológicos de la Esterilidad
- MacLeod, A (1964) Fertil, Steril. vol 15 No 2 p 124
- Malmquist, A ; Kaij, H. (1969) Psychiatric aspects of spontaneous abortion I. A matched control study of women with living children. J. Psychosom Res vol 13 pp 45-58

- Mann, E (1956) Psychiatric investigation of habitual abortion J. Amer. Acad. Obstet. Gynec. vol 7, pp 589-601
- Mann, E. (1959) Habitual abortion a report in two parts on 160 patients Am. J. Obstet. Gynec. vol 77, pp 706-714.
- Mann, E, Grimm, E. (1962) Habitual abortion. En Kroger, W (Ed) Psychosomatic Obstetrics, Gynecology and Endocrinology Thomas, Springfield
- McKeown, T (1982) El papel de la Medicina México, Ed. Siglo XXI
- Mead, M (1961a) Adolescencia y cultura en Samoa Buenos Aires, Ed. Paidós
- Mead, M (1961b) Sexo y Temperamento Buenos Aires, Ed. Paidós
- Menning, B. (1980) The Emotional Needs of Infertile Couples Fertility and Sterility. vol 34
- Michei-Woifrom, M (1968) The Psychological factor in spontaneous abortion. J. Psychosom. Res. vol 12 pp 67-71
- Miller, N (1969) Learning of visceral and glandular responses Science. vol 163
- Millett, K (1970) Sexual Politics Nueva York, Ed. Doubleday
- Mira, E (1963) Doctrinas Psicoanalíticas Buenos Aires, Ed. Kapelusz
- Morales, F. (1992) Repercusiones Emocionales de la Reproducción En. Temas Selectos de la Reproducción Humana
- Moulton (1977). Some effects of the new Feminism. The American Journal Psychiatry vol 134 pp 1-6
- Murdock, G (1949) Social Structure. Nueva York, Ed. Macmillan
- Palacios, P (1998) Comunicación Personal

- Pasini, W (1974) Sexualité et Gynecologie psychosomatique Mason, Paris, pp 133-184
- Pauli, G (1987) On Delivering Yang-Feminity Ed Spring
- Pepperell, R , Hudson, B ,Wood, C. (1980) The Infertile Couple Einburgh Churchill
- Piotrowsky, Z (1962) Fertil Steril vol 13 No 20
- Priest, G (1987) Trastornos psicológicos en Obstetricia y Ginecología Barcelona, Ed Toray S A
- Rakoff, A. (1962) Fertil, Steril. vol. 13 No 1
- Ramírez S (1990) El mexicano Psicología de sus emociones México, Ed. Grijalbo
- Reyes, Z (1990) Anuario Estadístico INPer. México
- Rock, J (1965) Fertil, Steril Vol 3 p 303
- Rocklin, R , Kitzmiller, J , Carpenter C (1976) Maternal-fetal relation, absence of an immunologic blocking factor from the serum of women with chronic abortions New Engl J Med vol 295, pp 1209-1213
- Rocheterie De la, J (1986) La Simbología de los Sueños. Ed. Fata Morgana
- Rojo, M (1991) Introducción al Pensamiento Psicológico de C G Jung Valencia, Ed Promolibro
- Rommer, J (1958) Fertil, Steril Vol 9 p 309
- Rosenfeld, D , Mitchell, E (1979) Treating the emotional aspects of infertility, American Journal of Obstetrics and Gynecology vol 135
- Rothmann, D , Kaplan, A., Nettles, E (1962) Psychosomatic infertility Amer J. Obstet Gynecol vol 83, pp 373-383

- Rutherford, R , Banks, A, Coburn, W , Williams, J (1960) Psychometric Evaluation of the Infertile Couple Int J Fertil vol.5
- Rutherford, R ; Banks, A; Coburn, W.; Zaffiro, F. (1961). The Treatment of psychologic Factors in Anovulation Fertil Steril vol 12
- Salerno, E (1948). El aborto Espontáneo Emocional Patología Psicosomática Buenos Aires, Biblioteca de Psicoanálisis
- Salvatierra, V. (1987). Repercusiones psicológicas del diagnóstico prenatal En González, F , Golbus, M (Eds) Diagnóstico prenatal y terapia fetal Universidad de Granada, pp 21-35.
- Salvatierra, V (1989) Psicobiología del embarazo y sus trastornos Barcelona., Mtz Roca
- Salvatierra, V ; Cuenca C (1975) Pruebas psicológicas en mujeres estériles y con aborto habitual Acta Obstet Gynec Hisp-Lus. vol.23, pp.459-470.
- Sandler, B. (1965). Fertil. Steril. Vol. 16 No. 3 p. 313.
- Sandler, S. (1968). Emotional Stress and Infertility. J. Psychosom Res. vol.12
- Seibel, M ,Taymor, M (1982) Emotional Aspects of Infertility Fertility and Sterility vol 37
- Savage, J (1992) Duelo por las Vidas No Vividas Estudio Psicológico sobre las Pérdidas durante la Gestación y el Parto Ed. Luciernaga
- Simon, N , Rothmann, D., Goff, J , Senturia, A. (1969) psychological factors related to spontaneous and therapeutic abortion. Am. J. Obstet Gynec. vol 104, pp 799-808
- Speroff, L , Kase, N. (1994) Clinical Gynecologic Endocrinologic and Infertility Baltimore U.S.A, Ed Williams & Williams.
- Stein, R. (1974) Incest and Human Love: The Betrayal Of The Soul In Psychotherapy (Baltimore. Penguin Books)
- Stray-Pedersen, B.; Stray-Pedersen, S. (1984). Ethiotic factors and subsequent reproductive performance in 195 couples with a prior history of habitual abortion Am J Obstet Gynec vol 148, pp 140-146

- Szassz, I (1994) Salud Reproductiva y Sociedad Boletín Informativo del Colegio de México. Vol 1 No 1 El Colegio de México México, D F
- Taymor, M , Bresnick, F (1978). Infertility Counselling. Infertility Nueva York.
- Templeton, A , Penney, G. (1982) The incidence characteristics and prognosis of patients whose infertility is unexplained Fertility and Sterility vol 37
- Torres, F.; Beltran, G. (1986). La psicología de la Salud: Campos y Aplicaciones. Universidad Veracruzana, Xalapa, México
- Tupper, C , Weil, R (1962) The problem of spontaneous abortion. IX The treatment of habitual abortions by psychotherapy. Am J Obstet Gynec vol 83, pp 421-432
- Videla, M (1990) Maternidad. Mito y Realidad Buenos Aires, Ed Nueva Visión
- Von, I. (1988) El proceso Reproductivo y sus Implicaciones para el Ciclo Vital de la Familia La Psicología en el Ambito Perinatal. México. Instituto Nacional de Perinatología pp.44-73
- Vrooman, Rochford, J (1970) René Descartes. New York, Putnam
- Wasser, S , Isenberg, D (1986) Reproduction failure among women Pathology or Adaptation? J Psychosom Obstet Gynec. vol 5, pp 153-175
- Williams, J (1977). Psychology Of Women. New York, Ed Norton
- Wolman, B (1974). On Man Who Discriminate Agains Women International Journal Of Groups Tensions Vol 4 p 45
- Wolman, B (1975) Between Men And Women: Woman Dependent Or Independent Variable. R. K Unger And F L Denmark New York; Ed Psychological Dimensions
- Wolman, B (1981) Aspectos Psicologicos en Ginecología y Obstreticia México, Ed. PLM, S A
- Zweig, C , Woodman, M , Johnson, R.; Shinada, J., Eisler, R , Singer, J., Metzger,D., Young-Eisengdrath, P , Whitmant, E.; (1993). Ser Mujer Barcelona, Ed. Kairós