



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA

INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

RESILIENCIA: UNA CAPACIDAD DE RESISTENCIA PSICOLÓGICA EN PAREJAS
HETEROSEXUALES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

CANO GÓMEZ ALMA ROSA

OLVERA SALINAS SHARON YAZMIN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN PSIC. SOC. IVONNE CARREÓN CÁZARES

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO

ENERO 2018



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.

AGRADECIMIENTO

De manera especial queremos dar las gracias a la profesora IVONNE, primeramente por haber compartido su conocimiento, su experiencia con nosotras, por el tiempo dedicado, su paciencia, su disponibilidad, pero sobre todo por el apoyo fundamental para la elaboración de nuestra tesis, que es el logro más importante en nuestra vida profesional.

Gracias a nuestros PROFESORES que nos guiaron y se convirtieron durante un tiempo de nuestra vida en figuras de referencia para nosotras. Llegaron a influir hasta tal punto, que nos pueden condicionar a la hora de elegir una profesión u otra. Esto vendrá determinado sobre todo por la implicación de los profesores en nuestra educación, su vocación, profesionalidad y su sabiduría.

ALMA Y SHARON

DEDICATORIA

A DIOS

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos, los momentos difíciles, las infinitas lágrimas, la tristeza y la desesperanza que en algún momento me embargaron y que hoy por hoy han pasado al recuerdo y que me han hecho crecer personalmente para salir adelante al magnífico camino que me queda por recorrer poniendo mis servicios a quien lo necesite.

A MI MAMÁ:

Eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, te amo y no va haber manera de devolvarte tanto que me has ofrecido desde que incluso no hubiera nacido. Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, y sin lugar a dudas ha sido en gran parte gracias a ti; no sé en dónde me encontraría de no ser por tus ayudas, tu compañía, y tu amor.

Te doy mis sinceras gracias, amada madre.

Alma

AGRADECIMIENTOS

A MI HERMANA MICH

Gracias por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de esta tesis, sino por todos los bonitos momentos que pasamos en el proceso y sobre todo por ponerme de pie cuando más lo necesite y sentí derrumbarme. Muchas gracias hermana.

A MIS AMIGOS

Gracias a cada uno de ustedes y a todas las personas que me brindaron su ayuda, su amistad y sus ánimos para que saliera adelante y consiguiera esta gran meta. Especialmente a mi amiga Bety que me apoyo y me motivo a concluir y soñar con este gran paso. También a mi amiga Carlita que creyó en mí, que me escucho y que soñó conmigo.

A LAS PAREJAS PARTICIPANTES

Gracias a cada una de las parejas por apoyarme y permitirme entrar en la experiencia difícil de la búsqueda de un hijo, su amistad y la gran oportunidad de crecer personal y profesionalmente al realizar este trabajo que de no ser por ustedes no fuese posible.

Alma

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño al hombre que, con sacrificio y esfuerzo para darme una carrera profesional y un mejor futuro, por el enorme interés de sentirse orgulloso de este gran logro, por creer en mí y en mi capacidad de concluir y tener la satisfacción de este valioso reconocimiento; aunque hemos pasado momentos muy difíciles, siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y sobre todo su gran amor por "su chapis". La primera en enorgullecerse soy yo, por tener a un Papá que ha puesto y apostado todo por mí, por ser para mí y mi mundo el mejor que pude tener, con esto dejaremos a mano el esfuerzo y sacrificio por parte de los dos y yo te entrego a ti este presente y todo mi amor como tu hija.

TE AGRADEZCO INFINITAMENTE Y PARA SIEMPRE TE AMO...

SHARON OLVERA

*A mi hijo Santiago, ¡por estar conmigo y acompañarme a la escuela cuando no quería porque era aburrido!, por esos tiempos que no pude jugar contigo por estudiar y hacer mis investigaciones y correcciones, mi papá me enseñó que cuando tenemos hijos debemos tener sacrificios y más cuando hay algo muy bueno de por medio, este reconocimiento también es tuyo, porque eres todo mi amor y eres fruto de mí, y será responsabilidad y obligación hacer lo mismo por ti, y sé que también algún día lo entenderás, porque al igual pondré todo mi esfuerzo y dedicación para verte en el logro de la culminación de tu carrera y por lo consiguiente tu titulación. En tus seis años que llevas de vida me has enseñado muchas cosas y lo seguirás haciendo, yo aprenderé a mejorar y no ser tan mala mamá para tí, tenemos que hacer el mejor equipo hijo... me siento orgullosa de tí.
*TE AMO Y TE AMARE SIEMPRE**

TU MAMÁ

A tí Carlos, por los muy buenos y buenos momentos que hemos tenido en pareja y que de alguna forma han permitido que concluya este trabajo, porque sacrifique muchas cosas para poder tener este reconocimiento... y porque trate siempre de estar al pendiente de todo lo que es parte de nuestra familia, quiero que esto sea significativo del esfuerzo tan valioso y por el apoyo que me has brindado, hoy me demuestro y demuestro que sí... que esto no es en vano y que sí bien me lo permito

y Dios, vendrán cosas buenas para mejorar, permanecer y mantener nuestra familia

AGRADECIMIENTO

A mi hermana y mi sobrino por brindarme el apoyo de cuidar a Santi y jugar con él mientras yo no podía, por darle un espacio y dedicación para poder tener el tiempo de concluir. HERMANA debes saber que tú y yo ahora y más que nunca debemos apoyarnos para mejorar y poder ver a nuestros pequeños. LOS AMO A LOS DOS.

A toda mi familia por alentarme y motivarme para prepararme y echarle ganas a todo lo que se me ha presentado, son las personas que me han conocido y visto lo que he tenido que pasar para llegar a esto. LOS QUIERO Y LES AGRADEZCO

A Martha Ahumada por apoyarme en la participación y elaboración de esta tesis y permitirme entrar en tu interior y transmitirme tus emociones y sentimientos tan duros, hay una grande amistad de confianza y respeto que valoro muchísimo y que seas parte de este trabajo, es para mí un gran orgullo tenerte en mi vida. TE QUIERO MUCHO AMIGA Y TE AGRADEZCO INFINITAMENTE

A mis amigas y amigos que confiaron y me alentaron a terminar este trabajo.

Sharon

ÍNDICE

Introducción.....	9
Resumen	11
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	16
Objetivos.....	18
CAPITULO I: LA ADULTEZ	
1.1 Concepto de juventud y madurez.....	19
1.2 Tareas del desarrollo	19
1.2.1 Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst.....	21
1.2.2 Tareas del desarrollo propuestas por Erikson	22
1.2.3 Estados en la vida del varón propuestos por Levinson.....	23
1.3 Estados de vida de la mujer.....	24
1.3.1 Transiciones de los estados de la mujer.....	25
1.4 Relojes biológicos y normas sociales.....	26
1.4.1 Tres componentes de la edad.....	27
1.5 Teoría de las etapas del desarrollo adulto de Schaie.....	27
1.6 El enfoque del ciclo de DUVALL.....	28
1.7 El proceso de enamoramiento.....	28
1.8 Noviazgo.....	31
1.9 Matrimonio.....	32
1.10 Apoyo para la pareja.....	34
1.11 Desavenencias matrimoniales.....	37
CAPITULO II: INFERTILIDAD	
2.1 Concepto de fertilidad e infertilidad.....	39
2.2 Factores fisiológicos de la reproducción.....	40
2.2.1 Sistema reproductor femenino.....	41
2.2.2 Sistema reproductor masculino.....	44
2.3 Proceso de Fecundación.....	45
2.4 problemas de la infertilidad.....	47
2.5 Fuentes Biológicas de Alteraciones en la Infertilidad.....	49
2.5.1 Trastornos de la infertilidad femenina.....	49
2.5.2 Trastornos masculinos de la infertilidad.....	52
2.6 Pruebas y Análisis de la Infertilidad.....	53
2.7 Tratamientos Médicos para la Infertilidad	54
CAPITULO III ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD	
3.1 Definición de Emoción.....	56
3.2 La función de las emociones	56
3.3 Predominancia emocional en la infertilidad.....	58
3.4 Impacto psicológico en la infertilidad.....	60
3.4.1. La prueba DERA.....	65
3.5 La sexualidad en la pareja infértil.....	65
3.6 El papel del psicólogo en la infertilidad.....	66

CAPITULO IV: RESILIENCIA, DUELO Y ADOPCIÓN EN LA ETAPA ADULTA	
4.1 Definiciones de la resiliencia.....	68
4.1.1 Las fuentes de la subjetividad resiliente.....	70
4.1.2 Pilares de la resiliencia: cómo promover nuestra propia resiliencia.....	72
4.1.3 Como aprender a ser resistente.....	74
4.1.4 Cinco niveles para promover la resiliencia.....	75
4.1.5 Mecanismos protectores específicos.....	75
4.2 Duelo en la adultez.....	78
4.2.1 Concepto de duelo.....	78
4.2.2 Fases o etapas del proceso de duelo en la infertilidad.....	79
4.2.3 Reacción psicológica al duelo en la infertilidad.....	83
4.2.4 Las pérdidas que afronta la pareja infértil.....	85
4.3 La Adopción.....	86
4.3.1 Concepto de Adopción.....	87
4.3.2 Tipos de Adopción.....	87
4.3.3 Los procesos para adoptar.....	88
4.3.4 Requisitos para adoptar.....	88
4.3.5 La adopción en México.....	89
CAPITULO V.- MÉTODO	
5.1 Hipótesis de investigación.....	91
5.2 Variables.....	91
5.3 Tipo de estudio.....	92
5.3.1 Diseño.....	93
5.3.2 Población.....	93
5.3.3 Muestra.....	93
5.4 Instrumentos.....	93
5.5 Procedimiento.....	96
CAPITULO VI.- RESULTADOS	
6.1 Descripción de resultados.....	99
6.2 Análisis de la entrevista.....	100
6.3 Análisis de la escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA).....	108
6.4 Análisis de los cuestionarios sobre resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad.....	111
Conclusiones.....	124
Anexos.....	133
Referencias Bibliográficas.....	168

INTRODUCCIÓN

Dentro del desarrollo humano, existen tareas por las que el ser humano atraviesa y que forman parte de su realización personal, por ejemplo, para construir un patrón de vida entre lo externo e interno, por ello a cierta edad la estructura actual debe ir encajando dentro de las necesidades del contexto en donde se desarrolle el sujeto para la formación de una familia.

Es por ello que retomando la tarea de la formación de una familia, interesa hablar de la reproducción con el objetivo de consolidar una estructura de vida de dejar descendencia. Siendo que para poder llegar a dicha consolidación de la pareja se tiene que pasar por un proceso, iniciando por la etapa del enamoramiento donde la experiencia afectiva intensa, involucre a ambas partes, posteriormente se pasa a la etapa del noviazgo donde se manifiestan intereses en común y se crean expectativas para el futuro, y es así como la primer decisión de la etapa adulta inicia. Posteriormente la pareja decide pasar al matrimonio en donde inicia la línea para nuevas generaciones y el apoyo que se percibe del otro, generando un rol positivo en el ajuste y salud personal como en la vinculación por los demás.

No obstante, cuando la mayoría de las personas llegan al deseo por tener un hijo, se presentan dificultades en aspectos biológicos que les imposibilitan procrear de forma natural, y por tal razón se ven en la necesidad de recurrir a tratamientos de reproducción asistida, dejando de lado cuestiones psicológicas que merman para que el tratamiento funcione de manera adecuada sin que existan otros factores que entorpezcan aún más dichos aspectos biológicos. A pesar de todo, la pareja podría avanzar si encuentra recursos resilientes, el apoyo de pareja, la aceptación de un diagnóstico médico negativo para la concepción de un hijo y las posibles alternativas para seguir adelante modificando su estadio de vida.

Aunque, se hace mención que la mayoría de artículos existentes en México son de clínicas privadas que refieren aspectos emocionales y no existe suficiente sustento teórico en los aspectos psicológicos de como la pareja puede ser resiliente ante el diagnóstico de infertilidad. Por lo que, en este estudio se tiene como principal objetivo Identificar cómo la

capacidad de resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante el diagnóstico de infertilidad.

Con el fin de desarrollar el objetivo anterior, a lo largo del capítulo I se describió la etapa de la adultez y las tareas del desarrollo propuestas por diferentes autores, posteriormente se explica brevemente el proceso de enamoramiento, noviazgo, matrimonio, así como el apoyo mutuo de pareja para contribuir al desarrollo personal y emocional y finalmente se muestran las desavenencias matrimoniales como obstáculo para tener una relación estable de pareja.

En el capítulo II presentamos el concepto de fertilidad e infertilidad y consensamos nuestro propio concepto, además aquellos factores fisiológicos de la reproducción de hombres y mujeres, describiendo la funcionalidad de ambos sistemas reproductores, para finalizar este capítulo detallamos los problemas, alteraciones y tratamientos médicos de la infertilidad.

En el capítulo III abordamos el tema de los aspectos psicológicos de la infertilidad haciendo hincapié a las emociones negativas y su impacto psicológico dentro de la crisis que experimentan las parejas al iniciar un tratamiento de reproducción asistida, y por último se hace mención de papel del psicólogo en dicho tema.

En el capítulo IV hace referencia a la definición de resiliencia, las fuentes y pilares para ser resistente, así pues engloba el concepto de duelo y sus etapas, incluso este capítulo a su vez abarca significado, tipos, procesos, y requisitos de adopción.

En el capítulo V presentamos el método de la presente investigación, es decir los criterios que fueron guiando el estudio a lo largo de su desarrollo como son los objetivos, hipótesis, siendo una investigación de tipo mixto con un enfoque cualitativo dominante ya que se explora el fenómeno de la infertilidad a profundidad, de diseño narrativo fenomenológico en el que participaron 5 parejas de edades entre 35 a 45 años del Estado de México y Morelos., e instrumentos de evaluación y procedimiento.

Y en el capítulo, VI mostramos los resultados obtenidos del análisis estadístico a través del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencia Sociales, versión 18).

Finalmente damos a conocer las conclusiones y sugerencias que serán de gran ayuda para futuros psicólogos y especialistas en salud reproductiva.

RESUMEN

Actualmente la infertilidad en México supone un problema que padecen 3 de cada 10 parejas aumentando durante los últimos 7 años. No obstante, cuando las parejas llegan al anhelo de procrear, y se hace presente el inesperado diagnóstico de infertilidad, sus planes de concretar una familia se ven amenazados por dicho dictamen.

Sin embargo, algunas parejas suelen ser resilientes a dicha experiencia negativa y se recuperan de la crisis, adaptándose a nuevos cambios para tener una vida saludable y productiva.

Aunque ciertamente hoy en día existen varios tratamientos médicos y soluciones alternativas para la infertilidad, no son una garantía de que exista la concepción, ya que esto representa para la pareja un cúmulo de emociones como: frustración, miedo, tristeza, rabia, depresión, estrés, culpa, etc., que a su vez hacen que la relación de pareja se vaya fracturando por el deseo de ser padres, además de evitar el dolor de la pérdida de un bebé.

Es por ello que la presente investigación tiene como objetivo Identificar cómo la capacidad de resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante el diagnóstico de infertilidad, con un diseño narrativo-fenomenológico donde los participantes a través de entrevistas y sus historias de vida describieron su realidad y experiencias individuales subjetivas. Esto permitió identificar las emociones, los sentimientos, los elementos resilientes y promover las fuentes de la resiliencia aunado a un bienestar mental y por consiguiente mejorando la relación de pareja.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del desarrollo humano, algunos autores hacen hincapié en ciertas tareas del desarrollo por las que el ser humano atraviesa y que forman parte de su realización personal, por ejemplo para Havighurst (1953) es la formación de una familia para concluir con la crianza, administración y responsabilidades de los hijos; sin embargo, Erikson (1981) se centran en la intimidad definiendo la identidad de un adulto; en cambio, para Levinson (1978,1986) son estados en los cuales se cimienta primero una estructura vital para construir un patrón de vida entre lo externo e interno, por ello a cierta edad la estructura actual debe ir encajando dentro de las necesidades del contexto en donde se desarrolle el sujeto para la formación de una familia.

Es por ello que retomando la tarea de la formación de una familia, interesa hablar de la reproducción con el objetivo de consolidar una estructura de vida de dejar descendencia y continuar el patrón de vida. Siendo que para poder llegar a dicha consolidación de la pareja se tiene que pasar por un proceso, iniciando por la etapa del enamoramiento donde la experiencia afectiva intensa, involucre a ambas partes (Salgado, 2003); posteriormente se pasa a la etapa del noviazgo donde se manifiestan intereses en común y se crean expectativas para el futuro, y es así como la primer decisión de la etapa adulta inicia (Izquierdo, 2000). Luego la pareja decide pasar al matrimonio en donde inicia la línea para nuevas generaciones y el apoyo que se percibe del otro, generando un rol positivo en el ajuste y salud personal como en la vinculación por los demás.

No obstante, cuando la mayoría de las personas llegan al anhelo por un hijo o una hija, y se hace presente el inesperado diagnóstico de infertilidad, sus planes se ven amenazados por dicho dictamen (Torres, 2013); Por lo tanto, si no se pudiera concretar una familia la pareja se tendrá que adaptar a nuevos cambios biológicos, psicológicos y sociales, entonces, ¿Cómo la pareja podrá avanzar con las emociones que experimentarán al hacer frente al diagnóstico de infertilidad? En efecto, la pareja podría avanzar si encuentra recursos resilientes, el apoyo de pareja, la aceptación de un diagnóstico médico negativo para la concepción de un hijo.

Además, la infertilidad está adquiriendo una presencia cada vez mayor en las sociedades desarrolladas, debido al retraso en la edad de procrear de la mujer, aumento de avances

científico-tecnológicos de las últimas décadas en el campo de reproducción asistida, el crecimiento exponencial de centros de asistencia públicos y privados, la toma de conciencia social de que este fenómeno interviene con los patrones de vida, y a la disminución que se viene apreciando en la calidad del semen en hombres, por lo que no es extraño que se contemple un futuro en el que el proceso de reproducción humana pase cada vez más por la ayuda de procedimientos de reproducción asistida (Llavona,2008).

Las causas de ésta, en las mujeres son principalmente la desnutrición, síndrome premenstrual, dismenorrea, ingesta de alcohol u otra sustancia nociva, estrés, síndrome de ovarios poliquísticos, errores innatos del metabolismo y obesidad. Por otra parte en los varones también existen diversas causas como: la espermatogénesis, problemas en la próstata, obstrucción de conductos seminales, exposición a metales pesados, abuso de esteroides, entre otros.

Sin embargo cabe aclarar que este problema no es exclusivo de las mujeres, sino también los varones lo presentan, teniendo como condición general que este problema afecta de un 15 a 20% de la parejas en edad reproductiva a nivel mundial (García, 2001).

Aunque ciertamente hoy en día existen varios tratamientos médicos y soluciones alternativas para la infertilidad, no son una garantía de que exista la concepción, ya que debe considerarse el tiempo en que una pareja ha intentado tener familia, sin ningún resultado, incluso intento tras intento, durante el tratamiento médico, dado que esto representa para la pareja un cúmulo de emociones como: frustración, miedo, tristeza, rabia, depresión, estrés, culpa, etc., que a su vez hacen que la relación de pareja se vaya fracturando por el deseo de ser padres, además de evitar el dolor de la pérdida de un bebé.

Sin embargo, no se cuenta con el apoyo psicólogo especializado en centros médicos, es algo que hoy por hoy todavía está lejos de ser una realidad, (Giménez, 2015). Ahora bien, la mayor parte de la información brindada acerca de los tratamientos de la infertilidad son evocados por naturaleza a factores médicos, en cuanto se refiere a factores psicológicos existe un vacío de información en investigación a nivel científica, además, la información que se encuentra es mínima, donde la inmensa mayoría de los datos con que se cuenta provienen de estudios realizados sobre personas con problemas para tener hijos que se han acercado a un centro sanitario relacionado con la reproducción humana, suponiendo que la implicación psicológica se manifiesta en tres etapas: antes, durante y después del

tratamiento a seguir. Por otra parte debe reconocerse la dificultad de acceder al colectivo de parejas infértiles existentes en la población general, considerando que en muchos casos se desconoce por parte de la pareja esta situación, y en otros se cubre con un velo de silencio (Llavona, 2008).

Así pues, algunas parejas no toman en cuenta estos factores y en ocasiones cuando reciben el diagnóstico de infertilidad, se ven más vulnerable psicológica y emocionalmente en relación a sus planes de tener hijos en este periodo de su vida.

Con relación a lo anterior, en España fue creado el DERA (Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad) una prueba para contribuir al desarrollo de la Psicología de la Reproducción, como un ámbito aplicado a la Psicología de la Salud, y, al mismo tiempo, con el objetivo de conocer la valoración de posibles alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúne las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos (Moreno Rosset, Antequera y Jenaro, 2008). En México no existe ninguna prueba estandarizada que evalúe el desajuste emocional ante el diagnóstico y tratamiento de infertilidad, ni mucho menos que contribuya de forma multidisciplinaria a la psicología de la salud, solamente hay artículos que refieren sentimientos, pensamientos y conductas manifestadas de parejas con diagnóstico de infertilidad.

Sin embargo, algunas parejas suelen ser resilientes a dicha experiencia negativa y se recuperan de la crisis vital adaptándose a nuevos cambios para tener una vida saludable y productiva. Según Fernández et. Al. (2015) menciona que la resiliencia es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

Aunque, se hace mención que la mayoría de artículos existentes en México son de clínicas privadas que hacen mayor referencia en los aspectos emocionales y no en como la pareja puede ser resiliente ante el diagnóstico de infertilidad, es de gran importancia conocer ¿cómo la intervención psicológica podría ayudar al fortalecimiento de la relación y estado emocional de la pareja para enfrentar las adversidades de un dictamen de infertilidad y seguir adelante con el estadio de vida?

Por lo que en este estudio **la principal interrogante** es: ¿La resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante un diagnóstico de infertilidad? Para que nos permita identificar las emociones, los sentimientos, los elementos resilientes y promover las fuentes de la resiliencia aunado a un bienestar mental y por consiguiente mejorando la relación de pareja.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocará en estudiar los procesos emocionales que genera el diagnóstico de infertilidad de Tlalmanalco y Tenango del Aire, Estado de México y Cuautla, Morelos, porque es un problema de salud que no dispone de la suficiente infraestructura adecuada para poder llevar a cabo tratamientos gratuitos a la población que lo requiera a pesar de que halla en México 60 clínicas certificadas para el tratamiento de la infertilidad en el sistema de Salud Pública, acceder a los programas es complicado y tardado por la falta de especialistas en el campo de la reproducción humana para este padecimiento (López, 2013., diálogos en confianza, 2017). Además, crece la infertilidad en México puesto que durante los últimos siete años la infertilidad ha ido en aumento menciona Carlos Tapia, (2013) médico internista-farmacólogo clínico.

Así pues, la población más afectada son mujeres y hombres de 35 años de edad hasta mujeres y hombres de 45 años de edad que no cuentan con una posición económica alta, puesto que el factor económico es el primer impedimento material que retrasa la búsqueda de un hijo, porque la mayoría de las instituciones son privadas, por ende costosas, y fuera del alcance de las parejas. Simultáneamente, otro factor sobresaliente es el aplazamiento de la concepción de un hijo por el desarrollo profesional, que oscila en un 32 por ciento en mujeres, en un 31 por ciento de los casos en el hombre, y en 25 por ciento de los casos son ambos. Además de otros factores como las imposibilidades biológicas, los factores emocionales, las exposiciones nutricionales adversas, el uso de anticonceptivos, estrés grave, infecciones, y otros factores específicos estructurales del aparato reproductor femenino y masculino (Medline Plus, 2016).

Vale destacar, que el 1° censo del mercado de infertilidad en México reporta que 3 de cada 10 parejas la padecen y han ido en aumento durante los últimos 7 años (México fértil, 2013). Además, especialistas de la clínica de fertilidad y biología de la reproducción humana del Instituto de Seguro Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) en el Estado de México indican, que el no poder procrear afecta severamente de manera psicológica y emocional principalmente a mujeres, por los estereotipos sociales respecto a la composición de las familias, de tal manera que puede impactar en la relación de pareja, tanto, que puede haber divisiones conyugales y/o divorcios. También argumentan que en nuestro país, un gran porcentaje de las parejas infértiles no tienen acceso a

tratamientos médicos especializados, ya que no hay una buena cobertura en México, y también porque es muy costoso en el sector privado iniciar un proceso para poder concebir (Infertilidad y sexualidad, 2013). Hay que hacer notar que en el sector salud no se ha creado un espacio dedicado a acompañar y apoyar a las parejas que pasan por un alto grado de ansiedad y estrés ante la incapacidad para concebir, la complejidad del tratamiento y el miedo a que este falle, provocando que cada miembro de la pareja manifieste emociones y sentimientos negativos como: culpa, ira, frustración, miedo, bloqueos emocionales, represión, falta de confianza, falta de apoyo emocional por parte de la pareja.

De modo similar, en España, se estima que entre un 15 y 18% de las parejas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula además, que un 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. En México se habla de cifras de infertilidad de entre 10 y 15% de la población fértil en algunas publicaciones se habla de hasta un 20%, de acuerdo a datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud reproductiva de la república mexicana en 2003, el 17.5% de las mujeres en edad reproductiva informó tener problemas de infertilidad. (Casas, 2013). Así pues el Director del Centro de Reproducción Asistida Concibe, alertó que se calcula que en un futuro, para 2050, el 50% de las parejas que desee tener hijos no solo va a tener problemas para embarazarse, sino que tendrán que solicitar tratamientos de reproducción asistida. (México Fértil, 2013)

Como psicólogos preocupados por aportar posibles soluciones a este problema que se presenta con mayor incidencia actualmente en nuestra sociedad, se propone llevar a cabo este estudio exploratorio que nos permita visualizar como la capacidad de resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante un diagnóstico de infertilidad y dejar la propuesta al sector de salud pública de agregar a la planilla del personal psicólogos para apoyar en los tratamientos de reproducción asistida y se brinde atención a las parejas que requieran de un tratamiento de esta naturaleza.

OBJETIVO GENERAL

Identificar cómo la capacidad de resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante el diagnóstico de infertilidad.

Objetivos específicos

- ❖ Conocer cuáles son las emociones negativas que experimentan parejas heterosexuales infértiles, que se encuentran pasando por un tratamiento médico de atención asistida.
- ❖ Describir cuales son las experiencias de resiliencia en pareja y a nivel personal, ante un diagnóstico negativo de infertilidad.
- ❖ Explicar cuál es el proceso de duelo que experimentan las parejas ante un post-diagnóstico de infertilidad
- ❖ Describir como la intervención psicológica en pareja ayuda en un mejor manejo de las emociones durante el diagnóstico, tratamiento y resultado de la infertilidad.

CAPITULO I

LA ADULTEZ

El presente capítulo pretende exponer el desarrollo humano como una serie de etapas producidas a lo largo del tiempo, que se basan en lo biológico y la experiencia adquirida de cada individuo, sin embargo son las etapas de manera gradual las que refieren un crecimiento intrínseco y extrínseco, como el argumentado ciclo de vida donde naces, creces, te reproduces y mueres. De forma generalizada la primera etapa es el desarrollo prenatal, la segunda la infancia, la tercera la adolescencia, la cuarta juventud, la quinta la madurez, la sexta vejez y por último la muerte. Cada una de estas etapas le corresponde un determinado tiempo para un desarrollo físico, cognitivo, lingüístico, de sociabilización y de personalidad lo cual va formando al individuo para relacionarse en un ambiente que le permita un aprendizaje. (Agulló, 1997; Craig y Baucum, 2009).

1.1 Concepto de Juventud y Madurez

El concepto de juventud según Viñas (1999), refiere en un aspecto sociológico que es la fase comprendida entre pubertad y empleo, paternidad y maternidad. Sin embargo, el periodo se entiende mejor en términos de los cambios físicos, conductuales y sociales que ocurren más. Una forma de comprender estos cambios es considerar las importantes tareas de desarrollo del periodo (González1999; Lefrancois, 2001).

Aun así, el periodo adulto es el de interés para esta investigación, pues comprende la juventud o adultez temprana de los 20 a los 30 años de edad y la madurez de los 40 a 50 años de edad, (Agulló, 1997; Craig y Baucum, 2009).

1.2 Tareas del Desarrollo

Investigadores señalan que el desarrollo es un continuo cambio que se da durante toda la vida. Si bien en el desarrollo hay etapas bien definidas, en la adultez se distinguen cambios de los de la niñez y la adolescencia, los cambios en el pensamiento del adulto, en su personalidad, y en el comportamiento se deben a la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. Asimismo, la resolución

positiva de las contradicciones y dificultades constituyen el fundamento de la actividad madura de un adulto (Berger, 2009; Craig y Baucum, 2009; Dallal E y Castillo, 2001).

No obstante, se observan algunos aspectos comunes en el desarrollo del adulto. Aunque no hay marcadores físicos semejantes a los de la pubertad ni etapas cognoscitivas bien delineadas, si existen hitos sociales definidos por los que hay que atravesar; por ejemplo, los roles y las relaciones que forman parte de los ciclos de la familia y de la carrera.

Los hitos sociales del desarrollo son tareas secuenciales que marcan la adquisición de una nueva competencia importante, o la incidencia de algún acontecimiento social con consecuencias psicológicas trascendentes. Casi todas las tareas al comienzo de la vida adulta tienen consecuencias que no son tan inmediatas, que tienden más al futuro y esperanzas para el porvenir, comprendiendo un estilo de vida y determinados valores. (Lefrancois, 2001; Myers, 2005).

El tiempo en que se dan los hitos sociales como el matrimonio, la procreación y la elección de carrera varían mucho de un individuo a otro. Las formas en que los individuos reaccionan ante estos acontecimientos, lo mismo que la índole de los roles que deben desempeñar varían según las exigencias y las restricciones de la cultura. Algunos acontecimientos sociales y las transiciones concomitantes son normativos; otros son idiosincrásicos. Los sucesos y las transiciones normadas se observa en tiempos relativamente específicos y los comparte la mayoría de los miembros de una cohorte de edad. Tales acontecimientos pocas veces se acompañan de un estrés agudo que dispone de tiempo para planear apoyo social y de significado cultural para dar orientación. Dos ejemplos de estos dos acontecimientos son la búsqueda del primer empleo y el abandono del hogar paterno. (Craig y Baucum, 2009; Myers, 2005).

En cambio, los hechos y las transmisiones idiosincrásicas pueden ocurrir en cualquier momento; por ejemplo, la muerte repentina del cónyuge, contraer una enfermedad grave o algo positivo ganarse la lotería. Como estos hechos no suelen acompañarse o anticiparse con otros, producen gran estrés y exigen una reorganización radical de la vida personal y social del individuo. Ya que si no se lograra esto podría devenirse un sentimiento de culpa y frustración ya que si retomamos el contexto de desarrollo del individuo, en ocasiones pesan más las transiciones de normas puesto que la cultura exige por el simple hecho de estar dentro del momento que se deben realizar ciertas actividades del desarrollo.

1.2.1 Tareas del desarrollo propuestas por Havighurst

Robert Havighurst describió el desarrollo a lo largo de la vida en términos pragmáticos. Para él, la adultez es una serie de periodos en que hay que cumplir determinadas tareas. (Craig y Baucum, 2009).

Tareas de la juventud

1. Elegir pareja
2. Aprender a vivir con el cónyuge
3. Formar una familia
4. Criar hijos
5. Administrar el hogar
6. Comenzar a trabajar
7. Asumir las responsabilidades cívicas
8. Encontrar un grupo social afín

En cierto modo, estas tareas son actividades orientadas hacia el porvenir. Por tanto, la juventud, comprende cosas como cortejar y elegir pareja, aprender a vivir feliz con el cónyuge, iniciar una familia y asumir las funciones de madre o padre y criar a los hijos. También incluyen emprender una profesión u ocupación y hay que recordar dos puntos importantes: el primero, depende de la cultura y el segundo, refiere lo que es común y esperado en determinado contexto. En la madurez, se centran en conservar lo que se logró antes y en ajustarse a los cambios físicos, lo mismo que a los cambios familiares. En años subsecuentes, todavía habrá más ajustes que hacer. (González 1999; Lefrancois, 2001).

A pesar de que la vida de la mayoría de la gente se ajusta a los tiempos que marcan las tareas del desarrollo propuestas por Havighurst, en la actualidad hay más acepciones que nunca antes. De nuevo comprobamos que en gran medida, el camino que sigue una persona depende de su ambiente cultural. Sin embargo, no todos están dispuestos a llevar esta exigencia, que impone la cultura ya que mientras para algunos no es importante el matrimonio para otros si lo es, ya que entienden el matrimonio como un tipo de vida que la mayoría adquiere en una edad adulta para ser padres y así continuar con las diversas tareas de desarrollo de un adulto.

1.2.2 Tareas del desarrollo propuestas por Erikson

Muchos teóricos recurren a la teoría de las etapas psicosociales de Erikson (1959), cuando define las tareas centrales del desarrollo en la adultez. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma en la que haya resultado los problemas de los periodos anteriores, dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad. Durante la adolescencia, los problemas fundamentales por resolver son la consecución de la identidad frente a confusión. Se trata de dilemas que persisten y que dan sentido de continuidad a las experiencias del adulto. Los individuos redefinen su personalidad, sus prioridades y su lugar en el mundo (Coleman y Hendry, 2003; Lefrancois, 2001).

Con la llegada de la etapa adulta el individuo encara una serie de nuevas exigencias sociales que exigen otras adaptaciones, así Erikson describe tres etapas del desarrollo que abarcan la vida adulta y la vejez: uno intimidad -solidaridad o aislamiento, dos productividad o estancamiento y tres integridad o desesperación (Coleman y Hendry, 2003; Lefrancois, 2001).

La intimidad consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ningún de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el aislamiento es la incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces porque la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro dice Erikson, 1963. (Craig y Baucum, 2009).

Hay que hacer notar que el interés de la investigación se centra en la etapa de intimidad principalmente en las relaciones con el sexo opuesto por mencionar que la elección de pareja es con base al sentido de identidad y autovaloración mediante los sentimientos de intimidad con los demás. Sin embargo existe una necesidad de retener su independencia y el miedo a comprometerse pero si se logra enfrentar entonces el individuo podrá asumir el compromiso con una pareja y al mismo tiempo ser productivo e íntegro (Lefrancois, 2001).

Como puede observarse para Erikson es una serie de etapas, que el ser humano atraviesa y estas pueden impedir o no que avances en el desarrollo de la personalidad, aunque si bien, si alguna de estas etapas se complica, claro está que al pasar a otra se dificultara el camino ya que el primer cimiento no es tan fuerte y esto provocará consecuencias en un futuro.

1.2.3 Estados en la vida del varón propuestos por Levinson

Daniel Levinson (1978,1986) y sus colaboradores (citado en Craig y Baucum, 2009) efectuaron un estudio exhaustivo sobre el desarrollo del adulto donde identificaron tres periodos principales en el ciclo de la vida del varón adulto, cada uno con una duración aproximada de 15 a 20 años. En cada periodo el individuo elabora lo que Levinson llama una estructura vital, la cual constituye el patrón en que se basa su vida. Sirve como límite entre los mundos interno y externo, y como el medio que nos permite enfrentar al mundo externo. La estructura vital se compone sobretodo de las relaciones sociales y ambientales que, entre otras cosas, incluyen lo que el individuo obtiene de las relaciones y lo que debe aportar a éstas. Las relaciones pueden ser con individuos, grupos, y sistemas e, incluso, con objetos. Las relaciones en el trabajo y dentro de la familia son esenciales para la mayoría de los hombres, quienes a ciertas edades comienzan a poner en tela de juicio la estructura actual. Después, crean una nueva estructura que es compatible con sus necesidades actuales, que predomina hasta que el individuo la “supera” y reinicia el proceso.

De acuerdo con Levinson, para lograr un ingreso pleno a la vida adulta, el joven habrá de dominar cuatro etapas del desarrollo: 1) definir un “sueño” de lo que realizará como adulto, 2) encontrar un mentor, 3) forjarse una carrera y 4) establecer la intimidad. A continuación se examinarán las cuatro tareas.

- 1) Definir un sueño: al comenzar la fase de noviciado, el sueño de lo que realizará como adulto no por fuerza está ligado a la realidad. Puede constar de una meta específica, como ganar un premio Pulitzer, o de un rol grandioso, como convertirse en un amoroso padre de familia. En teoría, el joven comienza a estructurar su vida adulta en formas realistas y optimistas que le ayuden a cumplir su sueño. Por lo demás, las fantasías desmedidas y las metas inalcanzables no favorecen el crecimiento.
- 2) Encontrar a un mentor: a los jóvenes, en la búsqueda de su sueño, les beneficia de sobremanera la ayuda de mentores. Un mentor les inculca seguridad en sí mismo en compartir el sueño y aprobarlo y al aprobar habilidades y sapiencia. En calidad de protector, puede influir en la carrera del principiante. Sin embargo, su función principal es facilitar la transición de la relación entre progenitor e hijo al mundo de los compañeros adulto. Debe ser obstatante paternal, autoritativo, a la vez que suficientemente empático para cerrar la brecha generacional y

establecer vínculos de compañerismo. Poco a poco el principiante adquiere el sentido de autonomía y competencia, con el tiempo puede que supere al mentor. Muchas veces el mentor y el joven se separan en este momento.

- 3) Forjarse una carrera: además de crear un sueño y encontrar un mentor, en el joven enfrenta el proceso complejo de forjarse una carrera que va mucho más allá de la manera, selección de una ocupación. Seguir Levinson, es una función que abarca toda la fase del noviciado a medida de que trata de definirse en la esfera vocacional (Craig y Baucum, 2009; Dallal y Castillo, 2001).
- 4) Establecer la intimidad: de modo análogo, la formación de relaciones íntimas no comienza ni termina con los hitos del matrimonio y el nacimiento del primer hijo. Antes y después de estos hechos, el joven se conoce mejor así mismo y aprende la manera de relacionarse con las mujeres. Debe averiguar lo que le gusta de ellas y lo que a ellas les gusta de él; debe definir sus cualidades y debilidades en la intimidad sexual. Aunque parte de este descubrimiento personal tiene lugar en la adolescencia, todo esto sigue asombrando al joven. Entre los 30 y 35 años adquiere la capacidad para establecer una relación romántica seria. Una relación primaria con una mujer especial (término empleado por Levinson) satisface una necesidad similar a la del vínculo entre principiante y mentor. Donde favorece su ingreso al mundo de los adultos.

1.3 Estados de Vida de la Mujer

El trabajo de Levinson provocó numerosas críticas, de las cuales la más persistente fue que no mencionaba a las mujeres, críticas que considero en las investigaciones subsecuentes (Levinson, 1990; Levinson, 1996). Los resultados sustentaron, en parte, su teoría de que para ingresar a la adultez hay que definir un sueño, encontrar un mentor, escoger una carrera y establecer una relación con una persona especial; su modelo para las mujeres se parece a la de los varones. Las transiciones de la mujer (y sus crisis) tal vez se relacionen menos con la edad que con los hechos como el nacimiento de los hijos o el momento en el que estos abandonan la casa paterna (Craig y Baucum, 2009; Philip, 1997).

1.3.1 Transiciones de los Estados de la Mujer

a) Sueños diferentes: Los hombres suelen presentar una idea unitaria de su futuro concentrada en su carrera; en cambio, muchas mujeres suelen tener sueños “escindidos”. Una diferencia notable entre los sexos fue que en forma análoga, la mayoría de las mujeres, en otros estudios en que se aplicaron los métodos de Levinson, tenían sueños que incorporaban la carrera y el matrimonio; casi todas concedían mayor importancia al matrimonio. Solo una minoría concentraban sus sueños exclusivamente en el éxito profesional; un número incluso limitaban su visión del futuro a los roles tradicionales de esposa y madre. Pero hasta las que soñaban con una carrera y el matrimonio moderaban sus sueños en el contexto de las metas de sus esposos, cumpliendo si con las expectativas tradicionales en un estilo de vida más moderno. Para algunas, la carrera y el matrimonio son incompatibles. Las mujeres del estudio de Levinson también consideraban sumamente difícil integrar la carrera y la familia (Craig y Baucum, 2009).

b) Relaciones diferentes con los mentores: La relación con los mentores es otra área en la que ambos sexos tiene experiencias diametralmente distintas. Algunas veces los esposos y amantes fungen como tutores pero entonces la función se ve complicada por exigencias contrarias. El compañero deja de apoyarla cuando ella hace valer su independencia y trata de promover su carrera o exige igualdad. Aunque el esposo o el amante a veces desempeñan ese rol, sobre todo al iniciarse la separación del dominio de los padres, un compañero tradicional pocas veces apoya el sueño de la mujer si éste comienza a amenazar su predominio en la relación.

c) Trayectorias profesionales diferentes: Por el contrario las mujeres a menudo no alcanzan este estado sino hasta entrada la madurez (Droege, 1982; Furst, 1983; Stewart, 1977 citado en Craig y Baucum, 2009). Ruth Droege descubrió que incluso las mujeres que se habían encaminado en una trayectoria profesional entre los 20 y 30 años de edad la mayoría no había terminado su “noviciado ocupacional”, sino hasta los 40 o después. Droege observo, así mismo, que a las que se encontraban en la madurez todavía les preocupaba el éxito en el trabajo y aun no estaban preparados para reevaluar sus metas o sus logros profesionales (Craig y Baucum, 2009).

d) Reevaluación diferente: La transición de los 30 causa estrés a los hombres y mujeres. Pero reaccionan de manera distinta ante el proceso reevaluativo que ocurre entonces. Los hombres introducen cambios en su carrera o su estilo de vida, pero no cambian su actitud

ante el trabajo ni ante su carrera. En cambio, las mujeres por lo general invierten en las prioridades que se habían propuesto en la juventud. Las mujeres que se habían orientado al matrimonio y a tener familia suelen buscar metas profesionales, en tanto que las concentradas en la carrera suelen optar por el matrimonio y la procreación. Su sueño más complejo les dificulta la consecución de las metas. Por lo visto, adaptarse a los roles sociales inciden en el bienestar individual (Adams, 1983; Droege, 1982; Levinson, 1990; Stewart, 1977).

A decir verdad, las diferencias que hay entre las necesidades de los varones y las mujeres no son tan grandes ya que ambos primeramente buscan una realización profesional que les permita un sustento autónomo consiguiendo bienes materiales y económicos, por un lado los varones alcanzan el estatus profesional más rápido que las mujeres, ya que estas tienden a combinar la carrera profesional con su vida amorosa, por lo que los varones alcanzan su meta más rápido debido al mentor que les proporciona la seguridad y confianza en ellos mismos para la realización de su sueño, a fin de cuentas el inducido que allá elaborado un proyecto de vida y lo sigue no importa el tiempo que tarde más bien lo importante es llevarlo a cabo con todas las estrategias y oportunidades que se tienen a lo largo de cada etapa.

1.4 Relojes Biológicos y Normas Sociales

Dada la dificultad, por no decir la imposibilidad, de asignar etapas al desarrollo del adulto de manera exclusiva en la edad, los investigadores idearon el concepto de reloj biológico (Neugasten, 1968), en el cual es una forma de sincronización interna; que permite saber si estamos avanzando por la vida de manera muy lenta o muy rápida.

En otras palabras, tenemos expectativas, restricciones y presiones intrínsecas de varios periodos de la vida que nos aplicamos y que aplicamos a otros. Si bien el origen de estos límites en ocasiones es biológico o psicológico, la mayoría de las veces es social: una mujer por lo general no concibe después de la menopausia y a un hombre mayor quizá no le agraden los problemas de criar un niño. Por ejemplo, si observamos a una pareja que con orgullo presenta a su hijo recién nacido ante los amigos, reaccionamos de modo muy distinto dependiendo de si la pareja anda por los veinte o cuarenta años. No se dará

la misma interpretación a sus motivos y quizás se adopte una conducta diferente ante ellos.

1.4.1 Tres Componentes de la Edad

Una forma más adecuada de ver las cosas es la edad biológica, en interacción con la edad social y la edad psicológica. La edad biológica, o sea la posición que ocupamos en el ciclo vital, varía enormemente de un individuo a otro. Por su parte, la edad social es la relación que guarda el estatus social de un individuo con las normas culturales. Por último, la edad psicológica indica el nivel de adaptación a existencias sociales y ambientales de otra índole. Abarca aspectos como inteligencia, capacidad de aprendizaje y habilidades motoras, lo mismo como dimensiones subjetivas como sentimientos, actitudes y motivos. (Craig y Baucum, 2009; Philip, 1997).

1.5 Teoría de las etapas del desarrollo adulto de Schaie

Schaie (citado en Lefrancois, 2001) propone una teoría de cuatro etapas para describir el desarrollo cognoscitivo adulto. La primera etapa, llamada de adquisición abarca la niñez y la adolescencia está señalada por la adquisición continua de información y métodos para resolver problemas y pensar lógicamente, la etapa de consecución el individuo se interesa cada vez más por aprender aquello que será útil (para su carrera, los pasatiempos, la crianza de los hijos) ahora el aprendizaje se dirige a metas reales y a largo plazo y la etapa adulta media llega con nuevas responsabilidades y realidades sociales que se manifiesta en lo que Schaie denomina etapa de responsabilidad. Las metas al largo plazo se evalúan de acuerdo a la situación actual del individuo y hay una restructuración de prioridades.

Por último, la madurez incluye una etapa de reintegración durante el cual el individuo dirige las actividades cognoscitivas hacia una nueva evaluación y examen de la vida y las metas personales muchos deciden hacer la llamada revisión de mala vida que consiste en analizar la existencia propia de acuerdo con los objetivos y realizaciones. Por tal motivo la importancia de la etapa de la responsabilidad y la reintegración hacen que el individuo resignifique el proyecto de vida personal, es decir el de formar una familia., ya que si nos

remontamos al ciclo de vida de una persona sería el momento de reproducirse como la consecución e inclusive de forma social existe hoy en día la presión para formar una familia y así ser nuevo miembro del núcleo de la sociedad (Berger, 2009; Lefrancois, 2001).

1.6 El Enfoque del Ciclo de DUVALL

“El concepto de ciclo vital de la familia proporciona la base útil para describirla, el que aquí se expone es el de Duvall (citado en Lefrancois, 2001) quien identifica ocho etapas secuenciales en la evolución de la familia”. Estas etapas a veces se superponen y también pueden variar por las familias. Sin embargo, describen una progresión relativamente común y distinguible de acuerdo con una serie de importantes tareas del desarrollo (Berger, 2009; Lefrancois, 2001).

Las familias comienzan como pareja sin hijos, un periodo que en el modelo de Duvall dura aproximadamente dos años por tanto, la primer etapa llamada luna de miel ahora puede durar mucho más, esta primer etapa suele exigir tres conjuntos importantes de tareas del desarrollo: las que tienen que ver con elegir y desarrollar una carrera, las que se relacionan con la realización sexual y el establecimiento de un matrimonio armonioso y las que se relacionan con tener hijos o no y cuando tenerlos, y una decisión que por lo regular es más complicada en las familias en las que ambos cónyuges tiene una carrera. Como en la familia de dos carreras la decisión de iniciar una familia o no, están influidas por al menos cuatro consideraciones. Las primeras dos, las cuestiones de la forma de la vida y la carrera, son más relevantes para las mujeres que trabajan. Las otras dos, las cuestiones matrimoniales y psicológicas, afectan a todo los padres en potencia. (Lefrancois, 2001).

1.7 El Proceso de Enamoramiento

El enamoramiento; es una experiencia afectiva muy intensa que lleva a las personas a involucrarse de manera profunda entre ellas y generalmente se le atribuye a la etapa de la adolescencia, pero, algunas personas repiten este mismo patrón de conducta durante el resto de su vida. Todos los pensamientos e ideas que se tienen del otro, son positivos,

irracionales e idealizados, como un sentimiento que nace espontáneamente y con gran intensidad, es definido el enamoramiento. Esta "extraña sensación" como la llaman los escritores, se mantiene durante un tiempo y luego disminuye. En unos casos desaparece y en otros se transforma en amor (Perrone y Propper, 2007; Salgado, 2003).

Para que dos personas se enamoren deben darse ciertas circunstancias como la atracción física, que se complementen intelectualmente, cierto grado de intimidad emocional entre ambos, acercamiento, deseo de estar juntos entre otras. Sin embargo, se dan casos en que no necesariamente se cumplen estas condiciones y las personas, de todas maneras se enamoran.

De manera general y en su primera fase, el amor se manifiesta como una atracción que reúne una serie de características en las cuales, intervienen cambios químicos que provocan las típicas emociones del enamoramiento. Así pues, es en este momento cuando cada uno comienza a hacerse un arquetipo de la persona que al otro le debe gustar y comienza a "venderse" como no es, tratando de parecerse a ese arquetipo. (Salgado, 2003; Vargas y Ibáñez, 2006).

Si después de un tiempo ambos deciden vivir juntos, cada uno bajará la guardia y comenzarán a mostrarse tal cual y como son. Es aquí entonces cuando comienzan los conflictos. También, ambos miembros de la pareja, se muestran tolerantes en extremo para de esta manera, poder mantener la intensidad del enamoramiento. A cualquier inconveniente, por muy grave que este sea, no se le da importancia pues lo que priva es el deseo de estar enamorado y querer al otro. Se experimenta una especie de sentido de protección, basado en la profunda convicción de "creer saber" qué es lo mejor para el otro. (Berger, 2009; Salgado, 2003).

Quienes se encuentran en el período de enamoramiento, que generalmente es al inicio de la relación, se plantean ideales que con el tiempo son imposibles de lograr, porque comienzan a imaginarse una serie de situaciones con su pareja, que no pasan de ser simples ideales, "Seremos el uno para el otro", "no importa, ella cambiará gracias a mi amor", "los dos seremos uno solo" y así, una gran cantidad de pensamientos pasan por la mente de cada persona, que luego, al enfrentarse a la realidad, ninguno puede llevar a cabo (López y Gonzales, 2004).

Estas ideas, si bien llevan consigo la necesidad muy altruista, por cierto de tener una relación romántica perfecta, lo único que muestra es que existen aspectos de la personalidad del otro que no nos satisfacen, pero que no expresamos o discutimos de manera asertiva y concertada con la pareja, pues así, estaríamos rompiendo el "encantamiento" (López y Gonzales 2004; Vargas y Ibáñez, 2006).

Algunos dicen: "Ya habrá tiempo para resolver los problemas" mientras que en su interior, sienten insatisfacción por los defectos o cualidades negativas de la persona amada. En este tipo de actuación, está latente el deseo interior de que con el tiempo y el amor se modifiquen las conductas de nuestra pareja que en la actualidad no nos gustan.

No se pretende expresar con esto que el enamoramiento sea malo. Por el contrario, esta actitud favorece y facilita la formación de la pareja. Tanto los hombres como las mujeres sienten impulsos que emiten señales inconscientes gestos, miradas, sonrisas, etc. que provocan reacciones instantáneas en ambos. Es lo que se define como química del amor. Lo que no debemos establecer es una relación de enamoramiento enfermizo que nos lleve en un futuro a tener conflictos, que nos pueden llevar, no sólo a una separación inminente de la persona que amamos, sino también a desconocer lo importante de una relación menos intensa pero más profunda y estable basada en el amor (Craig y Baucum, 2009; Philip, 1997).

En este período, manifiestan intereses comunes y se hacen expectativas para el futuro y aun cuando no se establece cuál es el tiempo adecuado para mantener un noviazgo, se ha determinado que los matrimonios cuya pareja tuvo un tiempo de noviazgo corto, tienden más al fracaso. No así los matrimonios en los que la pareja tuvo más tiempo para conocerse en la etapa de novios. Sin embargo, lo importante en esta etapa, no es solamente querer a la persona sino mantener en ambos un elevado nivel de comunicación que permita saber cómo son y si se adecua a lo que se quiere y necesitan como pareja. (Flores, 1994; P. Izquierdo, 2000).

1.8 Noviazgo

Flores (1994), sostiene que el noviazgo no es el matrimonio. En el primero se ve la vida color de rosa. Los novios se requieren, desean estar los mayores tiempos posibles juntos, se tratan y dejan ver siempre su mejor imagen cuando se reúnen. No lo hacen por hipocresía, sino porque quieren agradar a la otra persona y conquistarla.

Los novios llegan a conocerse hasta un cierto punto, no se puede decir que se conocen del todo, por dos razones importantes: la primera es el afecto, ahí cuenta más el sentimiento que la razón. De ahí que los problemas parezcan siempre de fácil solución y se piensa que va a cambiar a su novia y la novia también piensa que hará lo mismo con su novio. (Flores, 1994; P. Izquierdo, 2000; Vargas y Ibáñez, 2006).

La segunda razón está en que la convivencia durante el noviazgo es muy superficial. Se ven solo para contarse las pequeñas anécdotas de cada día, para decirse lo mucho que se quieren, para divertirse juntos en un clima de mutua aceptación; pero de ningún modo para llevar entre ambos ningún proyecto serio, ninguna tarea en común. En el noviazgo no han probado las fuerzas de su mutua capacidad, sino solo han compartido sus sueños. En el matrimonio habrá que compartir todo, es una moneda al aire y puede salir “cara” o “cruz”; de cualquier lado que resulte hay que aceptarlo: porque no hay matrimonio a prueba.

Así mismo, elegir a una persona y hacer una vida en común es una de las decisiones más trascendentes en la vida de todos. Es por ello que, si bien nos enamoramos y queremos a nuestra pareja, también debemos racionalizar si se ajusta a lo que nosotros queremos y nos hemos planteado acerca de cómo debe ser la persona que nos acompañe en la ardua tarea de consolidar una familia. (Shelley, 2002).

Al hablar de elección de pareja hay que tener en cuenta que, como muchos actos humanos, no es eternamente libre, ya que está condicionada por múltiples factores de tipo consciente e inconsciente, como el grado de autoestima y autoconocimiento, el mapa amoroso, la familia de origen, las historias sobre el amor y la sexualidad y los ciclos de vida.

El conocimiento de estos factores y de la historia previa a nuestras relaciones amorosas es importante, pues nos orienta en una dirección u otra en la elección de pareja. Aunque el pasado no se puede cambiar, con base en su conocimiento podemos construir desde el presente relaciones que nos lleven a un resultado acorde con lo que conscientemente queremos que sea nuestra vida afectiva y sexual (López y González, 2004; Shelley, 2002).

1.9 Matrimonio

Primero formar pareja es el paso fundamental en la vida del hombre, porque cuando se casa, con el cónyuge experimentarán un choque importante si esperan llevar la vida de cada uno tal como la conocen hasta el momento del matrimonio y continuar con su existencia cada uno tendrá que abandonar su mundo como lo conocen, para poder formar una nueva vida y cultura nueva.

Una vez que la pareja acepta unir sus vidas tendrán que tomar en cuenta que es un proyecto ideal y funcional que trasforma su realidad, es decir una tarea para toda la vida, porque el matrimonio es una comunidad de amor, los esposos se comprometen a vivir juntos para siempre. A esa comunidad deberán aportar cuanto sea, como personas en unión, la comunicación de ideales y aspiraciones debe ser clara para conseguir un equilibrio conyugal, una unión permanente y la felicidad. El fin de esa comunidad es el perfeccionamiento de los esposos, de modo que toda la vida tienda a la ayuda recíproca, en orden a la creciente formación. Esta comunidad, puede tener varios planos de conquista.

- a) Plan natural: es el apoyo y estímulo material, corporal y físico.
- b) Plan afectivo: perfeccionamiento de las tendencias radicadas en la naturaleza humana, según un juego de sentimientos, afectos y emociones.
- c) Plan sobrenatural: satisfacción de la armonía en las aspiraciones y la creación de nuevos seres.

La conquista de estos planos, se verificará si: Los dos aportan su caudal personal de cualidades, valores y energías, ya que ambos comparten alegrías, preocupaciones, sufrimientos, etc., formando un bloque que no anule nada que se a motivo de mayor unidad.

Se esfuercen por hacer agradable la vida de pareja y familiar: haya equilibrio entre autoridad y libertad, que la comprensión se haga virtud reguladora de esta comunidad de amor. Por lo que el elemento básico para formar una pareja es el dialogo que sirve para construir una pareja plenamente realizada en el amor de los dos, un mutuo conocimiento, profunda unión, un ámbito de igualdad y en un camino de adaptación a las nuevas exigencias de la vida, que se vayan presentado en pareja. Ya que amor y diálogo son los dos pilares que sostiene una buena relación de pareja y crean armonía y comprensión en la vida familiar. (Flores, 1994; Shelley, 2002).

Por otra parte, el matrimonio es una situación superficial, sin embargo, el matrimonio es la célula más importante de la sociedad. Ya que la sociedad gira alrededor del matrimonio porque ahí precisamente esta su origen, es ahí donde se ira cristalizando la línea de conducta de las nuevas generaciones.

Se podrá decir que el hogar es el laboratorio de la personalidad, donde se realizaran las combinaciones, que con el tiempo determinaran las características de cada individuo. La estructura ética y anímica se va conformando desde los primeros momentos donde se inculcan los principales valores del hombre donde el individuo encuentra su identidad. (Flores, 1994; Shelley, 2002).

Izquierdo (2000), señala que el casamiento es un hecho natural humano (por exigencia de la naturaleza), civil (por el reconocimiento civil, que compromete a la pareja en sus deberes y le otorga derechos) y social (para el desarrollo y ayuda del conjunto de familias) para constituir, un hogar. Para esto la pareja debe ser madura, responsable y cuidar del:

- a. Nivel físico: salud bienestar.
- b. Nivel económico: una economía que asegure la independencia, libertad y la tranquilidad de la familia.
- c. Nivel psicológico: la pareja necesita de madurez, para vivir el compromiso con libertad, responsabilidad y ser fiel.

Cabe añadir que, durante décadas, los estudios psicológicos han señalado que el matrimonio no el dinero, ni los hijos, ni la multitud de cosas que podrían hacernos felices es el determinante primordial del bienestar emocional. El matrimonio es en muchos sentidos un microcosmo de las fuerzas sociales que afectan nuestra salud y felicidad.

En su intensidad, la fuerza del cuidado o de su ausencia, el matrimonio lleva riesgos sin duda pero los de no formar pareja son aún mayores. Como sistema de atención protege la salud y la felicidad de los hombres y también la felicidad de las mujeres, es una de las mejores medicinas que tenemos. Pero no hay duda de que el hombre logra más beneficios que la mujer. Una paradoja de la vida social es que las mujeres quieren casarse tan a menudo, mientras los hombres no quieren contraer compromisos. Visto objetivamente desde el exterior lo mejor que puede hacer un hombre es casarse para vivir una existencia larga y saludable pues puede aumentar de un 65 a más de 90 por ciento las posibilidades de vivir más de sesenta y cinco años. Las mujeres podemos vivir felices en el matrimonio, pero nuestra esperanza de vida no se verá afectada. (Taylor, 2002).

Se considera que el matrimonio es un sistema de atención y una de las razones por las que el hombre le va bien es porque gozan de muchas ventajas, de las que los solteros y las mujeres casadas suelen disfrutar, a ellos se les alimenta, viste, recoge sus cosas y con frecuencia alguien cocina, limpia la casa e incluso adquiere ropa como resultado son más libres, porque ellos atienden las necesidades de las mujeres tradicionalmente como sostenes económicos, pero no protegen tanto la salud como lo hace la mujer. Los hombres trabajan menos horas que las mujeres, sobre todo cuando están combinan el empleo fuera de casa con las labores domésticas. Además ellas pueden comprender y alentar de mejor manera a sus esposos que ellos, y si ellos no responden con ese apoyo emocional que ellas necesitan en consecuencia recurren a sus amigas en busca de consuelo tras una de estas conversaciones insatisfactorias, posiblemente estos beneficios tiendan más a cambios fisiológicos de la conducta maternal que a profundas convenciones de los papeles sociales por ser la naturaleza de las mujeres.

1.10 Apoyo para la pareja

Según Gurug, Saranson y Saranson, (citado en Velasco y Luna, 2006) el apoyo que se percibe del otro es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los demás. En este sentido, su análisis cobra importancia en el estudio de las relaciones interpersonales y sobretodo en las relaciones de pareja, por ser esta el pilar de la familia, y esta última la unidad funcional de las sociedades colectivistas. Pese a su gran importancia como un aspecto de salud

mental, psicológica y emocional, su estudio es relativamente reciente. El apoyo percibido, visto desde una relación dual, es un factor central, sobre todo cuando existe un compromiso emocional. El vínculo que existe entre apoyo y necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. En esta las emociones que la invaden generan un involucramiento que promueve un deseo interno y voluntario encaminado a buscar la protección del otro; además, con esta relación sentimental, ambos miembros contribuyen al bienestar y desarrollo del otro, tanto física, emocional, espiritual y social como cognoscitivamente, mediante la expresión física de afectos y cuidados. De tal modo, el apoyo entre esposos guía la satisfacción de necesidades y permite responder mejor hacia los diversos eventos estresantes de la vida; lo que a su vez puede contribuir a mejorar la intimidad y cercanía de los miembros de la pareja.

Además, el apoyo mutuo de estar juntos en las buenas y en las malas, y percibir al otro como un sostén ante las dificultades, así como contribuir a su desarrollo personal y social debe ser un propósito implícito en la pareja. El psiquiatra John Bowlby (citado en Velasco y Luna, 2006) dice lo siguiente” el aprendizaje con respeto al apoyo mutuo que se espera en la pareja se da dentro de la familia en la que nacimos, ya que la primer conducta que se desarrolla es el apego y en él se busca la protección”, es por ello que el sentir al otro genera mayor bienestar y en definitiva se tiene la sensación de que pueden hacer más y llegar más lejos si se tiene el apoyo de la pareja.

Es así, como desde el área de las relaciones interpersonales, Saitzyk(1997) define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un periodo corto, mientras dura una crisis, o cambios de la vida o los estresores a largo plazo. Esta definición destaca el intercambio social que implica la conducta de apoyo, por especial atención en recursos específicos de intercambio entre los esposos y da lugar a que el esposo que brinda el apoyo tome ese rol hacia el esposo que lo busca. Pero, desafortunadamente, no en todos los casos la relación de pareja se pueden satisfacer las necesidades que demanda cada uno de los miembros por medio de brindarle apoyo, pues las percepciones del apoyo que se reciben y que se dan no concuerdan frecuentemente (Vargas y Ibáñez ,2006; Velasco y Luna, 2006).

Al apoyo tiene pocas acepciones. Rhodes (1989) lo define como la toma de decisiones por un individuo para satisfacer las necesidades del otro, por medio de brindarle sustento emocional, ayuda, seguridad, comodidad y amor (Velasco y Luna, 2006).

Díaz Guerrero (1986), señala que cuando un individuo percibe cierto grado de dificultad para afrontar obstáculos (como crisis, problemas laborales o en relación con el cónyuge), busca en general apoyo emocional en el seno familiar y sobretodo en aquella persona que para él desempeña un papel significativo desde su escala de valores y nivel de confianza. La familia constituye un punto de referencia de identificación y de apoyo (Velasco y Luna, 2006).

Beavers y Hampson (1995), refieren que, como nacemos y vivimos en un grupo social la familia, está es el soporte emocional y social de un individuo. Cuando no se tiene este soporte, el ser humano tiende a enfermarse emocionalmente, así como el aislamiento y distanciamiento social (Velasco y Luna, 2006).

Para Cohen y Wills (1985), existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral (de estima), de los cuales los dos primeros son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que realice una tarea lo mejor posible. En cambio, los dos últimos estilos de apoyo son de tipo emocional porque le proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita el apoyo (Velasco y Luna, 2006).

Algunos investigadores, piensan que la influencia de la personalidad del esposo y la esposa son determinantes en las interacciones del apoyo social marital. Recientemente, estos investigadores han destacado que la red de apoyo social no emerge independientemente del individuo y sus alrededores. Las características de personalidad del individuo son muy influyentes o determinantes en la cantidad y calidad de apoyo disponible en el tiempo en que se necesita.

1.11 Desavenencias Matrimoniales

La edad promedio del primer matrimonio de los hombres es de 25.9 años y de las mujeres 24.0 sin embargo las dificultades en la relación no solo causan grandes aflicciones e infelicidad en las parejas casadas, además las razones de las desavenencias son variadas y complejas O'leary y Smith (1991) revisaron diversos estudios que indicaban que las parejas tienden a elegirse por las semejanzas de sus rasgos de personalidad, valores, metas y otras características importantes. Al parecer una sapiencia básica guía esta elección, porque el grado de similitud es un predictor de la adaptación y la satisfacción matrimonial en el mismo sentido, las diferencias se relacionan con las discordias (Lefrancois, 2001; Myers, 2005).

También tiene relación con las desavenencias matrimoniales ciertas variables de personalidad asociadas con la depresión y la inestabilidad emocional características como impulsividad, temores, mala adaptación social y la llamada disforia, que consiste en la infelicidad generalizada (Lefrancois, 2001).

Las investigaciones indican que la insatisfacción matrimonial tiene de nuevo sus esperanzas de un amor idealizado imperecedero y romántico (Belsky y Rovine, 1990). No es de sorprender que alrededor de una tercera parte de los divorcios ocurra en los primeros cuatro años del matrimonio (Lefrancois, 2001).

Las desavenencias matrimoniales suelen caracterizarse por la falta de comprensión en la pareja, mala comunicación, interpretación errónea de actos e intenciones y una participación limitada en actividades compartidas. Han surgido muchos programas de mejora de los matrimonios para remediar estas condiciones y restaurar la armonía en las relaciones discordantes.

En cuanto a las mujeres lo más importante es la edad del primer matrimonio. En general, cuanto mayor sean las mujeres más probables es que estén más feliz mente casadas en adelante. Para los hombres, la variable social más relacionada con la satisfacción matrimonial es la ocupación en tanto que la posición socioeconómica una variable muy a fin. El grado de escolaridad guarda una relación positiva con la satisfacción matrimonial, lo mismo que la posición socioeconómica y la falta de hijos (Lefrancois, 2001; López y Gonzales, 2004; Myers, 2005).

Con la mayoría de los investigadores, se encontró que los opuestos no se atraen ni se complementan ni viven existencias felices porque las fortalezas de uno compensen las debilidades del otro: muy por el contrario, las que se atraen son las personas parecidas cuando más semejante sean los miembros de una pareja, más probable es que hablen de una gran satisfacción matrimonial. Esto es cierto, de variables cognitivas como la inteligencia y la impulsividad o el carácter reflexivo y características sociales (Lefrancois, 2001; Myers, 2005).

Para ilustrar la semejanza entre pareja los investigadores realizaron un estudio de 59 novios y 107 recién casados Botwin , Uss y Shackelford(1997), concluyeron que la semejanza entre una pareja es uno de los mejores predictores de la satisfacción matrimonial y sexual (Lefrancois, 2001; Vargas y Ibañez,2006).

Skolnick (1981) informa que los matrimonios que fueron más calificados más satisfactorios eran por lo regular aquellos en los que los cónyuges se gustaban, admiraban y respetaban.

En definitiva, tener semejanzas con la pareja trae ventajas que pueden ser benéficas para la relación y el conocimiento de la misma sin embargo tiene desventajas que pudieran caer en la monotonía y la desavenencia del matrimonio. Además la atracción entre pareja es única e irrepetible, por lo que hay que buscar a la persona con proyectos a fines, aunque sean una pareja con diferentes personalidades, ya que esto ayudará a apoyar al uno con el otro a alcanzar metas y complementar el desarrollo personal y de pareja.

CAPITULO II

INFERTILIDAD

2.1 Concepto de fertilidad e infertilidad

La infertilidad es una condición que afecta al 15 o 20% de las parejas en edad reproductiva. Dentro del campo de la salud reproductiva, la infertilidad implica una deficiencia que no compromete la integridad física del individuo ni amenaza su vida. Sin embargo, dicha deficiencia puede tener un impacto negativo sobre el desarrollo del individuo, produciendo frustración y debilitando la personalidad, ya que la mayoría de las parejas consideran tener hijos como un objetivo de vida. Además, la fertilidad de las mujeres disminuye lentamente a partir de los 20 años (Lefrancois, 2001; Lerner y Urbina, 2008).

Por lo que es necesario definir conceptos de diversos autores, para qué exista un mayor entendimiento para este capítulo.

En la literatura hispana, la definición de la palabra esterilidad es la dificultad de lograr un embarazo, al tiempo que el término infertilidad es utilizado cuando se desarrolla el embarazo pero es interrumpido en algún momento; por lo tanto, es utilizado como sinónimo de pérdidas recurrentes de embarazo. Por el contrario, en la literatura inglesa el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea por la imposibilidad de que la mujer quede embarazada mediante los medios naturales (esterilidad), o cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre (subfertilidad), o si el embarazo efectivamente se desarrolla pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo. Los términos esterilidad e infertilidad en ocasiones son usados de manera intercambiable y algunas veces definen poblaciones diferentes (Brugo Olmedo, 2003).

Al mismo tiempo, el concepto de Infertilidad, infecundidad y esterilidad son conceptos sinónimos utilizados para explicar que es una incapacidad para la procreación de hijos. Suele utilizarse para referirse a la incapacidad biológica para concebir niños después de un año de actividad sexual sin protección (Brown, 2006; Casas, 2013; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

A continuación, se describen dos tipos de infertilidad:

- La infertilidad primaria se refiere a las parejas que no han podido quedar en embarazo después de al menos un año de relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos.
- La infertilidad secundaria se refiere a las parejas que han podido quedar embarazadas al menos una vez, pero que ahora no pueden (Medlineplus, 2016).

A decir verdad varios autores dan conceptos relativamente similares, y los investigadores solo coinciden en que la pareja después de uno o dos años de actividad sexual sin protección, no logran un embarazo. Sin embargo, para esta presente investigación **el concepto que retomaremos de infertilidad: será la incapacidad para la procreación de un hijo de forma natural, después de un año de actividad sexual sin protección.**

En occidente, alrededor del 15% de las parejas se encuentran sin hijos de manera involuntaria. Por lo general, a estas se les considera infértiles. Por ejemplo, en 2002, el índice de fertilidad en los Estados Unidos fue de 67.8 nacimiento por cada 1000 mujeres en edades de 15 a 44 años. Alrededor de las parejas diagnosticadas como infértiles concebirán un niño al término de tres años sin la ayuda de la tecnología. Dadas estas probabilidades, a los procedimientos de fertilidad se les considera exitosos solo si aumentan las condiciones a más de 40%. En la actualidad muchos no lo logran. Las probabilidades de concebir disminuyen si la duración de la infertilidad se prolonga y si el hombre o la mujer son mayores de 35 años de edad. (Brown, 2006). En México se habla de cifras de infertilidad de entre 10 y 15% de la población fértil (en algunas publicaciones se habla de hasta un 20%). De acuerdo a datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de la República Mexicana 2003, el 17.5% de las mujeres en edad reproductiva informo tener problemas de infertilidad (Casas, 2013).

2.2 Factores fisiológicos de la reproducción

Primeramente, se va hablar de los cambios biológicos por los que atraviesa la mujer y el hombre durante la juventud por lo que los sistemas reproductivos de mujeres y hombres comienzan a desarrollarse en los primeros meses después de la concepción y continúan creciendo en tamaño y complejidad de funcionamiento hasta la pubertad.

En la pubertad se establecen cambios hormonales que originan la maduración del sistema reproductivo en el curso de tres a cinco años (Brown, 2006).

Craig y Baucum (2009), señalan que durante los años fértiles de la mujer entre 400 y 500 óvulos maduran y se liberan para su posible fertilización. Cabe añadir, que las mujeres nacen con un suministro de unos 400,000 óvulos para toda su vida, los cuales se liberan mensualmente poco después de la menarquia y deja de hacerlo en la menopausia. Se trata de un proceso relativamente estable entre los 25 y 38 años de edad. Después de los 38 años se observa una disminución rápida en la cantidad y regularidad de los óvulos liberados. La reducción no significa que las mujeres de mayor edad no puedan embarazarse. Por el contrario, cada vez son más las mujeres que deciden tener familia entre los 35 y los 45 años, cuando su seguridad emocional y financiera es mayor y acaso gocen de éxito profesional. Los procedimientos de diagnóstico prenatal, entre los que se cuentan la amniocentesis y el muestreo del vello coriónico hacen menos riesgoso este tipo de embarazo. Sin embargo, como resultado, los niños nacidos de mujeres mayores de 35 años de edad son más susceptibles de sufrir trastornos relacionados con defectos en los cromosomas que los niños nacidos de mujeres más jóvenes.

Según Troll (1995), los varones producen espermatozoides continuamente a partir de la pubertad. La mayoría conserva su fertilidad hasta muy avanzada la edad adulta (Craig y Baucum, 2009), aunque las emisiones seminales contienen cada vez menos espermatozoides viables. Solo en la adolescencia, y en los primeros años de la edad adulta los hombres y las mujeres se encuentran en su nivel más alto de fertilidad. En los hombres, la cantidad y viabilidad de los espermatozoides disminuye en cierta medida después de los 35 años de edad, pero constantemente se producen después de la pubertad. Debido a que las mujeres nacen con su aporte de óvulos para toda la vida, la cantidad de cromosomas dañados por oxidación, exposición a partículas radiactivas y envejecimiento aumenta con el tiempo (Brown, 2006; Craig y Baucum, 2009).

2.2.1 Sistema reproductor femenino

Durante la pubertad, las mujeres desarrollan ciclos menstruales de frecuencia mensual, con el propósito de preparar un óvulo para su fertilización por el espermatozoide, al útero para la implantación de un huevo fertilizado. Los ciclos menstruales son resultado

de interacciones complejas entre las hormonas secretadas por el hipotálamo, la hipófisis (pituitaria), y el ovario (FIG 1).

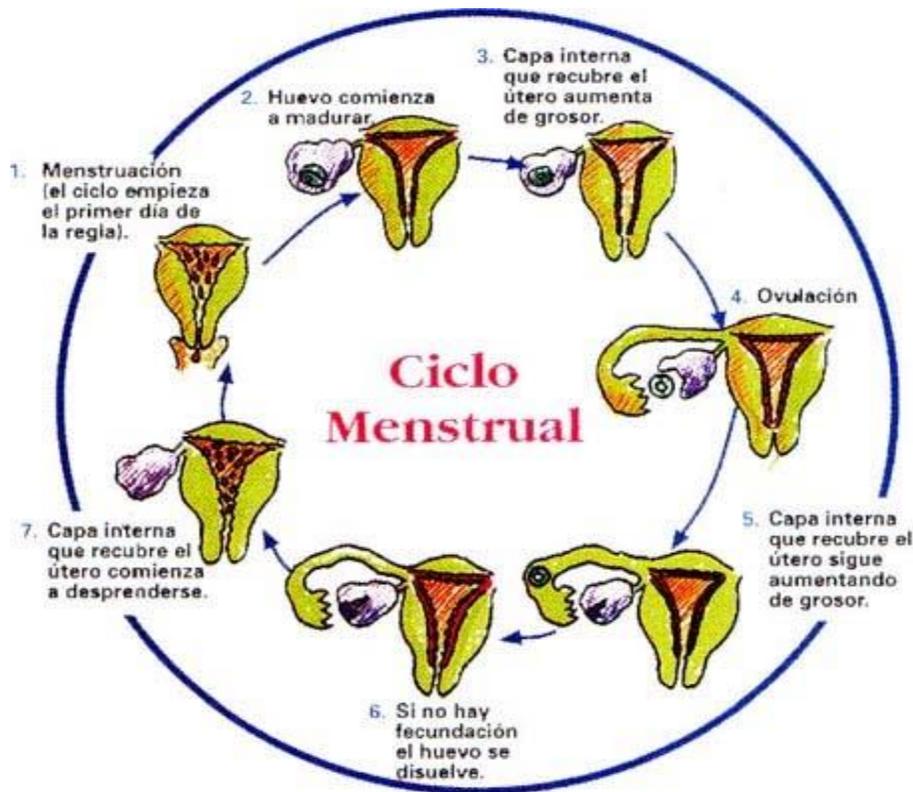


FIGURA 1 El ciclo menstrual.

Imagen tomada de internet

Luego, los efectos hormonales durante el ciclo menstrual: al principio de la fase folicular, los estrógenos estimulan la secreción de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) por el hipotálamo. La hormona folículo estimulante (FSH) acelera el crecimiento y la maduración de 6 a 20 folículos en que madura el ovulo. La presencia de FSH estimula la producción de estrógenos. Mas adelanté los estrógenos y la FSH estimulan el crecimiento y la maduración de los folículos, en tanto que el aumento de los niveles de hormona luteinizante (LH) hace que las células que se encuentran dentro de los folículos secreten progesterona. Además, los estrógenos y la progesterona provocan que la pared uterina almacene nutrientes y glucógeno (FIG 2) (FIG 3).

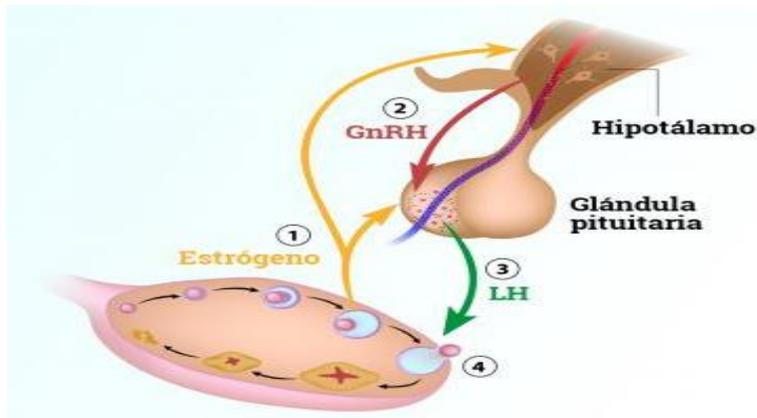


FIGURA 2 El hipotálamo y la hipófisis durante el ciclo menstrual.

Imagen tomada de internet

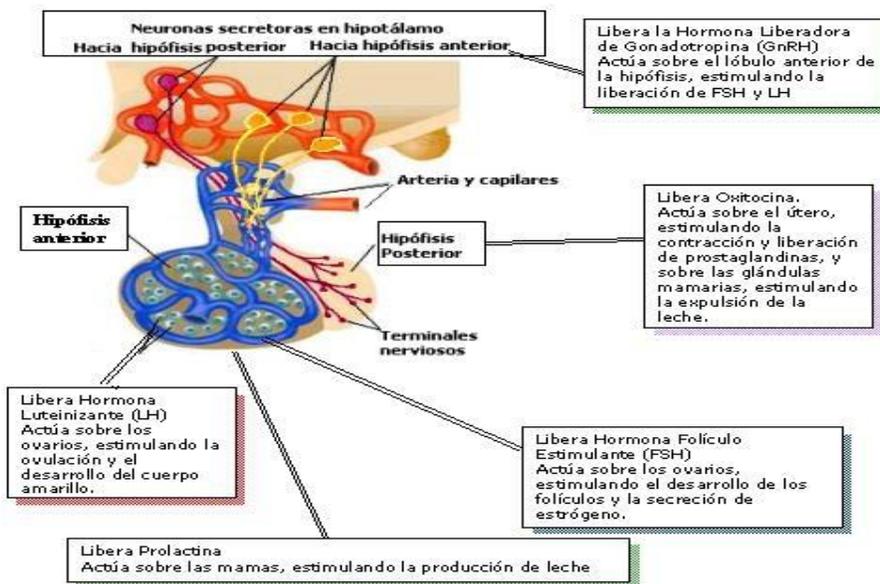


FIGURA 3 Hipófisis

Imagen tomada de internet

Estos cambios preparan al útero para nutrir al producto después de la implantación. Por ello es de vital importancia el ciclo menstrual en la mujer, como se argumentó anteriormente pues es la preparación previa a dar vida en cuanto su sistema reproductor este maduro, sin embargo a esto se le debería sumar la madurez que implica procrear un nuevo ser (Brown, 2006; Craig y Baucum, 2009).

2.2.2. Sistema reproductor masculino

En los hombres, la capacidad de reproducción se determina por interacciones complejas entre el hipotálamo, la glándula hipófisis y los testículos. Es un proceso continuo donde las fluctuaciones en los niveles se estimulan la secreción de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) indican la liberación de la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), lo que desencadena la producción de testosterona por los testículos (FIG 4).

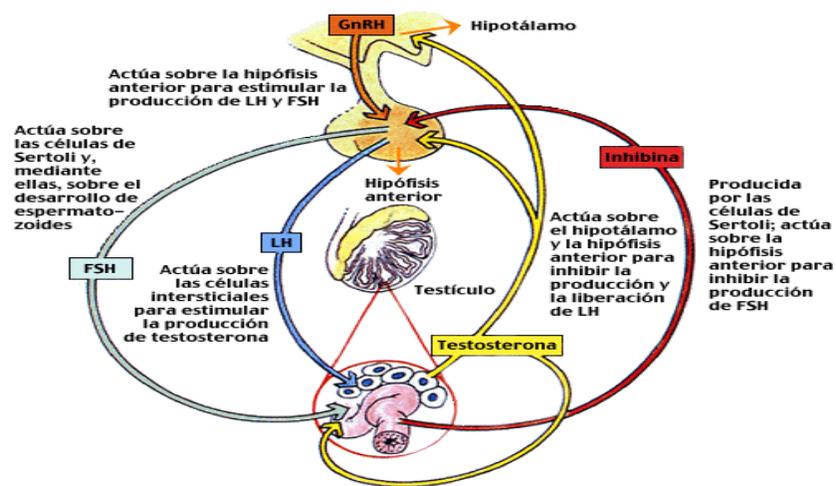


FIGURA 4 Anatomía y fisiología del aparato genital del hombre

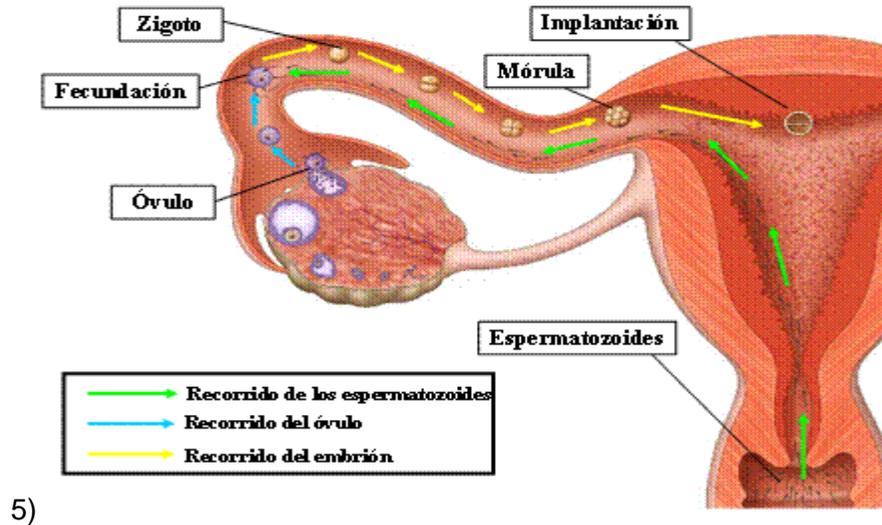
Imagen tomada de internet

Después, la testosterona y otros andrógenos estimulan la maduración de los espermatozoides, o que tarda de 70 a 80 días. Cuando están maduros, los espermatozoides se transportan al epidídimo para su almacenamiento. Durante la eyaculación, los espermatozoides se mezclan con las secreciones de los testículos, la vesícula seminal, la próstata y la glándula bulbouretral para formar el semen. (Brown, 2006; Craig y Baucum, 2009).

2.3 Proceso de Fecundación

Monroy (2002), da el nombre de fecundación a la unión del ovulo y el espermatozoide, lo cual se realiza normalmente en el tercio externo de la trompa; para que esto suceda deben cubrirse varias etapas:

- Impregnación espermática en la vagina. Producto de la eyaculación masculina.
- Progresión de los espermatozoides en la cavidad uterina, así como en las trompas
- tubas uterinas.
- Maduración folicular, ruptura folicular, expulsión del ovulo y captación de éste, en la fimbria uterina para su migración dentro de la tuba uterina.
- Fusión de los gametos masculino y femenino (espermatozoide y óvulo). (FIG



5)

FIGURA 5 Fecundación
Imagen tomada de internet

Luego, el ovulo es rodeado materialmente por los espermatozoides, uno de los cuales hace contacto con un sitio de la membrana ovular, llamado cono de atracción, que permite la entrada de un espermatozoide. La cola queda fuera y más tarde se desprende. A continuación se funden el pronúcleo femenino y el masculino (fecundación), con lo cual queda constituida una célula cromosómicamente completa. (ver Figura 6).

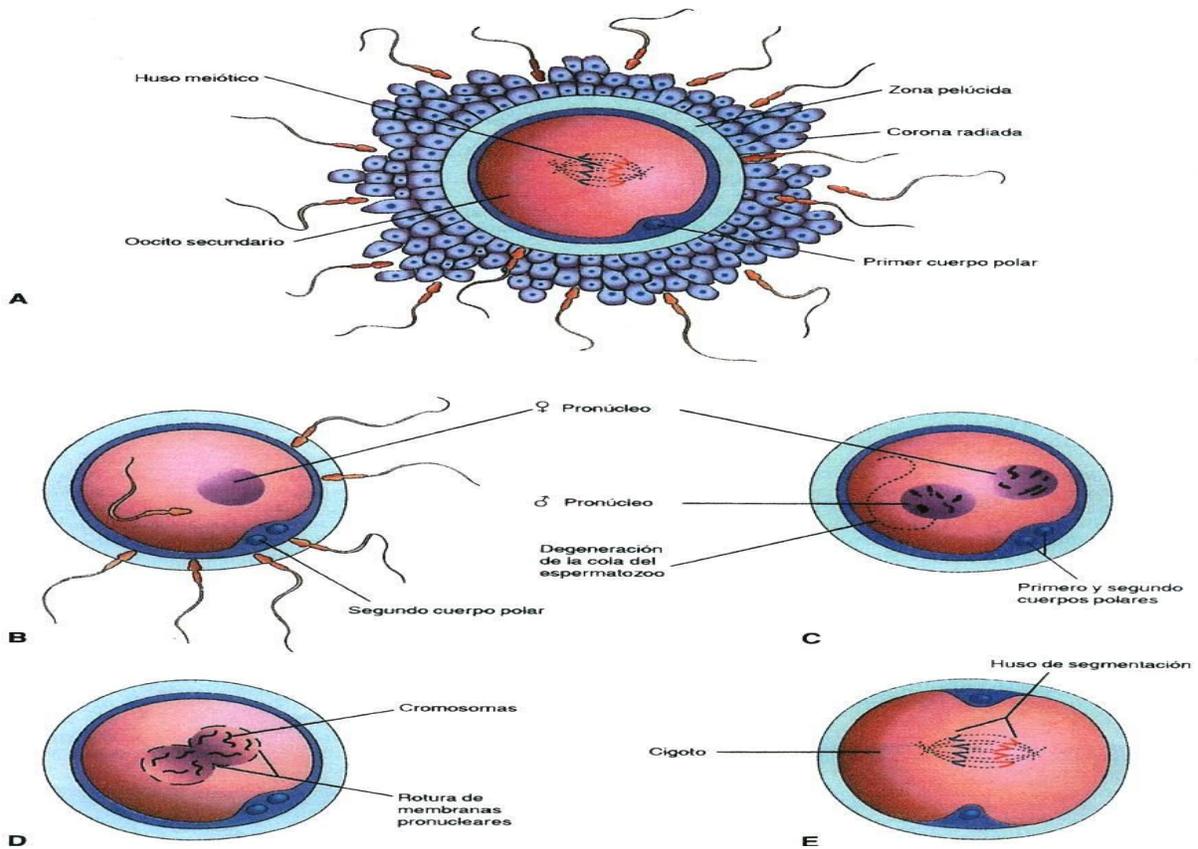


FIGURA 6 Proceso de Fecundación
 Imagen tomada de internet

Una vez efectuada la fecundación, el huevo inicia su recorrido por la luz tubárica gracias a los movimientos peristálticos de la trompa, así como los cilios del epitelio tubario principalmente, iniciando también una serie de divisiones celulares que llegan a formar un apilamiento celular, el cual se le llama mórula, para posteriormente continuar su desarrollo y formarse una capa llamada trofoblasto, quedando el resto de las células en forma excéntrica, constituyendo así el disco embrionario o germinativo; a esto se le conoce como blástula o blastocito, el cual llega al endometrio para iniciar la implantación o anidación, la cual va estar sostenida por la hormona progesterona que se produce en el cuerpo amarillo del ovario, lugar donde anteriormente se expulsó el ovulo. Esta hormona produce cambios en el endometrio que lo transforman en decidua, la cual va a ser penetrada por el trofoblasto del huevo y así formar lagos sanguíneos, de los que se nutre mediante un mecanismo llamado pinocitosis, parecido a la ósmosis y de donde van a seguir la placenta y el embrión (Lerner y Urbina, 2008; Monroy, 2002).

2.4 Problemas de la Infertilidad

La reproducción humana es el resultado de una espléndida coordinación de procesos genéticos, biológicos, ambientales y de comportamientos complejos e interrelacionados cuando se presentan estados favorables de salud estos sucesos suceden sin problemas en mujeres y hombres y determinan el escenario para una reproducción exitosa. Sin embargo, estados de salud menores a los óptimos debido a condiciones como desnutrición aguda, alcoholismo, grasa corporal, halógenos, abuso de exteriores disminuyen la capacidad reproductiva (Brown, 2006; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

Además, crece la infertilidad en México puesto que durante los últimos siete años la infertilidad ha ido en aumento. Carlos Tapia, (2013) médico internista-farmacólogo clínico, explica que “hay algunos factores sociales que están influyendo en la aparición de la infertilidad...uno es el incremento del tabaquismo, otro aspecto importante también es el alcoholismo. El ejercicio excesivo, mujeres que hacen gimnasio más de dos horas y que tienen un desgaste importante en cuanto al aspecto físico, pueden tener ciclos anovulatorios” (López, 2013).

Otro factor, el retraso de la maternidad por la carrera profesional. El 32 por ciento de los casos la infertilidad está en la mujer, en 31 por ciento de los casos en el hombre, y en 25 por ciento de los casos son ambos. “Esa idea que se tiene de que la mujer tiene un mayor porcentaje de infertilidad no es cierto... de hecho el tratamiento de infertilidad se enfoca en la pareja”, explica Tapia (López, 2013).

Dos de cada 10 parejas que padecen infertilidad acuden a tratamiento. Son datos del Primer Censo del Mercado de Infertilidad en México, que se basan en una encuesta realizada en 31 clínicas de fertilidad de 12 estados del país.

El estudio del primer Censo del Mercado de Infertilidad en México, arrojó que en 2012 se realizaron alrededor de 82 mil procedimientos de reproducción asistida en nuestro país. Los procedimientos para lograr un embarazo van de los 200 pesos a los 100 mil pesos, y se dividen en dos grupos: (López, 2013).

-Baja complejidad: que son el coito programado y la inseminación artificial.

-Alta complejidad: como la donación de óvulos y la fertilización in-vitro.

Siete de cada 10 mujeres que se someten a estos tratamientos logran un embarazo en el primer intento. Aunque muchas parejas abandonan el tratamiento si al segundo intento no se logra el embarazo. La edad promedio de las mujeres que acuden a clínicas de infertilidad es de 36 años.

En México hay 60 clínicas certificadas para el tratamiento de la infertilidad; el sistema de Salud Pública cuenta con programas para este padecimiento (Casas, 2013; López, 2013).

Así mismo en los últimos 10 años también se ha incrementado en España un 25% los problemas de infertilidad lo que supone entre 600.000 y 800.000 parejas con dificultades para lograr su ansiado sueño: tener un hijo. Una espera que se puede hacer más dura. ¿A qué se debe este incremento? Según la Dra. Valérie Vernaeve, directora médica de la clínica Eugénie, el principal causante es el aumento de la edad de la mujer en el momento de buscar un embarazo. El primer embarazo se planifica cada vez más tarde (actualmente, la edad media de la maternidad en España está alrededor de los 31 años, lo que constituye su máximo histórico). Sin embargo, no se pueden descartar causas ambientales o de estilo de vida que también pueda empeorar la fertilidad, sobre todo en el hombre. A ello se añade el libre y sencillo acceso a las técnicas de reproducción asistida en nuestro país. Las parejas buscan ayuda médica antes y recurren a la medicina en vez de optar en primer lugar por otras alternativas como la adopción (Vernaeve, 2017).

Por lo tanto, en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida para lograr tener un hijo. Según datos del registro de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad), el número total de ciclos de reproducción asistida globales realizados en los centros de reproducción asistida españoles (Fecundación in vitro más inseminación intrauterina) ha aumentado de 35.915 a 86.491. (Un dato que se debe tomar con preocupación, ya que el número de centros participantes aumento también de 56 a 141 centros. Por lo que se estima que el porcentaje de niños nacidos de embarazos conseguidos con técnicas de reproducción asistida en España oscila entre el 1,5 y el 2% (Matorras y Hernández y Molero, 2008; Vernaeve, 2017).

2.5 Fuentes Biológicas de Alteraciones en la Infertilidad

Hay que hacer notar que los problemas de infertilidad ocurren por diversas causas que incluyen: factores biológicos, factores emocionales, exposiciones nutricionales adversas, diabetes, uso de anticonceptivos, estrés grave, infecciones, daño tubárico y otros factores específicos estructurales del aparato reproductor femenino. Así pues, puede deberse a problemas en el hombre, la mujer o en ambos (Medline Plus, 2016).

En cuanto a las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía del año 2001 (la última que se ha realizado sobre el tema) el 15% de las parejas son infértiles y sólo del 1 al 2% son estériles. La infertilidad no es un problema exclusivo de la mujer, las estadísticas anotan un 40% de los casos por causa femenina, otro 40% por causa masculina, un 10% corresponde a trastornos en los dos miembros de la pareja y el último 10% es por causa desconocida. Las expectativas de conseguir un embarazo están en torno al 60% entre las parejas que se someten a tratamientos. Y cerca del 20% de personas diagnosticadas como infértiles lo logran de manera natural (Goetzl, 2016; Matorras y Hernández y Molero, 2008).

Entre las alteraciones de la fertilidad relacionadas con el estado nutricional se encuentran la desnutrición, la pérdida de peso, la obesidad, exceso de grasa corporal (especialmente grasa abdominal), los niveles elevados de ejercicio y la ingesta de alimentos específicos y componentes alimenticios. Por lo general solo una influencia temporal en la infertilidad; su estado corrige el problema (Brown, 2006; Holford, 2005)

2.5.1 Trastornos de la infertilidad femenina

La infertilidad femenina puede ocurrir cuando: (Yen y Jaffe y Barbieri, 2001).

- Un óvulo fecundado o el embrión no sobrevive una vez que se fija al revestimiento de la matriz (útero).
- El óvulo fecundado no se fija al revestimiento del útero.
- Los óvulos no pueden movilizarse desde el ovario hasta la matriz.
- Los ovarios tienen problemas para producir óvulos.

Dentro de los trastornos más comunes se encuentran los siguientes:

La endometriosis, esta se desarrolla cuando porciones de la pared endometrial se desprenden durante el ciclo menstrual se incrustan en otros tejidos corporales.

La dismenorrea es otra causa que genera la aparición de dolor asociado con la menstruación. Este trastorno se clasifica en primario y secundario. La dismenorrea primaria es frecuente, suele comenzar poco después de la menarquia con cólicos espasmódicos intensos superpuestos a un dolor constante de fondo. En los casos más severo hay náuseas, vómito y cefaleas. La dismenorrea secundaria, que es menos común y típicamente se observa en mujeres que se encuentran en la cuarta o quinta década de la vida, por lo general es atribuible a una enfermedad pélvica como la endometriosis, o la enfermedad inflamatoria pélvica. (Yen y Jaffe y Barbieri, 2001).

Quiste ovárico: es un saco lleno de líquido que se forma dentro o sobre de un ovario y crece el folículo en el ovario, que a su vez se libera. Si el folículo no logra abrirse y liberar un óvulo el líquido permanece dentro del folículo y forma un quiste, el cual se denomina quiste folicular. Estos son más comunes en los años de la edad reproductiva. Los quistes ováricos con frecuencia no causan síntomas, pero un quiste ovárico tiene más probabilidad de causar dolor si: se vuelve grande, sangra, se rompe, interfiere con el riego sanguíneo al ovario, se golpea durante la relación sexual, se tuerce o causa torsión de las trompas de Falopio. Y los síntomas pueden abarcar: distensión o hinchazón abdominal, dolor durante la defecación, dolor pélvico poco después del comienzo o finalización del período menstrual e incluso dolor con las relaciones sexuales (Medline Plus, 2015).

Otro problema pueden ser las infecciones de transmisión sexual que producen enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) término general que se aplica a infecciones de cuello uterino, útero, trompas de Falopio u ovarios., que a su vez quizá origine cicatrización y bloqueo de las trompas de Falopio (Brown, 2006).

No obstante otro síndrome común que se asocia a trastornos antes mencionados es el síndrome premenstrual o mejor conocido por sus siglas (SPM) es diagnosticado a través del DSMIV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) el cual tiene síntomas y signos frecuentes; los signos físicos son fatiga, hinchazón abdominal, sudoración de las manos y pies, dolor de cabeza, sensibilidad mamaria y náuseas., los síntomas psicológicos son deseo de alimentos dulce o salados, depresión, irritabilidad,

variaciones en el estado de ánimo, ansiedad y aislamiento social., el SPM se caracteriza por cambios psicológicos y fisiológicos que alteran la vida. Cerca del 40% de las mujeres en edad reproductiva presentan algunos síntomas del SPM.

Otro síndrome es el trastorno disfórico premenstrual (TDP) constituye una forma grave del SPM. Se caracteriza por cambios importantes del estado de ánimo, depresión, irritabilidad, ansiedad y síntomas físicos (sensibilidad mamaria, dolor de cabeza y en articulaciones o músculos). Se desconoce la causa que lo origina al igual que el SPM, solo se cree que está relacionada con la actividad anormal de la serotonina después de la ovulación (Brown, 2006).

Por lo que se refiere a los factores específicos y tratamientos del aparato reproductor femenino se enlistan los siguientes:

1.- Factor ovulatorio: Problemas en la ovulación, ya sea irregular, o bien por su ausencia. El mejor tratamiento para este problema es tomar medicamentos inductores de la ovulación o alguna técnica de fertilización asistida de alta complejidad (Goetzl, 2016).

2.- Factor tubárico: Las alteraciones de las trompas de Falopio, como obstrucciones o lesiones que puedan estar asociadas, provocan que el óvulo no pueda llegar al útero, impidiendo de esta forma la concepción. El tratamiento en estos casos es quirúrgico y el éxito dependerá del grado en que las trompas estén afectadas. Si no se obtiene éxito con la cirugía se puede acudir a la fecundación in vitro (FIV) (Goetzl, 2016; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

3.- Factor uterino: Malformaciones congénitas del útero (tabiques, útero bicorne) o bien miomas (tumores benignos uterinos que deforman la cavidad del útero). En todos los casos el tratamiento es quirúrgico (Goetzl, 2016).

4.- Factor cervical: Puede resultar de un cierre insuficiente del cérvix (incompetencia ístmico-cervical) o bien por la presencia de un moco que impide el ascenso de los espermatozoides, ya sea por factores infecciosos o inmunológicos. El tratamiento es utilizar antibióticos, hormonas y, de ser necesario, la inseminación artificial (Goetzl, 2016; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

5.- Factor peritoneal: Está relacionado con adherencias que involucran los órganos pélvicos ya sea por cirugías previas o endometriosis (focos de endometrio fuera del útero). También requiere de la cirugía para su corrección (Goetzl, 2016).

2.5.2 Trastornos masculinos de la infertilidad

La infertilidad masculina puede deberse a:

- Una disminución de la cantidad de espermatozoides.
- Un bloqueo que impide que los espermatozoides sean liberados.
- Defectos en los espermatozoides.

Así mismo, los trastornos del espermatozoides son problemas relacionados con la producción y la maduración del espermatozoides son las causas más comunes de la infertilidad masculina. El espermatozoides puede ser inmaduro, tener una forma anormal o ser incapaz de moverse adecuadamente. También puede ser que el espermatozoides normal se produzca en cantidades anormalmente bajas (oligospermia) o aparentemente no se produzca (azoospermia). Muchas condiciones diferentes pueden causar este problema, incluyendo las siguientes: (Goetzl, 2016).

- Enfermedades infecciosas o condiciones inflamatorias, como el virus de las paperas.
- Enfermedades hormonales o endocrinológicas, como el síndrome de Kallman
- Un problema pituitario.
- Trastornos inmunológicos en los cuales algunos hombres producen anticuerpos contra su propio espermatozoides.
- Factores ambientales y de estilo de vida.
- Enfermedades genéticas.

Otros factores que contribuyen a la infertilidad en los hombres. Son ciertos medicamentos utilizados para la hipertensión y el cáncer, procesos patológicos como la diabetes y la aterosclerosis (endurecimiento de las arterias) y trastornos endocrinos que alteran la producción de testosterona afectan la fertilidad masculina en formas que implican de manera primordial la producción de espermatozoides (Brown, 2006; Lerner y Urbina, 2008).

2.6 Pruebas y Análisis de la Infertilidad

La evaluación de infertilidad empieza con pruebas para asegurarse de que el esperma del hombre es normal, mientras que la mujer está ovulando y sus trompas están abiertas. Si el esperma del hombre es normal y la ovulación también, hay que buscar otras causas.

La evaluación del factor de infertilidad masculina se basa en el análisis de una muestra de esperma que se recoge después de dos o tres días de abstinencia completa para determinar volumen y viscosidad del semen, así como conteo de espermatozoides, movilidad, velocidad de nado y forma de los mismos (Goetzl, 2016; Lerner y Urbina, 2008; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

En la mujer, lo primero que se analiza es el ciclo de ovulación, si es regular y predecible, pero también se realiza un análisis de sangre para comprobar los niveles hormonales.

Una de las pruebas más informativas se basa en el nivel de hormona estimuladora del folículo (FSH) al tercer día de iniciarse su menstruación. La FSH estimula los ovarios, de forma que si el organismo necesita un nivel alto al principio del ciclo, puede significar que los ovarios tienen una reserva menor de lo normal o que la calidad de los ovocitos es baja (Goetzl, 2016; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

El ginecólogo realizará otras pruebas como el histerosalpingograma (HSG) para valorar el útero y ver si las trompas de Falopio están abiertas. Se introduce un tinte en el útero con un pequeño tubo colocado a través del cuello. Este tinte pasa a las trompas, revelando cualquier bloqueo o problema en el útero.

Otras pruebas posibles son la histeroscopia (se introduce una lente a través del cuello del útero para examinar la cavidad uterina) o la laparoscopia (se introduce un instrumento óptico a través de una pequeña escisión en el abdomen que permite examinar útero, ovarios y trompas (Goetzl, 2016; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

Otro es el examen poscoital (EPC) que valora los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual para identificar el moco húmedo, flexible y resbaloso asociado con la fase ovulatoria, para evaluar la interacción entre los espermatozoides y el moco cervical (Goetzl, 2016; Matorras, Hernández y Molero, 2008).

2.7 Tratamientos Médicos para la Infertilidad

Santamaria (2001), refiere que las Técnicas de Reproducción Humana Asistida (TRHA) son el conjunto de métodos biomédicos que facilitan o sustituyen a los procesos biológicos naturales que se desarrollan durante la procreación humana sexual (Casas ,2013).

Los tratamientos que se llevan a cabo con más frecuencia son:

Ovulación inducida: Si el problema está en el ciclo menstrual, lo primero que se intenta es la estimulación de los ovarios con píldoras fertilizantes, a solas o combinadas con metamorfina. Si no funciona, se pasa a una combinación de inyecciones de hormonas (gonadotropina) y fertilización asistida. Normalmente estas inyecciones te las puedes poner en casa y el hospital vigila tu producción ovárica con radiografías frecuentes (Goetzl, 2016).

Inseminación artificial (IA): Es una técnica de menor complejidad donde el semen del varón (es previamente tratado en el laboratorio para enriquecerlo) es inoculado directamente en el cuerpo del útero con una cánula. Previamente se estimula la ovulación de la mujer para incrementar las posibilidades de éxito. En mujeres entre 35 y 38 años, el éxito es del 20% en el primer intento.

Trasferencia intratubárica de gametos (GIFT) se trasfiere semen y óvulos a las trompas de Falopio. El ovulo y los espermatozoides están separados por una burbuja para evitar una posible fecundación dentro del catéter en el que son transportados. Posteriormente se liberan para que se produzca la fecundación, de modo espontáneo, en su lugar fisiológico.

Fecundación in vitro (FIV): Los óvulos aspirados del ovario son enfrentados a espermatozoides en el laboratorio. El embrión resultante es colocado en el útero de la mujer previamente estimulado con hormonas. Las posibilidades de éxito en el primer intento se sitúan hasta los 36 años en la mitad; entre los 38 y los 40 años, hay un 40% de éxito y de los 41 años en adelante, el porcentaje es del 20% (Goetzl, 2016).

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos (ICSI): Técnicamente es similar al FIV pero aplicado a alteraciones masculinas. Los espermatozoides elegidos son inyectados uno a uno en los óvulos aspirados (Goetzl, 2016).

Sin embargo, si estas técnicas no funcionan, o el proceso se alarga mucho y los nervios, la tensión y la dureza de los tratamientos agotan a los dos, siempre queda el recurso de la adopción. Para finalizar, cabe mencionar que las técnicas que se emplean en la pareja es caso por caso, ya que cada paciente trae consigo un problema biológico diferente y por lo tanto las diversas técnicas existentes son viables para todos (Goetzl, 2016).

Capítulo III

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA INFERTILIDAD

3.1 Definición de Emoción

Es una respuesta de todo organismo, que involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utiliza para valorar una situación concreta e influyen en el modo en el que se percibe dicha situación (Albaladejo, 2007). En cambio para Díaz (2004), la emoción es la reacción particular de un individuo a una estimulación súbita, intensa o de extrema relevancia, es decir se trata de una respuesta rápida (ya sea positiva o negativa) a estímulos relevantes para el sujeto, tanto de vista biológico como social o personal, que le significan un cambio profundo en la vida sentimental. Incluso ambos autores residen en que la emoción y habitualmente la interpretamos por sus expresiones corporales, su tono de voz y su rostro en las personas.

En relación a un sentimiento; es un estado del ánimo que se produce por causas que lo impresionan, y que pueden ser bastante persistentes y de contenido muy claro. El sentimiento surge como resultado de una emoción que permite que el sujeto sea consciente de su estado anímico.

Hay que hacer notar que la diferencia entre una emoción y un sentimiento reside en su duración, intensidad y participación vegetativa. Además de tomar en cuenta, que la emoción nos lleva a sentir y reaccionar según la experiencia, sin embargo, el sentimiento es esencial para el pensamiento (Díaz, 2004).

3.2 La función de las emociones

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Incluso las emociones tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales: Funciones adaptativas, Funciones sociales y Funciones motivacionales (Chóliz, 2005).

La primera, la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado.

La segunda, es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de las emociones permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal o promueve la conducta prosocial.

La tercera, en relación entre emoción y motivación es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada, dirección e intensidad. Podemos decir que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

Así pues, existen seis categorías básicas de emociones (Albaladejo, 2007):

- Miedo: peligro, inseguridad, incertidumbre.
- Sorpresa: sobresalto, asombro, desconcierto.
- Aversión: disgusto, asco.
- Ira: rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.
- Alegría: diversión, euforia, contentos, da bienestar y seguridad.
- Tristeza: pena, soledad, pesimismo

Analógicamente, dentro del mundo de la emociones surge el afecto como una reacción emocional dirigida hacia una persona, animal o cosa. Indica sentimientos cálidos, simpatía o deseos de ayudar y puede tomar una forma física o verbal. El afecto se pone de manifiesto primero en un tipo de conducta cercana, comunicativa y cálida.

Por lo que, el mundo afectivo y su importancia nos obligan a tener presente la gran fuerza que poseen los sentimientos para interferir en nuestro comportamiento conscientemente, pero también hay que tener en cuenta la sensación de que gran parte de las emociones son vividas y registradas inconscientemente, o minimizadas, con lo que constituyen un

material que cada individuo lleva dentro de sí en continuo crecimiento y cuyo peso real, que condiciona el comportamiento y las actitudes diarias, no se conoce bien.

Así mismo, surge el término Inteligencia Emocional como la “habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones”. Además, sugiere cuatro grandes campos de la inteligencia emocional: el primero es la conciencia de uno mismo, es decir la valoración adecuada de uno mismo, el segundo es la autogestión, o sea, el autocontrol emocional y adaptabilidad, el tercero es la conciencia social, esto es, empatía y orientación hacia el servicio y por último la gestión de las relaciones, en otras palabras, la comunicación estableciendo vínculos, trabajo y colaboración en equipo (Chóliz, 2005).

3.3 Predominancia emocional en la infertilidad

En relación con las emociones básicas y las emociones complejas o también llamadas emociones autoconscientes, debido a que cada una implica una forma de reforzar el sentido del yo, las de mayor predominancia emocional de la investigación son las siguientes:

1. El miedo: es una respuesta de alarma ante un peligro que indica que debemos protegernos, aunque también puede convertirse en un elemento limitador. Entre los más comunes está el miedo a tomar decisiones, temor a equivocarse, a ser juzgado, a ponerse en evidencia. Pero quizá a lo que más se asocia el miedo es al peligro. Aquí se podría distinguir entre el miedo del peligro que viene y el miedo que causa ir hacia el peligro. En el primer caso se trataría del miedo innato; el que juzga como peligrosa una situación a la que hay que hacer frente y, por tanto, actuar en uno u otro sentido. En el segundo caso, sin embargo, estaríamos hablando del miedo adquirido; la percepción que se tiene sobre algo que puede ser peligroso y que, en muchos casos, no lo es.

Su función es la facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa y reduce la capacidad de procesos cognitivos (Chóliz, 2005; Fernández, 2007).

2. La culpa: es un sentimiento limitador y autodestructivo que no obedece a ninguna causa concreta, o al menos a ninguna causa reconocible en primera instancia. Crea un sentimiento de inferioridad, inhabilitando y desautorizando a la persona a la hora de mantener cualquier tipo de criterio. Buscando una liberación imposible a través de un perpetuo autorreproche.
3. Ansiedad: se puede definir como una respuesta de lucha/huida. Se manifiesta en síntomas fisiológicos como: taquicardia, respiración rápida, tensión muscular, temblor, manos y pies fríos, entre otros. También presenta síntomas psicológicos como: menor concentración, dificultad para memorizar y recordar, sensación de perder el control y mente en blanco (Basáñez, 2008).
4. Angustia: es un sentimiento de opresión e inquietud, que se manifiesta en desesperación, incapacidad de reacción, malestar general y miedo, sin que exista un motivo claro y concreto (Fernández, 2007)
5. Tristeza: es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota pesadumbre, decepción, especialmente si se han desvanecido esperanzas puestas en algo. Sus manifestaciones son llanto, melancolía, desánimo, pérdida de energía, su función es la Cohesión con otras personas, especialmente con aquéllos que se encuentran en la misma situación, su proceso cognitivo es la valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado (Chóliz, 2005).
6. Frustración: es el estado que se produce cuando un factor externo (emergencia, accidente o situación, etc.) se interpone en el comportamiento cotidiano de un individuo e impide que este alcance su objetivo (familiar, laboral, personal, social etc.) a corto, medio o largo plazo.

Según Lewin (1935), existen cuatro procesos de frustración básicos que constituyen la respuesta a la pregunta ¿Por qué una persona llega a una situación de frustración? (Fernández, 2007):

- La frustración por barrera se presenta cuando la persona no puede conseguir un objetivo, ya que existe un obstáculo que se lo impide.
 - La frustración por incompatibilidad de dos o más objetivos tiene lugar cuando una persona tiene la posibilidad de conseguir dos objetivos a la vez, pero no son compatibles.
 - La frustración por conflicto evitación- evitación se muestra cuando un individuo está influenciado por dos objetivos negativos.
 - La frustración por conflicto aproximación- evitación se presenta cuando un objetivo es positivo y negativo a la vez, es decir, la persona se siente indecisa ante una situación que provoca fines positivos y negativos.
7. El estrés: es una reacción tensional que experimenta un organismo ante determinadas demandas y nos ayuda a adaptarnos, por lo que es un hecho cotidiano en nuestras vidas y no podemos evitarlo (Basáñez, 2008; Fernández, 2007).
 8. Ira: reacción habitualmente irritante provocada por sentimientos negativos. Además nos ayuda a poner límites ante abusos o agresiones. Los cambios físicos más significativos son fruncir ceño, tensar músculos, enrojecimiento facial, respiración más rápidamente además de Inseguridad, baja autoestima, Inmadurez emocional, escasa tolerancia a la frustración, soberbia, entre otros. Su función es la movilización de energía para las reacciones de autodefensa o de ataque. Y el proceso cognitivo implicado es la incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de procesos cognitivos (Chóliz, 2005).
 9. Control o dominio de una situación de crisis: es la capacidad que posee en individuo para afrontar o evadir los acontecimientos estresantes o desagradables que puedan surgir en su entorno (Fernández, 2007).

3.4 Impacto psicológico en la infertilidad

El problema de la infertilidad está adquiriendo una presencia cada vez mayor en las sociedades desarrolladas, debido fundamentalmente al retraso en la edad de procrear de la mujer, aumento de avances científico-tecnológicos que se han producido en las últimas

décadas en el campo de la reproducción asistida, a la atención de las personas con este problema (crecimiento exponencial de centros de asistencia públicos y privados), la toma de conciencia social de que este fenómeno interviene con los patrones de vida, y a la disminución que se viene apreciando en la calidad del semen en los hombres, por lo que no es extraño que se contemple un futuro en el que el proceso de reproducción humana pase cada vez más por la ayuda de procedimientos de reproducción asistida: Fertilización In Vitro (FIV), Donación de esperma, óvulos o embriones, etc., (Llavona,2008).

Sin embargo, ha de notarse que cuando intentamos profundizar en el conocimiento psicológico de la infertilidad, nos encontramos con un sesgo serio: la inmensa mayoría de los datos con que se cuenta provienen de estudios realizados sobre personas encontrándose con problemas para tener hijos, que se han acercado a un Centro Sanitario relacionado con la reproducción humana. Por otra parte, debe reconocerse la dificultad de acceder al colectivo de parejas infértiles existentes en la población general, considerando que en muchos casos se desconoce por parte de la pareja esta situación, y en otros se cubre con un velo de silencio (Llavona, 2008).

A consecuencia de las alteraciones de la vida moderna, como estrés, obesidad, tabaquismo, drogadicción, infecciones de transmisión sexual y posponer la maternidad cada vez a mayor edad, en México se proyecta que para 2050 el 50 por ciento de las parejas tendrán problemas de fertilidad. La situación es consecuencia de la vida actual, y en el caso de los varones se ha detectado que el franco deterioro de semen es provocado por diversos contaminantes, medicamentos u otros factores. Y en el caso de las mujeres una de las principales causas será lograr embarazarse de forma natural por la postergación de la maternidad, aunado a más casos de alteraciones como la endometriosis, exceso de ejercicio, etc.

Hay que hacer notar que la búsqueda del embarazo en parejas con infertilidad genera alteraciones psicológicas, como el estrés, la ansiedad, depresión, baja autoestima, ira, sentimientos de culpa y pérdida de control de la propia vida. Puesto que especialistas sostuvieron que el 28 por ciento de ellas abandonan los tratamientos en forma prematura por esa situación provocada por factores económicos, problemas de pareja como la comunicación, conflictos sexuales y procedimientos complicados. Aunado a ello, se reduce el deseo sexual, y se pueden presentar problemas de eyaculación, disfunción eréctil, dificultades para conseguir el orgasmo e insatisfacción, entre otros. Otra de las

causas que pueden provocar esas alteraciones son las pruebas y tratamientos para detectar la causa de la infertilidad, citas médicas constantes y abandono de actividades cotidianas.

Ante esa situación, el director Ranferi Gaona del centro especializado en esterilidad y reproducción humana (CEERH) recomendó buscar tratamientos menos complicados, así como contar con apoyo psicológico para sobrellevar mejor ciertos momentos clave de las terapias, así como no postergar la consulta, ya que los estudios para diagnosticar la infertilidad pueden llevar tiempo (azteca noticias,2013).

Así mismo, la profesora Ana Julia Antonio Suárez, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), reveló que a nivel mundial se estima que entre 15 y 20 por ciento de las parejas presentan infertilidad, ante ello, comentó que proliferan clínicas de fertilidad, en las cuales mediante distintas técnicas propias de la biología de la reproducción humana apoyan a las parejas a lograr un embarazo. También señaló que la biología de la reproducción es una subespecialidad de la ginecología, en donde se atiende en especial a quienes sufren infertilidad para intentar un embarazo con técnicas como inseminación artificial, en el que el éxito es de 30 por ciento, o la fecundación in vitro, con 40 por ciento (azteca noticias,2013).

De modo similar, en relación a España, se estima que entre un 15 y un 18% de las parejas españolas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula además que de un 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. A si pues los cambios sociales, culturales o económicos ayudan a explicar, al menos en parte, esta tendencia. Por ejemplo el pleno acceso a estudios superiores de la mujer y su posterior inclusión en el mercado laboral, con la consiguiente demora en la intención de tener hijos, dadas las dificultades en conciliar la vida familiar o la posibilidad de cambiar de pareja sentimental a lo largo de la vida y de desear formar una nueva familia con dicha pareja, constituyen factores relevantes para explicar la demora en la decisión de tener hijos. El problema es que las probabilidades de embarazo, tanto de modo natural como a través de técnicas de reproducción asistida, descienden con la edad y así, si en una mujer por debajo de 35 años, las posibilidades de éxito de estas técnicas se sitúan en el 40%, y en una de 40 años se reducen a un 15% (Llavona,2008).

No obstante, un punto en el que parece haber gran consenso entre los estudiosos del impacto psicológico de la infertilidad es que el descubrimiento de la infertilidad supone una crisis importante en la vida de las personas implicadas porque el factor general es el deseo de tener un hijo biológico. Por ello es que la pareja inicia un tratamiento de reproducción asistida, y el que se haga patente la incapacidad de lograrlo por el “procedimiento natural” que la humanidad ha seguido a lo largo de su existencia, en el momento de la vida que uno quiere, ha de producir sin duda una sorpresa y una cierta frustración. La sorpresa proviene de estar ante una situación inesperada, puesto que existe en los humanos la creencia arraigada de que “la procreación es un proceso voluntario”, que cualquier persona puede alcanzar con la sola condición de realizar frecuentes interacciones coitales. Además, esta creencia se ha de ver fortalecida indirectamente por el hecho de que las sociedades desarrollan esfuerzos en relación con el control de los embarazos no deseados, que deja la idea latente de que el embarazo ocurrirá si no se ponen medios que lo impidan (Llavona,2008). Más aún:

“Una posición de la que se debe partir a la hora de analizar el deseo de paternidad biológica es el referente de la virilidad-masculinidad o la feminidad, la incapacidad para tener hijos “por uno mismo” pondrá en cuestión la identidad personal, pudiendo sembrar dudas sobre “el grado de hombre o mujer” que uno es”, (Carmeli y Birenbaum-Carmeli, 1994; Deveraux y Hammerman, 1998; Williams, 1997; como se citó en Llavona, 2008).

Este cuestionamiento sobre la identidad personal, puede llegar a modificar el concepto que se tenía sobre uno mismo hasta ese momento, devaluándolo, y convertirse en el responsable de desencadenar en las personas con problemas de infertilidad pensamientos de desvalorización personal. Así mismo, numerosos estudios encontraron que en las parejas que acudían a Centros de reproducción asistida estaban presentes diversos tipos de autovaloraciones negativas: Baja autoestima, sentimientos de inferioridad, valoración de sí mismos como incompletos o con algún defecto y pobre autoimagen (Llavona, 2008).

Además, en investigaciones controladas han ido apareciendo datos que van confirmando el tipo de problema y la magnitud. En esta dirección destacan los resultados de la investigación de Oddens et al. (1999) realizada sobre una muestra de 281 mujeres que esperaban para recibir tratamientos de reproducción asistida, en tres países distintos (Bélgica, Holanda y Francia), que fue comparada con otras 289 de características similares, pero sin problemas de fertilidad (grupo control). Aparecieron diferencias

significativas entre los dos grupos en los siguientes aspectos, con la prevalencia que se indica para el grupo que se investigaba: 1) Sentimientos negativos y autovaloraciones negativas (sentirse inadecuado (44,8%), deprimido (77,9%), dañado (84,4%), culpable (37,4%), aislado (50,5%), con ira (73,3%), avergonzado (37,2%), perturbado (77,0%). 2) Relaciones de pareja (apoyo del compañero (92,9%), compañero alterado (37,5%), mal compañero (67,7%), menor satisfacción con la relación (8,7%), relación menos estrecha (4,5%). 3) Sexualidad (menor interés sexual (31,5%), menor satisfacción sexual (20,6%), menor placer sexual (25,7%), menor espontaneidad en el sexo (48,1%), menor frecuencia coital (22,3%). Además, se encontraron también diferencias significativas en el estado de ánimo depresivo, en la capacidad de concentración y memoria, en ansiedad-miedos y en la atractividad. Una de cada cuatro pacientes (24,9%) presentaba trastornos depresivos frente a sólo el 6,8% de los controles. En cambio, los varones, sufren la presión de la familia y de su entorno social para tener descendencia, al tiempo que soporta igualmente la presión de tener que “cumplir” sexualmente en los periodos fértiles, todo lo cual puede crear conflictos con su pareja (Melheus, 1992). Aunque generalmente es la mujer la que se ve expuesta, las investigaciones han demostrado que, a medida que se someten a un mayor número de tratamientos, los varones sufren al ver lo que pasa su pareja, lo que aumenta su culpa, desesperanza y falta de control (Llavona, 2008).

Ahora bien, con respecto a las estrategias de afrontamiento que estos pacientes ponen en marcha para afrontar este suceso vital estresante, varias investigaciones evidencian que las mujeres en reproducción asistida tienden a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas o evitativas y a experimentar más sentimientos de culpa sobre la infertilidad, y en definitiva, más desajuste emocional. De ahí que sean un grupo de riesgo de experimentar sentimientos negativos hacia sí mismas y aislamiento. Otro aspecto objeto de creciente interés es la evaluación de la dinámica de la pareja y así varios estudios indican que las parejas que perciben niveles similares de estrés social relacionado con la infertilidad obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en ajuste marital que las parejas que tienen diferentes percepciones (Besada, 2007).

El apoyo entre los miembros de la pareja parece ser entonces un elemento esencial en el proceso de adaptación y afrontamiento de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida. Estrechamente relacionado con este aspecto es la existencia de una adecuada red social y especialmente, el apoyo social percibido (Baron, 2017).

3.4.1. La prueba DERA

En España fue creada el DERA; Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (Moreno, Rosset, Antequera y Jenaro, 2008) una prueba en un intento de contribuir al desarrollo de la Psicología de la Reproducción como un ámbito aplicado de la Psicología de la Salud y al mismo tiempo, con el objetivo de conocer el desajuste emocional, como es la valoración de posibles alteraciones que pueden presentarse a nivel emocional, fruto de la necesidad de hacer frente a un hecho estresante, que no reúnen las características ni los criterios necesarios para poder ser considerados trastornos psicopatológicos.

El DERA es un instrumento compuesto por 48 elementos con respuestas en una escala Likert de 5 puntos que permite conocer el grado de acuerdo del individuo con cada uno de los enunciados que se le presentan. Puede ser aplicado de modo individual o colectivo, a hombres y mujeres infértiles a partir de los 18 años de edad. Su aplicación se realiza en 10-15 minutos. Con un solo instrumento, el psicólogo puede hacer un cifrado del estado emocional de los miembros de la pareja y de sus recursos personales y sociales, así como de la congruencia en las valoraciones de ambos miembros, lo que permite programar la intervención o apoyo psicológico adecuado al caso.

El instrumento se compone de cuatro factores, que miden: a) Desajuste Emocional (DA); b) Recursos Personales (RP); c) Recursos Interpersonales (RI) y d) Recursos Adaptativos (RA), compuesto por la suma de los dos últimos factores (RP y RI). Para más detalles puede consultarse Moreno-Rosset, Jenaro y Antequera (2008).

3.5 La sexualidad en la pareja infértil

Del origen del mundo a la evolución de los seres, emergen diferentes deseos. Uno de ellos y del cual dependemos que sigamos existiendo en el planeta tierra es el deseo por dejar una parte de mí en el mundo. Así piensa la mayoría de las personas cuando llevan al periodo de la madurez reproductiva y el anhelo por tener un hijo se hace parte en determinada etapa de la vida. Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico de infertilidad, su efecto sobre la sexualidad tiene un gran impacto en la pareja y relación con la imagen que uno tiene sobre sí mismo. Porque ya no es un acto de placer para la pareja, ahora se convierte en una actividad con fines reproductivos. Por ende este

proceso puede unirlos aún más a pesar de la tristeza y la esperanza callada o puede poner de manifiesto sentimientos de culpa, resentimiento o por el contrario, sentimientos de apoyo y comprensión mutua, pues se trata de una situación compartida nunca antes experimentada por ambos (Torres, 2013).

Además, el encargado de la clínica de fertilidad y biología de la reproducción humana del ISSEMyM, Jorge Barrera Bobadilla, indico que el no poder procrear afecta severamente de manera psicológica y emocional principalmente a las mujeres, por los estereotipos sociales respecto a la composición de las familias, de tal manera que puede impactar en la relación de pareja, tanto que puede haber divisiones conyugales, divorcios y separaciones. También el especialista comento que en nuestro país, un gran porcentaje de las parejas infértiles no tienen acceso a tratamientos médicos especializados, ya que no hay una buena cobertura en México, pero también porque es muy costoso en el sector privado iniciar un proceso para poder concebir (S/A, 2013).

3.6 El papel del psicólogo en la infertilidad

El campo de intervención del psicólogo en la infertilidad es amplio. Ejercer la función asistencial es importante no sólo para el sostenimiento emocional de la pareja y la familia, sino también como ayuda para el equipo médico. Sin embargo, otro campo importante y que genera una posición trascendente y vital del psicólogo dentro de los equipos multidisciplinarios de salud, es la investigación. Investigar las consecuencias psíquicas que producen el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad hace que se torne indispensable el psicólogo como apoyo para la pareja.

Así mismo, un diagnóstico integral y preciso permitiría un trabajo más eficaz, dado que representaría un ahorro de dinero y de coste emocional para aquella mujer que, habiendo acudido a un especialista, necesita el diagnóstico apropiado para su dolencia. Puesto que los pacientes atraviesan por tres fases importantes: la primera es la del diagnóstico, la segunda es la del tratamiento y la tercera es la de resultados (Roa, 2008).

Considerando que la información que se ha venido analizado sobre las distintas alteraciones psicológicas, pone de relieve la necesidad de la actuación del psicólogo en este campo de atención a las parejas con problemas de infertilidad; por lo que en la intervención se puede actuar con una reestructuración de los valores de la paternidad

biológica, del autoconcepto, intervención para el manejo y prevención de la ansiedad, los comportamientos depresivos y la culpabilidad, normalización de la sexualidad, y el aislamiento social, el fortalecimiento de la relación de pareja, en relación con la comunicación directa, la toma de decisiones, el apoyo emocional y la relación sexual.

Así mismo la preparación para las intervenciones médicas a las que han de hacer frente y sus consecuencias (tanto durante el proceso de intervención como para el fracaso), y para una relación asertiva con los profesionales de la salud, integrantes de los equipos de atención en el proceso de reproducción asistida.

CAPITULO IV

RESILIENCIA, DUELO Y ADOPCIÓN EN LA ETAPA ADULTA

El siguiente capítulo constituye una descripción detallada de cada uno de los elementos de la resiliencia, que fueron utilizados para el desarrollo de la investigación, incluyendo las relaciones más significativas que se dan entre los elementos del concepto. Ya que la resiliencia es considerada actualmente como un componente de la salud mental. Su función es desarrollar la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido y transformado por las experiencias de la adversidad.

De esta manera, la psicología positiva detecta como objeto de investigación las potencialidades y cualidades humanas, resaltando las virtudes, en oposición a la psicología tradicional. La psicología positiva es un enfoque prometedor de la psicología de la salud. Pues parte de la experiencia subjetiva positiva de los rasgos individuales positivos y sociales que permiten mejorar la calidad de vida. Por lo que el concepto se utiliza dentro de este ámbito y fue al final de la década de los 70's que se comenzó a utilizarse en las ciencias sociales el concepto de resiliencia ante la observación y constatación de que algunos niños nacidos y crecidos en contextos familiares problemáticos, crecían saludables y no demostraban carencia a nivel biológico ni psicosocial y conseguían superar las adversidades con una gran significativa calidad de vida (Fernández et al, 2015).

4.1 Definiciones de la Resiliencia

La resiliencia según Edith Henderson Grotberg (2001), es “la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas”. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez (Rojas, 2010).

Según Pereira (2007), “La resiliencia es un proceso dinámico, que tienen lugar a lo largo del tiempo, y se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno, entre la familia y el medio social. Es el resultado de un equilibrio entre factores de riesgo,

factores protectores y personalidad de cada individuo, funcionalidad y estructura familiar, y puede variar con el transcurso del tiempo y con los cambios de contexto. Implica algo más que sobrevivir, más o menos indemne, al acontecimiento traumático, a las circunstancias adversas. Incluye la capacidad de ser transformado por ellas e incluso construir sobre ellas, dotándolas de sentido, y permitiendo no sólo continuar viviendo, sino tener éxito en algún aspecto vital y poder disfrutar de la vida. La resiliencia se construye en la relación” (Puig y Rubio, 2011).

“La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves” (Vanistendael, 2013).

La resiliencia se refiere a la resistencia psicológica; donde se construye en la adversidad, para mejorar cada vez más el manejo de cambios turbulentos de la presión continua y reveces que azotan la vida. En la cual hay dos niveles de resistencia; uno en respuesta positiva y otro en respuesta negativa. (Al Siebert, 2007).

Todas estas definiciones convergen, pues insisten en la resistencia a un trauma, a un suceso o a un estrés considerado grave, y en una evolución posterior, satisfactoria, socialmente aceptable.

Bajo estos conceptos, la definición de resiliencia para esta investigación será la capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas y de adaptación al entorno.

Conforme al concepto de resiliencia podemos entender, que el ser humano es capaz de sobreponerse ante situaciones problemáticas de riesgo que pueden generar un cambio drástico en la forma en que el ser humano se comporta en la vida cotidiana, es un poder que todos pueden tener pero que pocos llevan a cabo, para afrontar adversidades y desarrollar habilidades necesarias para la resistencia emocional y rendimiento físico, que genere un equilibrio y así sobreponerse a situaciones que pudiesen ser traumáticas visualizando un futuro mejor ante el resultado del buen manejo de resiliencia., comenzando desde muy pequeños a controlar situaciones de riesgo. Aunque las definiciones varían entre textos se puede notar que lo principal en los conceptos es resistir y sobreponerse, dando un giro de lo negativo a lo positivo y así aclarar las situaciones adversas.

A la hora de enfrentarse a los problemas encontramos dos tipos de personas, los que creen que sus problemas son más grandes que ellos mismos y los que solucionan el problema aplicando la resiliencia. Para eso hay que aceptar que la vida no es justa y debemos valorar lo que tenemos y a nosotros mismos y debemos comprometernos a solucionar los problemas con responsabilidad y de forma positiva.

Como se ha dicho, la resiliencia es un concepto de la vida diaria, sin embargo, como tal no es conocido, más bien es transformado en palabras populares como: ánimo, tú puedes, si se puede, tienes que salir adelante por "x" situación, etc., En efecto tendría que ser un modo aprendido que se enseñe desde la infancia pues tendría enormes resultados de salud mental y ahorraría posibles trastornos mentales futuros., además, de tomar en cuenta nuestra capacidad de flexibilidad de pensamiento ante la percepción a la adversidad que paraliza o mueve a seguir adelante y disfrutar la vida.

Por lo que tenemos que tomar en cuenta, que la resiliencia; nunca es absoluta, total, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma puede superar los recursos del sujeto. Varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y puede expresarse de modos muy diversos según la cultura.

En definitiva, la resiliencia es un proceso que requiere de tiempo, de recursos personales y familiares, y que varían de individuo a individuo para aumentar la capacidad de desarrollo de cualquier esfera psicosocial.

Según Infante (2005) y Rutter (1999 y 2012). La resiliencia está formada por tres componentes esenciales: 1) la capacidad para afrontar, 2) la capacidad para continuar desarrollándose y 3) la capacidad de aumentar las competencias (Fernández et al, 2015).

4.1.1 Las fuentes de la subjetividad resilientes

Según E. Grotberg (2001), podemos incentivar la resiliencia en cualquier etapa de la vida en que nos encontremos. La tarea de desarrollar la resiliencia dentro de cualquier grupo, cualquiera que sea la edad de sus miembros, se facilita si uno piensa en términos de ladrillos para la construcción del crecimiento y el desarrollo. Estos ladrillos corresponden a

las edades y etapas del desarrollo comunes a todas las personas, identifican y delimitan los factores resilientes que pueden promoverse de acuerdo a la edad (Rojas, 2010).

Grotberg propone estas fuentes de la resiliencia a partir de cómo podemos entender cómo percibe alguien subjetivamente sus recursos resilientes. Ella organizó estos factores de la siguiente manera: en el entorno social los **yo tengo**, como recursos personales, intrapsíquicos los **yo soy** y **yo estoy** y como capacidades propias los **yo puedo** (Bauer et al, 2007).

Yo tengo (apoyo externo)

1. Una o más personas dentro de mi grupo familiar en las que puedo confiar y que me aman sin condicionamientos, es decir, de forma incondicional; 2. Una o más personas fuera de mi entorno familiar en las que puedo confiar plenamente; 3. Límites en mi comportamiento; 4. Personas que me alientan a ser independiente; 5. Buenos modelos a imitar; 6. Acceso a la salud, a la educación y a servicios de seguridad y sociales que necesito; y 7. Una familia y entorno social estables.

Yo soy (fuerza interior)

1. Una persona que agrada a la mayoría de la gente; 2. Generalmente tranquila y bien dispuesta; 3. Alguien que logra aquello que se propone y que planea para el futuro; 4. Una persona que se respeta a sí misma y a los demás; 5. Alguien que siente empatía por los demás y se preocupa por ellos; 6. Responsable de mis propias acciones y acepto sus consecuencias; 7. Segura de mí misma, optimista, confiada y tengo muchas esperanzas.

Yo estoy (fuerza interior)

1. Dispuesto a responsabilizarme de mis actos; 2. Seguro de que todo saldrá bien.

Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos)

1. Generar nuevas ideas o nuevos caminos para hacer las cosas; 2. Realizar una tarea hasta finalizarla; 3. Encontrar el humor en la vida y utilizarlos para reducir tensiones; 4. Expresar mis pensamientos y sentimientos en mi comunicación con los demás; 5. Resolver conflictos en diferentes ámbitos: académico, laboral, personal y social; 6. controlar mi comportamiento: mis sentimientos, mis impulsos, el demostrar lo que siento, y; 7. pedir ayuda cuando la necesito.

Estos factores resilientes pueden promoverse por separado. Sin embargo, cuando una persona se enfrenta a una situación adversa, se combinan todos los factores tomándolos de cada categoría, según se necesiten. La mayoría de las personas ya cuentan con algunos de estos factores, sólo que no poseen los suficientes, o quizá nos saben cómo utilizarlos contra la adversidad. Otras personas, en cambio, sólo son resilientes en una determinada circunstancia y no lo son en otras.

Al Siebert (2007), Menciona ciertas cualidades de la resiliencia: optimismo, fortaleza, resistencia al estrés, crecimiento postraumático, creatividad, inteligencia emocional. Para mejorar las emociones negativas como miedo, rabia, ansiedad, angustia, desesperación y desamparo, que reducen la capacidad para solucionar los problemas a los que se enfrenta y debilitan su resiliencia. Además, los miedos y las preocupaciones constantes debilitan el sistema inmunitario y aumentan su vulnerabilidad a las enfermedades.

La resistencia como respuesta: no es fácil, pero vale la pena. Se permiten sentir pena, ira, sensación de pérdida, y confusión mientras están dolidos y angustiados, pero no dejan que esto se convierta en sentimientos permanentes. El resultado inesperado es que no solo no lo superan, sino que a menudo salen más fortalecidos que antes.

4.1.2 Pilares de la resiliencia: cómo promover nuestra propia resiliencia.

Los llamados pilares de la resiliencia son aquellas características que se han descrito en los individuos resilientes y permiten especificar las subjetividades resilientes. Estos pilares están integrados por factores generales que forman parte de la personalidad y a la perspectiva de la vida de cada individuo, y son independientes de la naturaleza de la adversidad; por ejemplo, el convencimiento de que vivir merece la pena (Bauer et al, 2007):

- El primero, es la base de todos los pilares; la autoestima, que se desarrolla desde la primera infancia y se vincula con el reconocimiento, que va produciendo un yo seguro, y un yo consciente.
- Otro pilar importante es la creatividad, que empieza a desarrollarse con el juego infantil. Es un elemento que permite el desarrollo cognitivo y todo lo que viene después desde ese lugar. Así mismo permite procesar las experiencias

traumáticas con menos angustia, y es un recurso para afrontar situaciones de estrés.

- Otro pilar esencial es la capacidad de relacionarse, es otro elemento básico de la posibilidad de producción de resiliencia. incluyendo la ambivalencia de sentimientos, aceptando los aspectos positivos y negativos de los otros y de sí. si está muy bloqueado es muy difícil, porque no puede haber ahí un vínculo nuevo que vaya sanando las heridas que vienen de otros vínculos negativos que el sujeto ha sufrido en su vida.
- Otro pilar importante es el humor, que es la capacidad de sonreír al enfrentarnos a la adversidad; este garantiza la relación con los otros y el poder superar situaciones penosas. Es muy útil como valor pronóstico: pues es un recurso humano muy importante que todos usamos constantemente. Además, el humor se divide en dos tipos: el humor constructivo: que conserva la confianza o la recupera, acepta limitaciones con una sonrisa y es inesperado., y el humor destructivo: que es agresivo y llega a infligir heridas terribles.

Vanistendael et al, (2013), con sus colaboradores mencionan que el humor constructivo, es una característica de como la resiliencia, reconoce la existencia de problemas y abre nuestros corazones y mente a la esperanza. De la misma manera que otros aspectos que contribuyen a la resiliencia, el humor también se pervierte a veces con el cinismo, la ironía amarga y el sarcasmo, que insisten en los aspectos negativos de la vida y niegan la existencia de aspectos positivos en situaciones dadas. No obstante, al hacer esto se alejan profundamente de la realidad.

- Otro pilar es la moralidad, (Bauer et al, 2007), entendida en un sentido muy inmediato, de querer para los otros el mismo bienestar que uno quiere para sí mismo, tener cierto sentido de valores, la posibilidad de dar al otro el lugar de un legítimo otro. Asimismo este pilar incluye la independencia como principio de realidad para juzgar alguna situación adversa., la capacidad de iniciativa, como elemento de poder plantearse nuevos desafíos y cumplirlos y la introspección, que es la capacidad de hacerse una pregunta sobre uno mismo y darse una respuesta honesta.

- Como último pilar de la resiliencia es la capacidad de pensamiento crítico, pensada como una adaptación como mera adecuación a una situación social determinada.

4.1.3 Como aprender a ser resistente (resiliente)

Una combinación de factores contribuye a desarrollar la resistencia o resiliencia, uno de los factores más importantes es tener relaciones de cariño y apoyo dentro y fuera de la familia. Relaciones que emanan amor y confianza, que proveen modelos a seguir, y que ofrecen estímulos y seguridad, contribuyen a afirmar la resiliencia de la persona (APA, 2017).

Como aprender a ser resistente (Al Siebert, 2007).

- Mantener la calma al estar sometido a presión, sobreponerse a los reveses y evitar que se les agote la resistencia.
- Mejorar sus habilidades para solucionar problemas utilizando distintos métodos: analítico, creativo y práctico.
- Mantener el sentido del humor, el optimismo y los sentimientos positivos en los momentos más duros.
- Liberarse de las barreras interiores de la resistencia mediante el fortalecimiento de su persona interior, de manera saludable y sobreponiéndose al obstáculo del niño bueno.
- Sobreponerse a la tendencia de sentirse víctima y mantenerse alejados de las reacciones victimistas de los demás.
- Potenciar sus habilidades complejas, tales como el desinterés egoísta, el pesimismo optimista y el inconformismo cooperador.
- Desarrollar una manera de resistir propia, teniendo confianza en sí mismo y responsabilidad social.
- Descubrir de qué manera su deseo natural por aprender es lo que hace que su vida sea cada vez mejor.
- Trasformar la desgracia en buen afortuna y dominar el arte de la resistencia.

Las personas resistentes son las que deciden de manera consciente, actuar de la mejor forma para sobrevivir, adaptarse y hacer que las cosas salgan bien.

4.1.4 Cinco niveles para promover la resiliencia

Los pasos para desarrollar sus habilidades y la fortaleza para resistir siguen una jerarquía de cinco niveles. Consisten en conseguir lo siguiente: (Al Siebert, 2007).

- 1- Optimizar su salud y su bienestar,
- 2- Desarrollar una buena capacidad para solucionar problemas.
- 3- Desarrollar guardianes interiores.
- 4- Desarrollar habilidades de resistencia de alto nivel.
- 5- Descubrir su talento para la serendipia.

El primer nivel le enseña cómo crear y seguir un plan personal para optimizar su salud y su energía mediante unas nociones prácticas sencillas, es decir suponen manejar sus sentimientos de, manera emocionalmente competente en momentos de cambio o presión excesiva.

El segundo nivel le prepara a mirar hacia afuera con el fin de solucionar problemas.

El tercer nivel se centra en el interior, en las dos dimensiones cuerpo-mente que determinan la resistencia: una autoestima fuerte, confiada en sí mismo y un concepto positivo basado en valores morales.

En el cuarto nivel desarrolla las habilidades que tienen unas personas muy resistentes. Es decir, el poder de la esperanza.

El quinto nivel es el nivel superior de resistencia. Las personas que alcanzan este nivel sacan lo mejor de sí y con grandes cambios. No luchan contra los cambios perjudiciales porque aceptan rápidamente las nuevas realidades.

4.1.5 Mecanismos protectores específicos

También llamadas respuestas amortiguadoras que se activan en la persona como consecuencia de la situación estresante concreta o suceso potencialmente traumático y que varían de persona a persona (Rojas, 2010).

La resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Existen tres enfoques complementarios.

1. Enfoque de protección: son todas aquellas variables que disminuyen la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, creando cierta inmunidad ante el mismo y si esto se logra, la resiliencia no sería necesaria. Como el autocuidado, asertividad, manejo adecuado de tiempo libre, habilidades de comunicación, toma de decisiones, proyecto y sentido de vida, valores firmes, práctica sistémica de algún deporte, aprecio por su salud, entre otros.
2. El enfoque de riesgo: se centra en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico, psicológico o social.
3. El enfoque de resiliencia: describe la existencia de verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, atenuando así sus efectos y, a veces, transformándolas en factor de superación de la situación difícil.

El último enfoque deriva respuestas más conscientes que requieren de un compromiso con el comportamiento resiliente. Este se inicia con un “darse cuenta” o “insight” de la adversidad, luego se selecciona la clase de respuesta apropiada, se logra aprender de la experiencia, se valora el impacto sobre otras personas para no perjudicarlas y se reconoce el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida.

En síntesis, las metas de la resiliencia son la salud mental y emocional de las personas. Las tareas son arduas, para lograr estas metas, debemos profundizar en el conocimiento de los factores, a fin de construir entre todos unos ambientes que los promueva, desde las personas y desde los distintos organismos de la sociedad (familias, escuelas, clubes, etc.).

A continuación, se presentan, algunos factores del enfoque de resiliencia: (Kalber et al, 2009; Rojas, 2010).

Insight o darse cuenta

Es la habilidad de ver rápidamente la situación de riesgo en que se encuentra, de hacerse preguntas duras y difíciles y darse respuestas honestas. Esta capacidad le permite contrarrestar las reflexiones distorsionadas de los que lo rodean, poner el problema donde corresponde, reducir la ansiedad, dar la respuesta adecuada y tomar la decisión de salir de la línea de fuego.

Empatía interpersonal y social

Es la capacidad de sentir con y como los demás, de ponerse en la piel de los otros en el dialogo interpersonal, liberándose de los prejuicios sobre ellos, despojándose de contenidos o afectos anteriores a la situación presente, para dar una acogida espontánea y establecer una sintonía vital con los demás.

Esta habilidad también otorga al individuo la posibilidad de conectarse, de ser querido, de atraer y de reclutar una red de apoyo social fuera de la familia, tan necesaria cuando se tienen que enfrentar a situaciones de adversidad.

Conexiones afectivas y el otro significativo

Un elemento necesario es la conexión afectiva con los demás, aunque solo sea con una persona. Aquellos individuos que se vinculan con otros superan los escollos que les plantea la vida mejor que quienes no cuentan con la atención y el afecto de algún semejante.

El otro significativo es esa persona que logra que se desarrollen las fortalezas, las potencialidades de un sujeto y que tiene determinadas características que se pueden describir y que se pueden asumir también, una vez que uno las conoce. Así mismo para que alguien sea significativo en un proceso de desarrollo tiene que estar congruentemente, es decir, estar auténticamente, estar presente allí, estar afectivamente comprometido, sabiendo y pudiendo colocarse en el lugar del otro, en la situación de ese sujeto que de alguna manera te necesita (Bauer et al, 2007).

Recapitulando los factores de resiliencia son diversos y son las herramientas necesarias para llevar a cabo el afrontamiento de forma conductual y cognitiva para un autocontrol de vida, así con ello tener mayor crecimiento para una competencia positiva y resolver conflictos de forma autónoma que permitan expresar sentimientos y emociones que en muchas ocasiones son reprimidas por días e incluso años, así pues se tendría mayor

control y conocimiento de nosotros mismos,, vale destacar que el pedir ayuda no nos hace débiles, pues por naturaleza se necesita de otro para que te apoye y ese otro puede tener mayor capacidad de resiliencia donde el ve lo que el otro no, luego el contar con apoyo familiar o amigos resulta más fácil tomar el ejemplo de imitación y continuar avanzando.

4.2 DUELO EN LA ADULTEZ

El dolor asociado a una experiencia de infertilidad o esterilidad es similar al que se experimenta ante la pérdida de un ser querido. Es difícil imaginar, desde fuera, la multitud de sentimientos que invaden a una pareja cuando el proceso de búsqueda de un embarazo se alarga y los días, meses y años van pasando sin que el deseado bebé se anuncie.

Por lo que es necesario que la pareja viva un proceso de duelo con respecto a la infertilidad. Difícilmente podrá “tapar” un dolor tan intenso y profundo, es mejor reconocerlo (Tame, 2007).

Pues las personas que están sumidas en el bucle de los tratamientos de fertilidad fallidos una y otra vez, van pasando por todo ese proceso sintiendo que han perdido su poder, que su futuro y su vida está en manos de terceros, en los que depositan su confianza, perdiéndose a sí mismas por el camino y sin tener conciencia de lo que está sucediendo.

La palabra duelo da miedo porque se confunde erróneamente con el olvido del ser querido, esto es falso porque lo que ocurre es lo contrario, el trabajo del duelo es la garantía de que no olvidaremos (Fauré C., 2004).

El proceso del duelo se efectuará tanto si se desea como si no. Como se ha dicho duelo es un proceso natural que tiende a la curación psíquica. Pero en ocasiones, debido a múltiples razones, el problema se interrumpe, parece quedar en suspenso pero es una ilusión pensar que por ello ha concluido (Fauré C., 2004).

4.2.1 Concepto de duelo

El duelo es la respuesta psicológica –sentimiento y pensamiento- que se presenta ante la pérdida de un ser querido. Dicha respuesta es totalmente subjetiva y depende de las

estructuras mentales y emocionales de quien la vive, lo cual determina si se involucran o no síntomas físicos en ella. Eso quiere decir que si bien el dolor ante una pérdida es inherente a los seres humanos, los sistemas de creencias que tengan quien lo sufre modifican sustancialmente su expresión y desarrollo, haciéndolo más manejable, en unos casos, o por el contrario, mucho más complejo de lo que en realidad (Rojas, 2008).

Es fundamental entender el duelo como un proceso de movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos.

Rojas (2008), menciona a H.I. Kaplan, reconocido psiquiatra y autoridad mundial sobre el tema, define así las características de un duelo normal:

- Aturdimiento y perplejidad ante lo ocurrido.
- Dolor y malestar- llanto y suspiros.
- Sensación de debilidad.
- Pérdida del apetito, peso y sueño.
- Dificultad para concentrarse y hablar, entre otros.
- Sentimiento de culpa.
- Negación, como si la persona fallecida no hubiera muerto.
- A veces, ilusiones y alucinaciones respecto al fallecido, con sensaciones de presencia.

4.2.2 Fases o etapas del proceso de duelo en la infertilidad

Según Vicenta Giménez psicóloga y coordinadora del Grupo de Psicología de la Sociedad Española de Fertilidad, menciona que la infertilidad es una experiencia que implica múltiples pérdidas o duelos para cada uno de los miembros de la pareja, como son las del control de los aspectos de nuestra vida, la interrupción de la continuidad genética y del enlace entre pasado y futuro, la imposibilidad de tener un hijo con la persona que amamos, y, sobre todo, una pérdida de autoestima, debida a la sensación de

no estar capacitados para llevar a cabo una función que es natural en el ser humano (Ceballos, 2015).

Según la Dra. Elisabeth Kubler-Ross, en su libro “OnDeath and Dying” menciona las fases del dolor que enumera tras la pérdida de un ser querido, denomina que son “cinco fases del proceso de duelo”, resumen muy bien el cúmulo de sensaciones que nos invaden en esta etapa de nuestras vidas: (Ceballos, 2015).

- Shock y negación.
- Ira o enfado.
- Desesperanza
- Dialogo y negociación.
- Aceptación
- Las alternativas y la esperanza.

La primera fase, de **Shock**, es la que algunos especialistas denominan de negación y aislamiento, y es por ello que suele ser frecuente que durante la misma pidamos otro diagnóstico. En esta fase es normal sentir miedo, evitación, confusión, insensibilidad, y culpa. En esta fase tendemos a evitar el problema y a buscar una manera de salir del mismo a través de excusas, como la necesidad de vacaciones o pensar que la infertilidad va a ser realmente un problema temporal que acabará por resolverse solo (Ceballos, 2015). De modo similar Muñiz (2011) menciona la negación como primer etapa del duelo donde la personas se niega a aceptar la evidencia de la perdida, mostrándose incrédula y le parece que todo es una pesadilla. Asimismo Tame (2007), concuerda con los otros autores en que la negación es lo que experimenta una pareja al enfrentar una pérdida, también esta actitud, protege a la pareja de sentirse por completo derrotados.

En la fase de **Ira o enfado** la búsqueda de culpables es la respuesta más común. Nos sentimos tratados injustamente, humillados, desechados o fracasados. La infertilidad causa sentimientos de frustración, irritación, vergüenza y remordimiento.

Los que viven esta experiencia y ven como, para el resto del mundo, era fácil formar una familia y ver crecer a sus hijos, se sienten totalmente incomprendidos. La infertilidad es injusta. Sus cuerpos y mentes se sienten humillados por los interminables estudios y tratamientos y por el estrés emocional. Tarde o temprano el enojo aparece como una respuesta a todas las circunstancias desagradables.

En algunas situaciones, la ira y el enfado sirven para atacarnos mutuamente, dentro de la pareja, buscando culpables. Por eso es importante estar preparados para afrontar esta etapa como una pareja unida, como un equipo (Ceballos, 2015). De igual forma Muñiz (2011), menciona que la etapa de la rabia a medida que la persona va asumiendo la pérdida, el sentimiento de ira le hace preguntarse por qué ella, increpando al destino, a Dios, si es creyente, etc. Incapaz de manejar emociones, revelándose contra lo que tiene más próximo. Así pues Tame (2007), refiere que experimentar los dolorosos sentimientos de tristeza y vacío, suelen acompañarse de llanto y síntomas físicos como cansancio, falta de apetito, entre otros., propios de la etapa.

Con la fase de **Desesperanza** aparecen la depresión y la indiferencia. Es frecuente pensar que no tenemos recursos suficientes para solucionar este problema, o que los recursos los tienen los profesionales y que nosotros no podemos hacer nada para mejorar el resultado. Este pensamiento produce sentimientos negativos y lleva a lo que en Psicología se llama indefensión. Al pensar que no podemos defendernos o resolver un problema, podemos llegar a deprimirnos, entre otros motivos, debido a que nos vemos incapaces de afrontar un nuevo tratamiento, de compartir nuestros problemas con nuestro entorno o por las dificultades de sobrellevar la situación dentro de la pareja.

En esta etapa de depresión es fundamental no olvidar que estamos en una carrera de fondo, y no de velocidad, en la que tenemos que aprender a administrar nuestras fuerzas, con los descansos que sean necesarios para poder recuperarnos, sobre todo si nos estamos sometiendo a tratamientos de reproducción asistida. Para superar esta etapa y pasar a la siguiente es importante aprender a interpretar cada intento fallido como un paso más que nos acerca a nuestro objetivo final de ser mamá.

Junto a la depresión también puede aparecer la ansiedad ante la posibilidad de que el tratamiento no tenga los efectos esperados o a que pueda resultar perjudicial para nuestra salud o para la de nuestro eventual futuro bebé. Otro sentimiento habitual es la culpa que también se puede sustituir por acusación, intentando no sentirnos responsables. La culpa es dirigida a veces a la pareja, al médico o al mundo en general. Este sentimiento de culpa es en sí mismo muy dañino, ya que presupone la asunción de una responsabilidad sobre una situación de que simplemente nos ha tocado vivir. Durante esta etapa se ven amenazadas:

- La seguridad en nosotros mismos.
- Nuestra feminidad o masculinidad, en el caso de nuestra pareja.

En esta fase suelen aparecer también sentimientos de agobio, desgana, baja energía, e impotencia que, junto con la culpa y la ansiedad retrasan o pueden afectar negativamente al resultado del proceso. En cambio para Muñiz (2011), la tercera etapa es denominada negociación, donde se puede mezclar la anterior, la persona puede culpabilizarse y desarrollar algunas conductas que actúan como rituales, como actos de compensación. Por lo contrario, Tame (2007) propone como última etapa la recuperación, donde se observan nuevos intereses, intentan relacionarse como lo hacían antes de la pérdida; muestran una renovada habilidad para experimentar el placer, la diversión y la satisfacción. Dos comentarios comunes en la tercera etapa son: “es momento de seguir adelante” y “ya fue demasiado”. Entonces se toma una decisión concerniente a la solución de la crisis y de la vida (Tame N. 2007).

En la fase de **Negociación** es habitual intentar hacer lo que sea para recuperar el control y es con este fin con el que intentamos negociar, por ejemplo, prometiendo cosas que haremos si se soluciona el problema. En esta fase aparece el diálogo y el contacto con otros, para contar nuestra historia, esforzándonos en encontrar un significado en la pérdida. Sin embargo Muñiz (2011), refiere que la última etapa sería la aceptación donde, en esta fase se tolera la pérdida. Se valora el peso del azar y se buscan actitudes positivas que permitan el reajuste para adaptarse a la ausencia de aquello que perdió. A medida de que se va restableciendo de la pérdida, hace nuevos planes y siente que la vida merece la pena vivirse. Lo que para Ceballos (2015), la aceptación sería la última etapa del duelo.

En la fase de **Aceptación** no ha desaparecido el problema, pero hemos aprendido a manejarlo de forma emocionalmente sana. Esta incluye la exploración de nuevas opciones, el diseño de nuevos planes, los sentimientos de seguridad, empoderamiento, aumento de la autoestima y el encuentro de significado en la pérdida.

Es necesario experimentar todos o la mayoría de los sentimientos y sensaciones que más arriba se enumeraron para llegar a aceptar lo que nos está ocurriendo y superar con éxito esta prueba que ofrece la vida. Todas las emociones tienen una intención positiva y de

todas podemos aprender algo. Está en nuestras manos no estancarnos o dejarnos llevar por ellas y avanzar hacia el estado de aceptación, que nos ayudara a crear una mejor versión de nosotros mismos haciendo que este problema se convierta en una oportunidad única de crecimiento y aprendizaje, y, por qué no, en un reto que lograremos superar con éxito (Ceballos, 2015).

En la última fase se encuentran **las Alternativas y la Esperanza**: llega cuando la aceptación abre puertas que parecen clausuradas y cierra aquellas que no conducían a ningún lado. No importa que puertas elijan, ahora su decisión puede ser un acto libre, consciente y responsable (Hope y Martínez, 2012).

Lo que es lo mismo, el duelo es un proceso que requiere de tiempo y sucede más rápido en quienes se permiten sentirlo y aunque algunos autores refieran menos etapas la mayoría concuerda en que la negación, estará presente como primera actitud y de ahí vendrá una negociación para finalmente aceptar lo ocurrido y continuar viviendo con la mejor decisión tomada.

Dicen los expertos que el duelo concluye una vez que se ha dejado de doler las heridas causadas por la incapacidad de procrear y desaparece la necesidad de protegerse, de ocultarse. Aunque de vez en cuando pueden llegar a sentir nostalgia por lo que una vez quisieron y no fue, y por ello pueden resignificar la pérdida (Hope y Martínez, 2012).

Ahora pueden confrontar la pérdida con su deseo y preguntarse ¿En verdad queremos ser padres? ¿En verdad queremos tener un hijo? ¿O tal vez preferimos poner nuestro corazón en otros proyectos que también os resulten importantes? Pueden cobrar conciencia de que es lo que quieren realmente. Quizá descubran que, después de todo, ratifiquen su voluntad de criar un hijo. Entonces volverán sus ojos hacia la adopción (Hope y Martínez, 2012).

4.2.3 Reacción psicológica al duelo en la infertilidad

La infertilidad implica así una crisis que genera intenso estrés, tanto individual como de pareja. A menudo es la primera que la pareja enfrenta en forma conjunta. Hasta ese momento uno puede haber sido el apoyo del otro. En esta crisis ambos son parte del problema. Comparten las emociones, pero las enfrentan con diferentes modalidades,

propias de la diferencia de los sexos, cada uno con su personalidad y su bagaje personal (Baron, 2017).

La negación, es el componente normal de las primeras etapas de la búsqueda de un hijo. Puesto que, atraviesan juntos una larga cadena de pérdidas: la autoestima, la confianza en sí mismos y en la pareja, la comunicación y el placer que hasta ese momento eran parte de sus vidas pueden verse considerablemente afectados. A estas pérdidas se suman las de la independencia y la privacidad que desde la etapa diagnóstica con sus horarios pautados, exámenes post-coitales, estudios, maniobras dolorosas provoca una invasión necesaria del médico que deja a ambos miembros de la pareja sumamente expuestos con respecto a aspectos de su vida que hasta entonces nunca habían salido de la intimidad (Baron, 2017).

Además, La respuesta individual del duelo depende de varios factores, como: (Muñiz. A. M, 2011).

- Las características personales: edad, sexo, religión, duelos anteriores y personalidad.
- Las relaciones interpersonales: la cantidad de vínculos y las posibilidades de comunicación. Las personas que tiene mayor apoyo social y que son animadas a expresar sentimientos lo superan con mayor rapidez.
- Aspectos específicos de la situación: esperada, repentina, dramática, grado de vínculo afectivo o importancia de lo perdido, etc.

Se habla de cuatro tareas que la pareja infértil debe hacer para adaptarse a la infertilidad: (Rojas, 2008).

- Reconocer el dolor de perder esa experiencia básica de la vida.
- Restaurar una imagen corporal sana.
- Evaluar la importancia de la maternidad/ paternidad y determinar si otras
- Actividades compensan o bien consideran otras formas de paternidad/maternidad.

Con frecuencia ocurre que las parejas infértiles si no han elaborado el proceso de duelo suelen no hablar del tema, como si al no hacerlo se pudiera evitar al otro a sí mismo el

dolor. Así, muchas veces, unos de los miembros de la pareja, generalmente el que está en apariencia menos afectado emocionalmente por la infertilidad, ha optado por proteger a su pareja, no hablándole del tema, con lo cual no se permite recordar ni compartir los propios sentimientos al respecto. Así, cada uno vive su duelo en soledad, sin darse cuenta que si bien el hablar del sufrimiento implica abrir una herida, también permite curarla con mayor rapidez bajo la compañía y la contención de la pareja (Muñiz. A. M, 2011).

En conclusión, el trabajo del duelo constituye una reacción psicológica normal frente a una situación traumática, la cual implica una pérdida y a la vez genera un pesar. Mediante el trabajo del duelo se pretende que la persona acepte la pérdida, readaptándose a la nueva realidad de ausencia del objeto, condición esencial para la elaboración del duelo. Es decir, para conseguir que acontecimientos dolorosos se calmen en nuestro interior, se ha de llorar el dolor y dejarlo ir. Lo imposible o irrecuperable debe ser reconocido y aceptado como tal para dar lugar a lo posible. (Muñiz. A. M, 2011). De tal manera, que si no es así, el proceso se vuelve a activar después de muchos meses, o incluso muchos años, se tiene a menudo la sorpresa de reencontrar el propio dolor intacto, en el punto en el que se había dejado, y resulta desconcertante tener que enfrentarse a ese sufrimiento que se imaginaba extinto después de tanto tiempo (Fauré C, 2004).

4.2.4 Las pérdidas que afronta la pareja infértil

Los seres humanos nos enfrentamos constantemente a lo irremediable ante las pérdidas continuas en nuestra vida, ya sea que nos mudemos a otro país, se deteriora nuestra capacidad intelectual, etc. (Hope y Martínez, 2012).

La infertilidad es según Arbitmann, una experiencia que contiene múltiples pérdidas. En primer lugar, la pérdida de poder y de control sobre el propio cuerpo, dada la imposibilidad de satisfacer de manera natural el deseo de un hijo biológico. Sometidos a estudios, tratamientos, los individuos infértiles ponen su cuerpo en manos de los médicos que intentaron, por todos los medios salvarlo de su propio vacío. La sexualidad y la procreación se distancian. El goce y la necesidad entran en conflicto y se produce una fuerte tensión (Hope y Martínez, 2012).

En segundo lugar está la pérdida de la continuidad biogenética y de la posibilidad de dejar sobre la tierra la huella indeleble de sí mismos. En nuestra cultura, cada hijo que nace es un eslabón más de la cadena familiar de un nuevo punto de intersección ente el pasado, presente y futuro. Pero cuando una pareja no puede tener hijos, no puede procrear, la cadena se fragmenta (Hope y Martínez, 2012).

Otra es la pérdida de la experiencia corporal, la gratificación psicológica del embarazo, el alumbramiento y el amamentamiento. Aunque su vivencia corresponde físicamente a la mujer, la pérdida no es exclusiva de ella, pues el hombre pierde la unidad genitora, es decir poder embarazar a una mujer, son expresiones más contundentes de masculinidad y femineidad; ese poder simbólicamente representa, el ingreso a la vida adulta, el visto bueno a su capacidad de ser padres (Hope y Martínez, 2012).

Por último, se pierde la posibilidad de dar a los abuelos un nieto consanguíneo y completar el círculo trigeracional de identificación. Es como si para que exista la noción de un clan, tribu o linaje hubieran tres generaciones consanguíneas de línea directa, pues la unidad genética y psicológica de la familia está compuesta por los críos, los padres y los abuelos. Cuando una pareja no puede tener descendencia; frustra las expectativas del clan de los abuelos y trastoca todo el andamiaje ideológico sobre la imagen de una familia normal (Hope y Martínez, 2012).

4.3 La Adopción

El proceso de la adopción ocurre cuando se ha tomado la decisión plena y consiente de ser padres, así pues, para poder abrir el corazón a un hijo que llegue a ti a través de la adopción, antes tendrás que despedirte del hijo que un día soñaste. Un hijo que se pareciera a ti y a tu pareja. Un hijo del que disfrutarías su primera sonrisa, su primera palabra y al que ayudarías desde el primer día para que creciera sano y feliz. Despedirse de la idea de un hijo biológico es un proceso diferente en cada persona. Para muchos, es doloroso aceptar que su proyecto de familia no puede ser como siempre habían pensado. Hay quienes en esta fase de dolor se sienten como si hubieran herido su autoestima. Recuperarse del golpe y volver a sentirse a gusto con uno mismo y con su relación de pareja es imprescindible para poder estar en disposición de aceptar como propio un hijo que salió de otra matriz (Bebera, 2017).

Así mismo, muchas parejas llegan a la adopción después de haberse sometido a tratamientos para poder engendrar un hijo. Como la mayoría de las parejas, cuando decidieron ser padres, lo primero que hicieron fue intentarlo por la vía natural. Al tener dificultades para engendrar un hijo, se plantean la vía de la adopción, un camino alternativo que conduce a la formación de una familia. Para las parejas afectadas, esta situación suele ser difícil de aceptar, por que ello implica la imposibilidad de tener hijos naturales, algo que tradicionalmente se considera muy importante (Gilberti, 2017).

4.3.1 Concepto de Adopción

La adopción es el medio para que los menores, que por diversas causas se han separado de su familia biológica, tengan la oportunidad de integrarse a un ambiente familiar que los dote de estabilidad material, una infancia feliz y los prepare para la vida adulta (Greenham, 2017).

Para Tame (2007), la adopción es la unión entre personas que no están biológicamente relacionadas. Y por la vía legal la adopción es un vínculo filial creado por el derecho (UNAM, 2017).

4.3.2 Tipos de Adopción

En la actualidad existen cuatro tipos de adopción: la simple, la plena, la internacional y la realizada por extranjeros. El trámite para celebrar las adopciones deberá realizarse ante el juez de lo familiar o de primera instancia, y quedara concluido en el momento que cause ejecutará la resolución del juez que conoce de la causa, en el procedimiento correspondiente (Greenham, 2017).

La adopción simple: es la que genera solo derechos y deberes con el menor pero no habrá relación de parentesco.

La adopción plena: que tiende a incorporar al menor en la familia como un hijo propio.

La adopción internacional: incorpora en una familia a un menor que no puede encontrar una familia en su propio país de origen.

La adopción por extranjeros: es la promovida por ciudadanos de otro país, con residencia permanente en el territorio nacional.

4.3.3 Los procesos para adoptar

Las personas interesadas en realizar el trámite de adopción deberán realizar los siguientes procedimientos correspondientes en las instancias pertinentes (Vélez, 2017):

Procedimiento Administrativo: Asistir a una entrevista al área de Trabajo Social de los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC), donde se les proporcionará una Ficha de Inicio de Trámite.

Acudir al área de adopciones de la Dirección de Asistencia Jurídica del SNDIF, a entregar la Ficha de Inicio de Trámite y recibir la información sobre la integración del expediente de adopción.

Procedimiento Judicial: Se tramita ante el Juez de lo Familiar en turno del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, a través de las Diligencias de Jurisdicción Voluntaria de Adopción.

Seguimientos Post-Adoptivos: Las autoridades estarán obligadas a dar “seguimiento a la convivencia y proceso de adaptación, a través de un informe semestral por un periodo de 3 años hasta que el menor cumpla 16 años de edad.

4.3.4 Requisitos para adoptar

El organismo que se encarga de los procesos de adopción en México es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuyas siglas son **DIF**. El DIF es el encargado de supervisar la adopción y también realiza los estudios socioeconómicos y psicológicos de los padres que desean adoptar un bebé. Para adoptar un bebé en México es necesario (Vélez, 2017):

- Ser mayor de 25 años y tener al menos 17 años más que el niño a adoptar. La o el cónyuge deberá estar conforme en considerar al adoptado como hijo propio.
- Tener probada una buena conducta.

- Poseer los medios económicos suficientes para garantizar una buena calidad de vida al menor.
- Gozar de una buena salud que se verificará mediante certificado médico.
- Se prioriza a los matrimonios sin hijos en cualquier proceso de adopción.
- No es necesario tener pareja para poder adoptar un bebé.
- Si el niño a adoptar es mayor de 12 años, se necesita su consentimiento.

4.3.5 La adopción en México

Adoptar un bebé es un proceso largo con unos requisitos legales que varían según los países. Pero la espera hasta que el bebé llega a su nueva familia merece la pena. En México la llegada del bebé se puede demorar hasta 2 años, aunque legalmente se establece un plazo de 12 meses para realizar todos los trámites (Vélez, 2017).

En México, la autoridad central para llevar a cabo el proceso de adopción es el DIF. Primero se entrevista a la pareja. Después se efectúa el estudio de su casa, cuyo objetivo es comprobar si pueden ofrecerle al hijo un lugar seguro y adecuado. Se les plantean preguntas sobre su infertilidad, su matrimonio y sus motivaciones para adoptar. En ocasiones se abordan temas sobre su infancia y sus sentimientos hacia sus padres (Tame, 2007).

La gente que desea adoptar se enfrenta a trámites interminables por diversas razones, entre las que destacan la insistencia de las autoridades en buscar a la familia de origen, la tardanza en las evaluaciones de la salud física y mental de los aspirantes así como las particularidades de los trámites, que son diferentes en cada estado de la República. La adopción es un proceso desgastante al que se enfrentan parejas o solteros con poco apoyo de sus familiares y con el rechazo y la indiferencia de una sociedad que estigmatiza a quienes la autora del libro, Aurora González Celis, llama los hijos del corazón, pues el proceso de llegada a la familia será diferente, pero igual de intenso que el biológico. “En vez de contracciones hay trámites, en lugar de controlar la respiración es necesario alentar la paciencia, pero te abres igual a la vida” escribe González Celis (Ramos, 2016).

Uno de los más graves problemas de la adopción en el país es la larga espera. “Los trámites son lentísimos porque existe el afán de buscar a la familia de origen” espera el documento que los calificaba como idóneos para adoptar, y a pesar de que era un papel expedido por personal certificado por las autoridades, los juzgados de lo familiar lo rechazaron y ordenaron la realización de una nueva evaluación (Ramos, 2016).

La implementación a finales del 2015 del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINA) constituye un importante paso para destrabar algunos nudos en la cadena de adopciones, pero aún falta más.

La larga espera no sólo afecta a quienes desean ser padres y madres, sino que afecta gravemente a los menores, quienes tienen un desarrollo por debajo del promedio, una reducción en el coeficiente intelectual, en el rendimiento y en la actividad eléctrica del cerebro. Además carecen de sentido de pertenencia, tienen problemas de apego e inseguridades, situaciones que no siempre son superadas en la etapa adulta (Ramos, 2016).

Indiferencia y poca empatía hacia las adopciones en México, en general, hay poco interés en el tema y poca empatía hacia quienes adoptan. “Es vital sensibilizar a la sociedad para que los niños adoptados crezcan libres de etiquetas” (Ramos, 2016).

CAPITULO V

MÉTODO

5.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACION

H1. La intervención psicológica fortalece el proceso de resiliencia en parejas con diagnóstico de infertilidad.

H2. Las mujeres y los hombres que llevan una intervención psicológica ante el diagnóstico de infertilidad tienen un mejor desarrollo de resiliencia y pueden lograr la adopción.

5.2 VARIABLES

V. independientes:

- Infertilidad: incapacidad para la procreación de un hijo de forma natural, después de un año de actividad sexual sin protección.
- Miedo: es una respuesta de alarma ante un peligro que indica que debemos protegernos. Se manifiesta aumentando el pulso cardiaco y evitación de situaciones.
- Culpa: es un sentimiento limitador y autodestructivo que no obedece a ninguna causa concreta. Se manifiesta con imprudencia y falta de cumplimiento de reglas o deberes.
- Ansiedad: se puede definir como una respuesta de lucha/huida. se manifiesta con respiración rápida, tensión muscular y temblor.
- Angustia: es un sentimiento de opresión e inquietud. Se manifiesta con sentir una presión en el pecho.
- Tristeza: es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. manifestada con llanto.
- Frustración: es el estado que se produce cuando un factor externo se interpone en el comportamiento cotidiano de un individuo e impide que este alcance su objetivo. Se presenta indecisión y se siente un vacío.
- Estrés: es una reacción tensional que experimenta un organismo ante determinadas demandas.

- Ira: reacción habitualmente irritante provocada por sentimientos negativos. se presenta con fruncir el ceño, enrojecimiento facial e inseguridad.
- Control de crisis: es la capacidad que posee en individuo para afrontar o evadir los acontecimientos estresantes o desagradables que puedan surgir en su entorno. Se percibe a tener la toma de decisiones,

V. Mediadora o interviniente: los factores que originan el diagnóstico de infertilidad y la intervención psicológica.

- Desarrollo profesional: es una fase del crecimiento personal que obedece a las necesidades de auto-superación que experimenta cada individuo.
- Aspectos biológicos de la infertilidad femenina: son factores específicos estructurales del aparato reproductor femenino como: problemas para producir óvulos, dismenorrea, endometriosis, quiste ovárico entre otros.
- Aspectos biológicos de la infertilidad masculina: son factores específicos estructurales del aparato reproductor masculino como: una disminución de la cantidad de espermatozoides, bloqueo de espermatozoides, defectos en los espermatozoides, oligospermia y azoospermia.
- Intervención psicológica: es controlar los aspectos emocionales, cognitivos, conductuales y sociales de un individuo.

V. dependiente. Resiliencia: capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas y de adaptación al entorno.

5.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo mixto con un enfoque cualitativo dominante ya que se explora el fenómeno de la infertilidad a profundidad, en un ambiente natural donde se extraen los significados de los participantes para un mayor entendimiento, amplitud y descripción detallada del proceso que implica llevar un tratamiento médico de infertilidad, donde los sentimientos de la pareja se encuentran en desequilibrio por la incertidumbre de no poder continuar con una tarea dentro del desarrollo humano.

Por otra parte, la recopilación de dichas fuentes de información ha sido tomada de publicaciones en revistas electrónicas, libros especializados en el tema, películas, videos y artículos de algunas instituciones privadas en el tema.

5.3.1 Diseño Narrativo- Fenomenológico

El objetivo de dicho estudio fue entender e indagar la sucesión del diagnóstico, tratamiento y resultado del fenómeno de la infertilidad en la pareja, donde los participantes a través de sus historias de vida nos describan su realidad, además de buscar características resilientes en la pareja, así mismo es fenomenológico ya que los participantes argumentan sus experiencias individuales subjetivas, y al mismo tiempo longitudinal puesto que se recabaron datos de los elementos de ser resilientes para continuar en un proyecto de vida en pareja y una posible adopción.

5.3.2 Población:

Hombres y mujeres de entre 35 a 45 años de edad de Cuautla, Morelos y Tlalmanalco y Tenango del Aire, Edo. México.

5.3.3 Tipo de muestra:

La selección de la muestra fue por conveniencia, ya que el primer requisito para participar en la investigación fue poseer un diagnóstico de infertilidad, firmar el acuerdo de consentimiento informado para participar en un estudio de investigación psicológica y la técnica de selección fue por bola de nieve.

La muestra inicial comenzó con cuatro parejas preliminares, sin embargo, la muestra final concluyó con tres parejas y dos mujeres; de las cuales cuatro mujeres fueron valoradas con infertilidad y un varón con dictamen infértil.

5.4 INSTRUMENTOS:

1.- Dibujo de Familia

Es una técnica adecuada al dibujo de familia cuyo objetivo es que el participante plasme el ideal de constituir una familia, la consigna dada fue “dibuja cómo te gustaría que fuese tu familia”, será de forma individual. Así mismo, la medición solamente es de forma

cualitativa, ya que no se calificara con los estándares del test de dibujo de familia. Vale destacar que solo interesa conocer la percepción que tiene el participante de formar una familia que incluya el número de hijos que desea y el género de los mismos. El dibujo es libre, es decir, no importa la posición y tipo de hoja o el tipo de dibujo (dibujo o impresión) ni colores plasmados en él.

2.- Historia de Vida

La finalidad de este instrumento, es que la pareja de forma individual redacte su historia de vida desde la etapa del noviazgo hasta la fecha actual en cuanto a sus planes de pareja, específicamente, si pensaban casarse, donde vivir, cuántos hijos, que género preferían para sus hijos, los nombres, las fiestas, etc. Para conocer la expectativa que se generaba antes de un diagnóstico negativo de infertilidad.

La redacción de la historia de vida se les solicitó de forma individual, escrita de forma breve (2 hojas máximo), sin ningún formato específico, es decir en hojas blancas o rayadas ni color de tinta.

La evaluación de dicho instrumento, no es a través de la grafología, solo es para observar la expectativa de su vida en pareja y la formación de familia.

3.- Entrevista

La entrevista semiestructurada realizada inicialmente contenía un número total de 16 preguntas abiertas y con respuestas libres (ver anexo 1). Al mismo tiempo la entrevista fue grabada para una mayor confiabilidad de las respuestas obtenidas. Así mismo esta guía tenía como objetivo profundizar el tema de infertilidad, recordando y resumiendo primeramente la historia de vida escrita anteriormente de la etapa del noviazgo hasta tomar la decisión de formar una pareja estable, agregando algunos puntos no mencionados o importantes para ellos, después conocer como iniciaron la búsqueda de un hijo, el diagnóstico inesperado de infertilidad, el tratamiento a seguir, el resultado y la resolución de no ser padres. Además se sumara la observación como complemento para evaluar detalles y sucesos de impacto para la investigación.

La aplicación fue en pareja, en casa de los participantes (para mayor comodidad, confianza y apertura en fecha y hora accesible de ellos) en espacios iluminados y tranquilos. Finalmente la grabación será transcrita e interpretada para los fines de la investigación.

4.- Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)

La Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) de Jorge Barraca y Luis López-Yarto Elizalde en 1999 es un instrumento breve y sencillo diseñado en España para evaluar la satisfacción familiar expresada por los sujetos por medio de distintos adjetivos. Está compuesta por 27 reactivos, cada uno formado por una pareja de adjetivos antónimos que tratan de evocar respuestas afectivas en el sujeto y que tienen su origen en las interacciones verbales y/o físicas que se producen entre él y los demás miembros de su familia. Puede ser aplicada tanto individual como colectivamente a partir de los 16 años. Por su sencillez, no lleva más de 10 minutos completarla. Con buena validez y fiabilidad (anexo 2).

La puntuación total se obtiene de los centiles según los cuales se determina la satisfacción familiar: 10-20 muy baja; 21-39 baja; 40-60 media; 61-79 alta y 80-90 muy alta satisfacción familiar.

La consistencia interna de la ESFA fue obtenida por el alfa de Cronbach ($\alpha=.97$ para la muestra total) y por el método de mitades partidas ($\alpha=.96$ para la muestra total). La estabilidad temporal se obtuvo por el *test-retest* las cuatro semanas con un coeficiente de correlación de .75.

La validez de constructo se comprobó mediante un análisis factorial de componentes principales y el criterio de Kaiser para la apreciación de los factores.

Para estimar la validez de criterio de la ESFA, se escogieron dos escalas: la Escala de Satisfacción Familiar de Olson y Wilson ($r=.79$) y la Escala de Satisfacción Familiar de Carver y Jones ($r=.65$). Asimismo se obtuvo una validez discriminante que permite distinguir entre una muestra general y un grupo clínico en terapia familiar ($U=68.5$; $p.003$).

5.- Cuestionario de Resiliencia.

El objetivo del cuestionario es conocer las características que puede presentar una persona resiliente ante el diagnóstico de infertilidad. Cuenta con 46 ítems de manera general, dividido en dos cuestionarios con escalas de medición diferente., clasificados en cuatro fuentes de resiliencia que mide los siguientes recursos personales del yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo. El primer cuestionario cuenta con escala Likert midiendo

actitudes afectivas y cognitivas de 5 puntos que van de: Totalmente de Acuerdo=TA, Acuerdo=A, Indeciso=I, Desacuerdo=D, Totalmente en Desacuerdo=TD (ver anexo 3) y el segundo cuestionario tiene una escala Likert midiendo la frecuencia de la respuesta conductual de 5 puntos que van de: S=Siempre, CS= Casi Siempre, AV= Algunas Veces, CN=Casi Nunca y N=Nunca (ver anexo 4), permitiendo conocer el grado de resiliencia de cada participante con cada uno de las afirmaciones que se le presentan. Su aplicación es de 10-15 minutos. Se podrá cifrar el nivel de resiliencia de los miembros de la pareja y de sus recursos personales, para determinar si es resiliente o no, y una posible intervención psicológica adecuada a cada caso.

5.5 PROCEDIMIENTO

Fase1: Buscar a las parejas con problemas de infertilidad que estén disponibles para el estudio en Cuautla Morelos y Estado de México.

Fase 2: Hablar con las parejas sobre el estudio y firmar un consentimiento informado individual, para la aplicación de los instrumentos.

Fase 3: Solicitar a las parejas un horario y espacio dentro de sus hogares para que cada participante realizara un dibujo de su familia ideal.

Fase 4: También se les pidió de manera individual, que de forma breve (2 o 3 cuartillas) redactaran su historia de vida desde que iniciaron el noviazgo hasta la actualidad.

Fase5: Una vez entregadas las historias de vida y los dibujos de las parejas, se procedió a leer cada una de ellas detenidamente tomando en cuenta fechas, lugares mencionados, la extensión de la historia de vida y la precisión de recordar los detalles y conflictos que paso cada pareja para formar su familia.

Fase 6: Continuamos con la entrevista en pareja, sin embargo no se aplicó dicha entrevista como se había realizado en un principio, puesto que al leer la historia de vida de cada una de las parejas participantes se modificó de manera personalizada para cada pareja para comprender mejor el significado de la experiencia además, de que hubo parejas que expresaban preguntas que no fueron necesarias cuestionar (ver anexo 1.1, anexo 1.2, anexo 1.3, anexo 1.4 y anexo 1.5). Así mismo, se retomaron algunos aspectos importantes de la historia de vida escrita de cada uno. Además de escarbar si tenían

planes de formar una familia antes de casarse, el casarse, planear en donde vivir, con quienes y cuantos miembros querían para la formación de su familia, la experiencia que paso durante el diagnóstico y tratamiento en busca de un hijo, posibles planes para un futuro, etc.

Fase 7: Trascubimos cada una de las entrevistas, para poder analizar a detalle el lenguaje que utilizaron durante la entrevista tanto no verbal como verbal, y así poder ampliar la investigación con entrevistas a profundidad.

Fase 8: Posteriormente se aplicó de manera individual la prueba ESFA (Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos), una vez aplicada la prueba procedimos a calificar cada una, reflejando el nivel afectivo positivo o negativo que tiene el participante con él y con la interacción con su pareja (familia); los resultados obtenidos arrojaron constructos por adjetivos favorables de la situación familiar que implica el apoyo emocional durante el diagnóstico de infertilidad ante la búsqueda de un hijo.

Fase 9: Después, de analizar los datos que obtuvimos con los anteriores instrumentos se logró concretar posibles soluciones

Fase 10: Posteriormente, se aplicó el re-test de la prueba ESFA, para comparar el nivel afectivo de cada participante con la interacción con su pareja (familia) después de enfrentar el diagnóstico negativo de infertilidad ante la búsqueda de un hijo; los resultados obtenidos arrojaron constructos por adjetivos favorables en su mayoría y en otros se mantuvieron.

Fase 11: Después, se construyó un instrumento para poder conocer las características resilientes de cada participante ante el diagnóstico de infertilidad, se revisó primeramente la literatura de dicho tema, después se tomó la decisión de realizar los cuestionarios con diferentes mediciones de escalas; el primero que midiera actitudes afectivas y cognitivas y el segundo midiendo la frecuencia de la respuesta conductual.

Fase12: Posteriormente se aplicó cada uno de los cuestionarios a los participantes en sus hogares para mayor comodidad, se procedió a evaluar el promedio general de dichos resultados.

Fase13: Después se evaluó el instrumento obteniendo valores de fiabilidad de cada factor construido con sus respectivos ítems y de la validez con el programa SPSS.

Fase14: En seguida se analizaron los resultados de cada valor para poder interpretar y generar posibles conclusiones.

Fase15: Finalmente, concluimos con los resultados que se obtuvieron.

CAPITULO VI

RESULTADOS

6.1 Descripción de resultados

Con la presente investigación se obtuvieron varios datos importantes, iniciamos interpretando “sus historias de vida” con lo cual nos pudimos dar cuenta que en sus narraciones de vida hubo parejas que recordaron detalles y momentos especiales cuando eran novios (detalles de cortejar) otros no tan agradables como adaptarse a la vida de casados o la búsqueda de un hijo, inclusive se notó que las mujeres fueron más detallistas y extensas en la escritura que los varones puesto que la mayoría de las mujeres recordó fechas, forma de vestir, expresiones faciales, emociones, lugares que frecuentaban cuando eran novios y cuando les propusieron matrimonio, incluso algunos hombres redactaron también la etapa de noviazgo que experimentaron con su pareja aunque su escritura fue concreta. Así mismo, las parejas fueron marcando tareas del desarrollo como elegir a su pareja, aprender a vivir con su cónyuge y formar una familia. Sin embargo, al estar dispuestos con la exigencia que impone la cultura de ser padres de familia se encontraron con un diagnóstico negativo de infertilidad inesperado que les impidió creer que en ese momento no pudieran continuar con ciertas tareas del desarrollo.

Posteriormente analizamos el dibujo de “su familia ideal” donde observamos que el deseo por ser padres en todos los participantes está latente ya que se nota la ansiedad, la creencia ideológica, lo sólido y concreto de criar, la identificación de roles y la valoración de formar una familia, pues marca aspectos emocionales en el subsistema conyugal donde establecer un linaje es una de sus prioridades para la continuación de las etapas del desarrollo puesto que el jugar el rol de padre o madre es uno de los hitos sociables esperados en su matrimonio, puesto que la afectividad representada en los dibujos enmarca lazos de amor, comunicación, estabilidad en pareja, firmeza, y valoración en cada uno de los miembros de la familia, ya que reflejan expresiones alegres y de unión entre ellos, además, interpretamos que la mayoría de los participantes tienen la aspiración de formar una familia con un mínimo dos hijos y en cuanto al género no existe una diferencia marcada, más bien la idea de tener a un hijo y una hija les es agradable a la mayoría de las parejas, ya que en ellos reflejaron aspectos positivos de su personalidad

como ser sociables, responsables, autónomos, resilientes, entre otros, además de considerarse que serían buenos padres de familia para apoyar a sus hijos en cada etapa de desarrollo y por supuesto mejores individuos funcionales en la sociedad. Sin embargo, existieron dos varones que decidieron no continuar con la investigación, pues externaron que la idea de imaginarse una familia les fue muy complicada y dolorosa e inclusive que movió fibras muy tristes de la ilusión de ser padres.



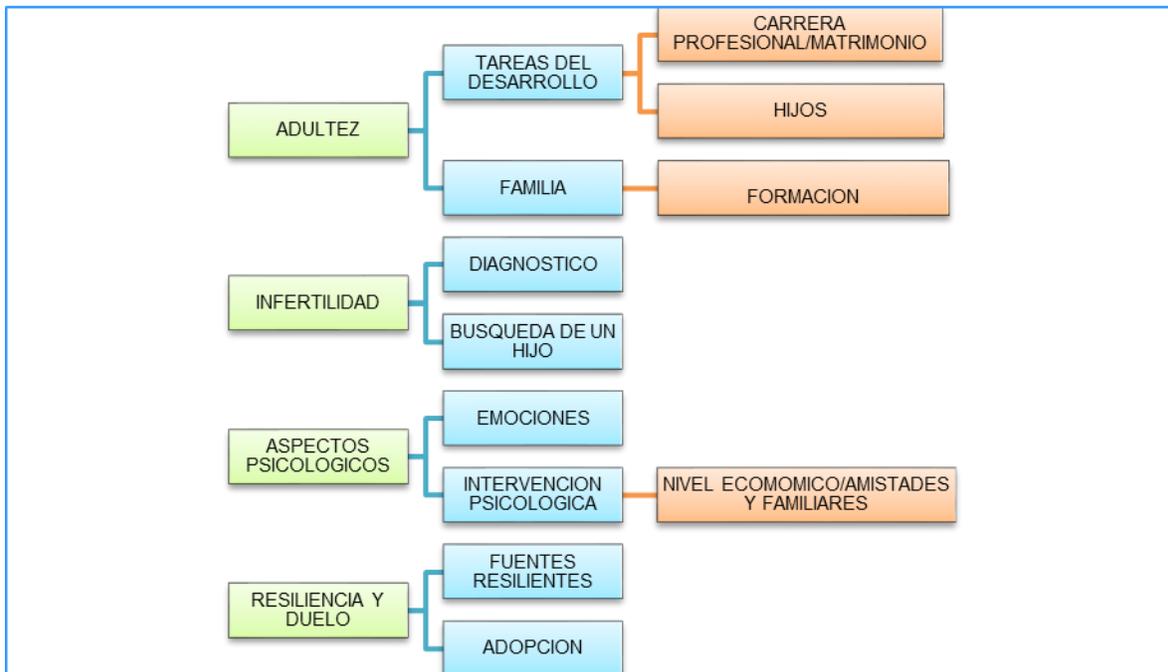
Dibujo representativo del ideal de la formación de una familia, donde se representa la jerarquía esperada; en primer lugar el padre, segundo lugar la madre y en último lugar los hijos., además se incorpora que en la mayoría de los participantes el deseo por ser papás es tener dos hijos.

6.2 Análisis de la entrevista

El objetivo de este análisis es describir, interpretar y analizar la información recogida por las entrevistas aplicadas, incluyendo algunas reflexiones de las investigadoras. Para ello

se realizó la transcripción de cada entrevista, la revisión de éstas y se citan frases de los participantes, mismas que son identificadas como participante O,U,L,B,E,A,S y M.

Para la interpretación de las entrevistas realizamos una serie de categorías para identificar las frases más representativas de las entrevistas que corresponden a cada variable (adultez, infertilidad, aspectos psicológicos, resiliencia y duelo).



Cuadro sinóptico: muestra el análisis de categorías y subcategorías de la interpretación de entrevistas

La mayoría de los entrevistados concuerdan en señalar que el evento de mayor impacto fue conocer el diagnóstico negativo para poder concebir un hijo y el desgaste emocional y físico que consigo acarrea además, de tratar de aceptar la pérdida irrefutable de dejar descendencia y creer en ese periodo que su vida dependía de ser madre o padre cuando pueden tener otros posibles planes de manera individual y en pareja. No obstante, la idea de ser papás no inicio en el noviazgo sino que comenzó a hacerse más latente años después de llevar una vida sexual activa, pues solo imaginaron en algún momento tener hijos pero no como una prioridad en su vida de pareja.

Por una parte, la mayoría de las parejas comenzó el hito social de noviazgo de manera inesperada e inclusive otros por salida a problemas familiares y personales que en su momento atravesaron, por lo que la decisión de casarse en su mayoría no fue por amor

ni por planear una familia más bien fue por afianzar la relación de pareja al azar “y así fue nos casamos en el año 2000 al principio de nuestro matrimonio nada cambio al contrario nos llevamos mejor porque nos íbamos a los bailes, a las carreras de caballos, fiestas, cervezas, paseos, etc., en fin disfrutamos cada momento, porque mi forma de pensar era que disfrutaríamos de nuestra libertad de nuestros trabajos y ya después pensar en ya tener un hijo y pues así tuvimos una vida plena de pareja así bien chingón que no la pasamos, y pues en ese entonces no nos preocupaba tener hijos”(el participante U).

Otro testimonio de la pareja fue que atravesaron por problemas personales y tomaron la decisión de casarse sin planes, es decir sin ningún proyecto como pareja, puesto que no les interesó llevar a cabo ningún proceso de enamoramiento ni de noviazgo, pese a saltarse este proceso para afianzar mejor su relación como pareja, los participantes estuvieron al tanto de hacer funcional un matrimonio que parecía no tener un futuro, es así como la participante B menciona lo siguiente: “No, no , no pensábamos en nada ni estábamos enamorados, solo nos estimábamos y nos queríamos mucho como amigos, y pues de mi parte no estaba enamorada y pues fue así como de haber que pasa así como de chinge su... o sea fue así nada más y fue un error haberme ahora lo entiendo casarme muy rápido”.

Al mismo tiempo el sujeto L refiere que: “ fue un error porque pocas veces cometo errores, porque no di tiempo a reflexionar, a estar solo, a pensarlo , porque venía de una relación muy fuerte que quería yo, porque estaba yo enamorado, porque pensaba en tener una familia, que pensaba en tener hijos que ya hasta tenía pensado quien iban a ser los compadres de mis hijos con la persona con la que me iba yo a casar jajajaja,, pero B siempre me gusto porque era sencilla y no era una mujer que exigiera o que pidiera esto, aquello, eso, ... pero al final los dos cometimos el error yo por no darme tiempo y ella por impulsiva, y fue así como venganza porque soy muy vengativo, y es darle en donde más les duele no físicamente sino emocionalmente buscándome algo mejor, y cuando nos casamos fue difícil porque no teníamos nada planeado, ni donde vivir, ni familia, ni hijos, ni nada...”.

Cabe destacar que a un principio de la realización de los hitos sociales para la vida adulta, los participantes iniciaron a desarrollarse en plenitud, pues el definir un sueño, encontrar un mentor, forjarse una carrera y establecer intimidad como lo menciona Levinson fueron prioridades para la mayoría de los individuos sin embargo en la tarea de establecer intimidad con una pareja no fue posible continuar este proceso ya que sus necesidades actuales no fueron compatibles con las personas que ya habían elegido anteriormente.

En cuanto a los componentes de la edad, la mayoría de los participantes ya se encontraban en una edad biológica y psicológica que exige socialmente seguir con el ciclo de vida para la formación de una familia por lo que la búsqueda de un hijo en la mayoría de los entrevistados presento diversos factores de complejidad en unos la edad representaba un foco rojo para poder embarazarse, en otros el aplazamiento de los hijos fue por disfrutar más la relación de pareja y el desarrollo profesional, la falta de trabajo y otros factores inesperados en su vida familiar, así como lo refiere la participante S: *“una bacteria que tenía el gato y me contagio y eso hace que tu placenta expulse el producto”, otro factor sorpresivo que aplazo la paternidad fue “la pérdida de Brandon (sobrino), fue muy muy duro para mí , ósea su llegada y su partida me ha afectado mucho y a partir de su partida se me fueron las ganas de ser papá y si quiero ser papá pero no estoy al mil por ciento seguro”(el sujeto A).*

Hasta después de varios años cayeron en cuenta que a pesar de tener vida sexual activa no se había presentado ningún embarazo *“Ya cuando nos calló el veinte de que no podíamos embarazarnos ahora así fuimos los dos al primer ginecólogo”* (la participante O) e inclusive otros decidieron buscar apoyo médico con especialistas por motivos ajenos a querer ser padres así lo menciona el sujeto L: *“mira acudimos al médico, al ginecólogo la primera vez no, porque quisiéramos hijos en ese momento, sino más bien fuimos porque a ella cada periodo de su menstruación le daban unos dolores durísimos y a veces para calmarlos le suministrábamos dos medicamentos en una inyección”*.

El diagnóstico de infertilidad se presentó en la mayoría de las mujeres, a causa de diversos factores que ellas jamás imaginaron. Los tratamientos que llevaron a cabo también fueron distintos, aunque la mayoría coincidió en que las hormonas inyectables y la serie de estudios que les practicaron para conocer su dictamen, fueron parecidos así como análisis de sangre, orina, laparoscopia, espermatozoides, entre otros., *“le diagnosticaron dismenorrea primaria, aquí iniciamos tratamiento ambos, a ella para la dismenorrea y a mí por la irritación en el pene, a causa del moco vaginal que ella tiene por su PH ácido, por este motivo ella no se podía embarazar, porque sus folículos estaban muy pequeños a causa de la dismenorrea”* (el participante L), otro resultado de la evaluación fue *“el diagnóstico que le dieron a mi esposa fue que sus folículos no crecían al tamaño normal”(el sujeto U).*

La participante O refiere que para su tratamiento médico le prescribieron lo siguiente: *“sí, me daban hormonas y otras pastillas para que crecieran pero solo llegaban a crecer 2.5 milímetros cuando debían crecer 3 milímetros y como empecé a tomar de todo subí de peso y después, ya era otro problema ahora tenía que bajar de peso, y si ese doctor fue tajante así muy duro y me dijo pues hasta que bajes de peso bien porque no se puede hacer nada”,* también notamos

que no solo el problema de las fuentes biológicas de las alteraciones en la infertilidad es un dilema si no que estos acarrearán obstáculos que agravan el tratamiento.

Además encontramos que no solo las mujeres presentan dificultades si no que los hombres también muestran valoraciones negativas de infertilidad *“yo sufrí en el 2004 una varicela muy agresiva, y este estuve muy mal en un estado crítico grave y dos de los médicos que me atendieron, uno de ellos me dijo que posiblemente se me habían afectado mis glándulas es decir las vesículas seminales que son las que producen los espermias”*(el participante A).

Así mismo, el diagnóstico de infertilidad llegó de manera inesperada y sorpresiva para las parejas pues en un principio no se vislumbraba esta imposibilidad porque pensaban que al gozar aparentemente de buena salud física no habría ningún inconveniente para concebir un bebé de forma natural, pero jamás imaginaron que la búsqueda de un hijo, traía consigo varias dificultades a nivel personal, laboral, familiar y sobre todo en el desgaste físico y emocional que implica pasar por un diagnóstico de esta magnitud; por ende, las emociones con mayor predominancia durante dicho periodo fueron el miedo, la ira, la culpa, la ansiedad, la angustia, la tristeza y la frustración pues son respuestas experimentadas ante dicha situación y que en ocasiones incluso no son expresadas.

Sin embargo, hay que hacer notar las palabras referidas por el sujeto A: *“si al principio si me sentí muy ,muy mal y emocionalmente mal, la frustración definitivamente, sentía ira, enojo conmigo, con Dios y por supuesto tristeza”, “fueron muchas lágrimas y preguntarme ¿Por qué?, porqué a mí, si habías intentando de todo porque no, porque tanta gente aborta y yo que quería uno nada”*(la participante B).

Además, todas las parejas expresaron que la gran tristeza, ira y desilusión que se siente en ese momento en ocasiones era inexplicable e incluso para las mujeres el saber que alguien de sus conocidas o sus familiares estaban embarazadas les producía coraje y culpa *“y si lo que si es que al principio veía a una mujer embarazada o me enteraba de que una conocida mía estaba embarazada y yo lloraba y lloraba, ahora ya las veo o me comentan y ahora si me da gusto ya no sufro como antes”*(la entrevistada E).

Así mismo, se refiere que en algún periodo también las parejas que no tienen hijos pasan por rechazo y lastima por parte de sus familiares y amistades y esto solo aumenta la culpa de no poder ser padres y la pérdida del deseo anhelado de un hijo biológico *“mi hermana decía que mis sobrinas se enfermaban porque yo les hacía ojo, no nos dejan acariciarlos, ni acariciar la pansa de la madre, o decían pobrecitos., míralos, pobrecitos ellos no tienen hijos, pobrecitos ello nunca van a ser papás y hasta nos han ocultado el embarazo de otra de mis*

hermanas, así como que dándonos lastima, e incluso mi hermana quería abortar y yo la convencí de no hacerlo y yo lo hice sin ninguna ventaja y ahora mi hermana a lo tiene”(la participante B).

Además, con motivo de estas burlas también llegan comentarios imprudentes de rechazo por no tener hijos y los amigos tratan de separar a la pareja que se afianzó en un principio para llevar una relación estable *“incluso a veces las amistades que te meten ideas tontas que debes dejar fruto así que mejor búscate alguien que si te pueda dar hijos pero no se trata de eso porque si quieres y amas debes preocupante más por su bienestar de ella que lo que quieres tú.”(el sujeto U).*

Luego, la conciencia social interviene para presionar principalmente a las mujeres de ser madres cuando se encuentran en la etapa adulta donde el reloj biológico también influye en el momento de la maternidad y paternidad ya que este anuncia tener fecha de caducidad y de no llevarse a cabo en el tiempo designado las probabilidades de ser padres se extinguen rápidamente y continuar con el desarrollo esperado implica modificar las tareas del desarrollo.

Así mismo, los entrevistados coinciden en considerar el apoyo de pareja fundamental en este proceso, ya que ellos refieren que *“eso sí mi esposo siempre me apoyó y estuvo ahí conmigo, el apoyo de pareja es fundamental durante un tratamiento, porque el que esté contigo durante los malestares y desgaste de todo es importante, saber que te entiende y trata de comprender y otro factor es lo económico porque si esos tratamientos son muy costosos.”(la participante O), otro testimonio menciona que “Y sí por último te puedo decir que el abandono de un tratamiento médico muchas pero muchas veces es a causa de la falta de apoyo o la falta de comprensión de la pareja, porque cuando el hombre no apoya hombro con hombro a su esposa, a ella la hace sentir más mal de lo que se siente o le reprocha faltándole al respeto que ella no pudo darle un hijo, o que no sirve como mujer, cuando no es así porque cuando la quieres y te interesa más su bienestar la cuidas y apoyas en todas las decisiones que ella tome y además cuando el hombre llega a ser el del problema llora y se tira al abandono peor que una mujer porque él cree que perdió su hombría y que ya nos es hombre porque no puede tener hijos, y si por eso creo que es muy importante que haya apoyo entre sí como pareja, porque en ella o en él, puedes encontrar el mejor consuelo, que no te puede dar tu familia” (el sujeto L).*

Así que, si la pareja encuentra apoyo en ella misma le es más fácil digerir el gran desgaste emocional que implica, ya que también ellos mencionaron que no fue indispensable contar con apoyo psicológico pues sus parejas eran su mayor fortaleza para probar y probar nuevos tratamientos para llegar al propósito que ambos quieren, y ese fin era expandir su familia porque ya desde un principio la mayoría de las parejas se

perciben como una familia que solamente le falta el toque final que en este caso sería un hijo *“Eso si desde que nos casamos siempre nos consideramos una familia aunque no tuviéramos hijos solo que una familia no como las tradicionales”*(el participante U).

Vale la pena, decir que, si bien las personas participantes no requirieron de intervención psicológica por el apoyo de sus parejas, eso no quiere decir que no sea indispensable; más bien sería óptimo llevar un proceso terapéutico donde se fortalezca a la pareja, para afrontar de manera más simple tal dificultad y bajar niveles de ansiedad que durante este proceso aumentan e inclusive bloquean el gran deseo de ser padres por la presión de pensar qué más podrían hacer para tener un hijo. Por ejemplo, algunas parejas participantes recurrieron a otro tipo de alternativas como esperanza de poder concebir como lo relata la entrevistada B: *“quiropático, reflexólogo, señoras parteras, brujería, curanderos, hierbas y homeopatía todo esto a la par del tratamiento médico, y no quedarnos en el intento de lo que nos recomendaban al contrario de todo hicimos y nada funcionó”*.

Así mismo, se infiere que al buscar otras alternativas, también llegó el momento de recurrir a su fe pues ellos creen y reconocen en Dios la supremacía de su poder para brindarles la oportunidad de ser padres, sin embargo también expresaron que llegó el momento en que dudaron de Dios y le reclamaban tan grande dolor, *“porque Dios no me dio la oportunidad de tener un hijo y en vez de que me dé me quita”* (el participante L) y *“además en ocasiones si le reprochábamos a Dios porque a mí, yo que estoy pagando, ya cabrón si algo te debía ya hasta estoy pagando de más, porque a mí, si hay otros niños que no los quieren y yo quiero uno”* (el sujeto U).

Después, de varios reclamamos y la desesperanza que embargaron a los participantes en ese momento, ellos continuaron el sueño de ser papás, luego de varios intentos, años y años de búsqueda no obtuvieron ningún efecto así lo refiere la participante O: *“ocho años en tratamiento sin dar ningún resultado”*, es más, recurrieron a todos los posibles tratamientos médicos a su alcance *“si no me hubiera tenido la suficiente tolerancia y comprensión en todo este largo proceso no hubiéramos intentado las cinco inseminaciones, porque yo las primeras 2 ya quería tirar la toalla por lo duro y desgastante del tratamiento, pero como él siempre me animaba y yo también quería hacer todo lo que estuviera en mis manos pues luchamos juntos hasta el final y seguimos luchando por nuestro bienestar”* (la participante B).

Hasta que llegó el tiempo de aceptar irremediamente la incapacidad de ser padres biológicos y las posibles alternativas y la esperanza de poder ser padres fue la opción de adoptar un hijo *“el adoptar a nuestra niña, fue algo que decidí más yo, porque yo moví todos*

los papeles para que se diera la oportunidad de la adopción y casi sin buscar tanto, ora sí que fue un oportunidad que Dios nos permitió”(el participante U) aunque, la otras parejas contemplan esta posibilidad también se han encontrado con dificultades para adoptar pues el trámite de adopción es largo y complicado y más cuando el factor de la edad en las parejas aumenta, en cambio para otras parejas la adopción no es el fin de su etapa de madurez “si volviendo al tema de la adopción, pues si lo vemos largo, pero no imposible, porque ahora en el estado de México adoptar ya un niño grande ya no es tan complicado y eso de no tener hijos no nos preocupa, no nos acongoja, no nos perjudica porque tenemos muchas cosas por vivir todavía.”(el sujeto L).

Así mismo, si no se diera la oportunidad de una adopción los participantes tienen diferentes planes para continuar en pareja realizando diversas actividades de su agrado, modificando las tareas del desarrollo que si bien como ya se mencionó son una toma de decisión personal y pueden hacer acepciones reajustando el nuevo porvenir de manera individual y en pareja. *“Fíjate que hemos platicado que si no tenemos hijos pues saldríamos adelante y viajaremos, y ahora individualmente planear otras cosas”(la participante E) y “si no adoptamos pues ahorrar, asegurar nuestro futuro, viajar, disfrutar y salir a conocer varios lugares y seguir juntos, hasta que Dios no los permita porque yo la quiero mucho, y de esa relación que empezó mal ahora es muy hermosa”(la entrevistada B).*

En relación al tratamiento se observó que sin bien los participantes cuentan con servicios de salud pública no son suficientes para atender la demanda de la población, primeramente porque las pocas clínicas públicas que hay en nuestro país son subsidiadas gubernamentalmente a quienes son derechohabientes del IMSS y los que no cuenten con este servicio no son atendidos por protocolo de la institución, en segundo lugar la programación de una cita con médicos especialistas es muy larga puesto que, la demanda de especialistas en reproducción humana y derivados cuenta con poca matrícula además de la infraestructura de los hospitales no es la adecuada y por último las clínicas privadas existentes tienen costos muy elevados que en su mayoría son inalcanzables para las parejas, *“en segundo lugar creo que lo económico es otra causa por la cual se abandona un tratamiento médico porque a nivel gubernamental, no hay la suficiente infraestructura y equipamiento y los que tienen buenos equipos e infraestructura son las clínicas particulares pero son demasiado carísimas y también no te garantizan que puedas tener un hijo”(el participante L).*

Finalmente, entre las cualidades personales identificadas por los entrevistados son: madurez, habilidades sociales, optimismo, autoconocimiento, inteligencia, perseverancia,

humor, fe, constancia, paciencia, fuerza, autoconciencia las capacidades y/o potencial. De igual manera se reconoce a la familia como el recurso de afrontamiento más potente, considerando el poder que genera la unidad entre sus miembros, como mecanismo de apoyo, contención y protección. Con relación a los recursos terapéuticos o de ayuda más utilizados por los entrevistados para favorecer la recuperación o resistencia de sus usuarios en situaciones de crisis, pudimos identificar: reconocimiento de los recursos personales y del entorno, fortalecer vínculos y actividades, reconocimiento de un Dios cercano y comunicación en la pareja.

6.3 Análisis de la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA).

Mediante la prueba ESFA se obtuvieron respuestas producidas por la interacción familiar que tienen los participantes con su pareja (familia), primeramente se aplicó el test al inicio de la investigación para afianzar el dibujo de una familia y la historia de vida y así poder evaluar su satisfacción familiar, así pues se evaluó el primer test obteniendo centiles altos afirmando que es muy alta su satisfacción familiar en la mayoría de los participantes. Después, se aplicó re-test para conocer si la satisfacción familiar había disminuido, se mantenía o aumentaba, por lo que para conocer este resultado se analizó con t de student y con los resultados obtenidos se concluye que no hay un cambio significativo en el nivel de satisfacción familiar ($t(7) = -.431$, $p < 0.05$) entre las mediciones efectuadas antes ($x = 148.75$) y después ($x = 149.88$) de la aplicación de la escala ESFA.

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS TEST	148,75	8	12,291	4,346
	ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS RETEST	149,88	8	10,973	3,880

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS TEST - ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS RETEST	-1,125	7,376	2,608	-7,292	5,042	-,431	7	,679

Cabe destacar que en esta prueba solo participaron cinco parejas pero dos hombres no continuaron con la investigación por incomodidad en el estudio. El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos de tal aplicación (ver tabla 1).

ESCALA DE SATISFACCION FAMILIAR POR ADJETIVOS (ESFA)										
	Pareja 1		Pareja 2		Pareja 3		Pareja 4		Pareja 5	
	El (U)	Ella (O)	El (L)	Ella (B)	El (A)	Ella (E)	E (--)	Ella (S)	El (--)	Ella (M)
PUNTUACIONES TEST	148	146	162	162	142	147	---	125	----	158
PUNTUACIONES RE-TEST	149	154	157	156	142	162	---	127	----	152

Tabla 1
Resultados de la aplicación de Test y Re-test de la prueba ESFA

A continuación se muestran los estadísticos de media, moda y mediana de la escala de satisfacción por adjetivos del test en comparación con el re-test (ver Tabla 2).

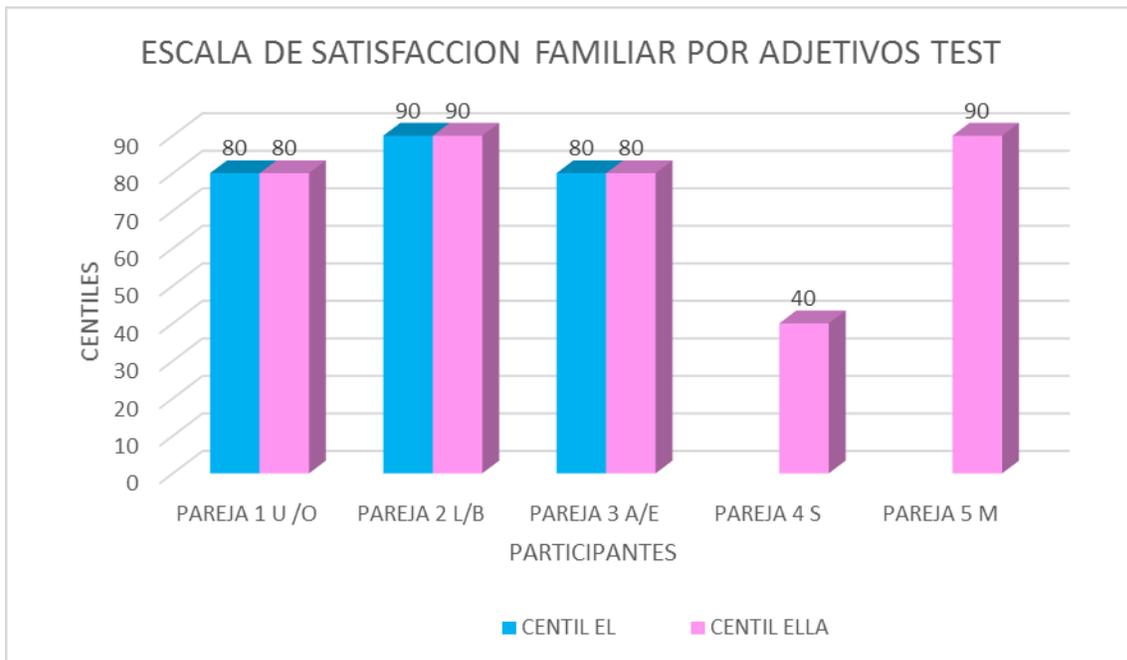
Estadísticos ESFA	ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS TEST	ESCALA DE SATISFACCION POR ADJETIVOS RE-TEST
Media	148,75	149,88
Mediana	147,50	153,00
Moda	162	127 ^a
Mínimo	125	127
	162	162

a. Existen varias modas. Se mostrara el menor de las valores.

Tabla 2. Comparación de estadísticos de la escala ESFA.

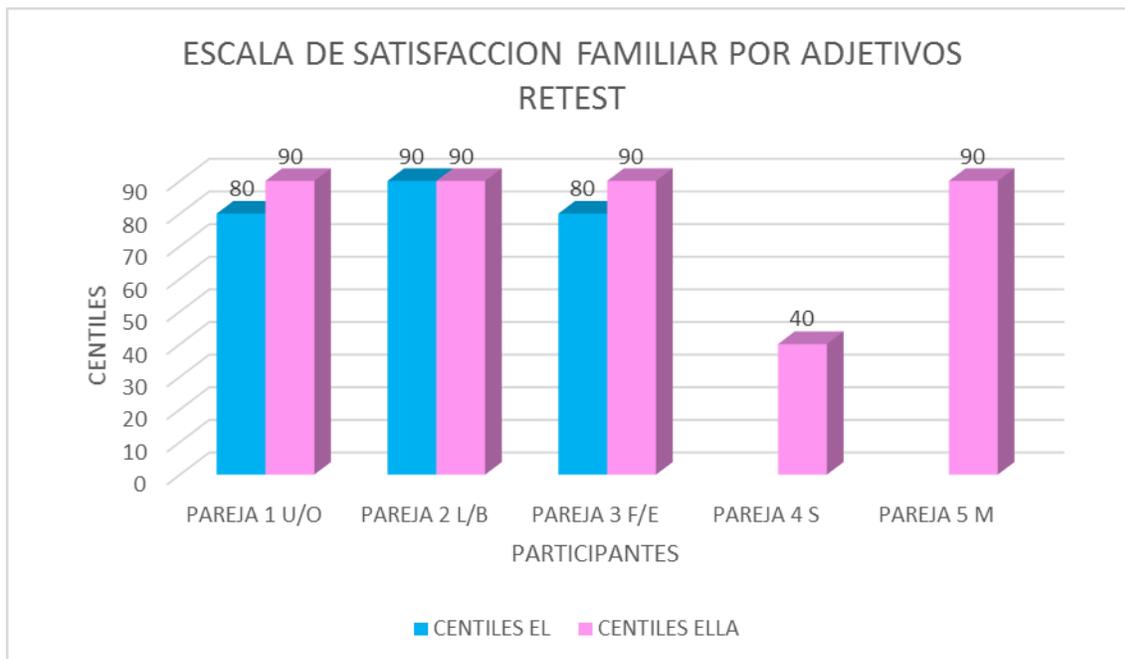
Tomamos los datos de la Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos para hacer una discreta comparación obteniendo resultados significativamente similares entre el test del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (actitudes afectivas y cognitivas TA—TD) y el cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (frecuencia de la respuesta conductual S—N).

La siguiente (gráfica 1), muestra a cada pareja e individualmente diferenciados con color para él y ella los centiles que obtuvieron en la aplicación de Escala de satisfacción familiar por Adjetivos (ESFA) en el test teniendo en su mayoría alta satisfacción familiar.



Gráfica 1: Resultados de la ESFA del Test.

La gráfica 2, muestra a cada pareja e individualmente la puntuación que obtuvieron en la aplicación de Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en el Re-test.



Gráfica 2. Resultados de la ESFA del Re-test.

En el re-test, en donde no presentaron gran diferencia entre el test y re-test ya que se mantienen casi en los mismos centiles.

6.4 Cuestionario sobre la Resiliencia ante el Diagnóstico de Infertilidad

La presente investigación tuvo como propósito Identificar cómo la capacidad de resiliencia puede fortalecer a las parejas heterosexuales ante el diagnóstico de infertilidad.

Para este efecto, realizamos un análisis estadístico a través del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, versión 18), primeramente para evaluar la confiabilidad y validez del instrumento realizado, segundo para conocer el agrupamiento de las fuentes de la resiliencia y determinar la funcionalidad del instrumento. Por último, la fuente de resiliencia más significativa es “estoy”, ya que los participantes refieren mayor puntuación en esta fuente que en las demás, por poseer las características delimitadas en el marco referencial.

Para tal efecto, se aplicaron 16 cuestionarios con dos escalas de medición diferente, ambas para medir el grado de acuerdo- desacuerdo respecto al grado de resiliencia de cada participante ante el diagnóstico de infertilidad. La primer escala midió la actitud afectiva, cognitiva y conductual con respuestas que van desde Totalmente de Acuerdo (TA) hasta Totalmente en Desacuerdo (TD) asociado a la resiliencia (anexo 2) y la otra escala midió la frecuencia de la respuesta conductual con respuestas de Siempre (S) a Nunca (N) asociado a la resiliencia (anexo 3).

Las escalas fueron redactadas en base al contenido del marco referencial, tomando como base fundamental las cuatro fuentes de la resiliencia con las cuales podemos entender, cómo es que percibe alguien de forma subjetiva con sus recursos resilientes, estos son los siguientes: Yo tengo (apoyo externo), Yo soy (fuerza interior), Yo estoy (fuerza interior) y Yo puedo (capacidades interpersonales y de resolución de conflictos).

Así mismo se clasificaron los ítems del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (midiendo actitudes afectivas y cognitivas) de acuerdo a estas fuentes.(ver tabla 1).

Fuentes de Resiliencia	Ítems de contenido
Tengo	1,5, 9, 10, 16, 19,22.
Soy	2,6,13,17,23
Estoy	3,7,11,14,20
Puedo	4,8,12,15,18,21.

Tabla 1. Clasificación de los ítems de acuerdo a las fuentes de resiliencia del cuestionario de TA--TD.

Obteniendo para Tengo un $\alpha = .680$, soy $\alpha = .898$, en Estoy $\alpha = .545$ y para Puedo $\alpha = .855$ como puede observarse en la fuente de resiliencia Estoy, tiene un alfa de cronbach baja en comparación con las otras fuentes de resiliencia donde sus resultados de fiabilidad muestran una constante dentro del calor aceptado de .55, sin embargo, logra una fiabilidad que es aceptable pues rebasa el .50 ya que la muestra es pequeña (8 personas).

Posteriormente se procedió a obtener el estadístico de fiabilidad de los 23 ítems totales, para conocer si la escala realizada tendría una buena confiabilidad encauzado a conocer si los participantes cuentan o no con una resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (ver cuadro 1.1).

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	de elementos tipificados	N de elementos
,858	,910	23

Cuadro 1.1 muestra la fiabilidad del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad que mide actitudes afectivas y cognitivas Totalmente Acuerdo-----Totalmente Desacuerdo.

Sin embargo en la tabla 2 que corresponde a la matriz rotada del análisis factorial se puede observar cómo los 23 elementos en su mayoría se agrupan de manera distinta.

Matriz de componentes rotados^a

ESCALA Totalmente Acuerdo – Totalmente Desacuerdo.	Componente			
	1	2	3	4
19.Tengo acceso a los servicios de salud pública, para iniciar un tratamiento de infertilidad	,969	,026	,158	-,077
17.Creo que soy una persona que acepta la imposibilidad de ser madre/padre sin afligirme	,969	,026	,158	-,077
8.Puedo intentar un nuevo tratamiento de atención asistida, para lograr tener un hijo	,962	,140	,076	-,152
21.Puedo estar solo, cuando necesito un espacio para reflexionar mis pensamientos negativos que me limitan a estar bien conmigo mismo	,958	,176	,152	-,086
6.Creo que soy una persona tranquila, ante el tratamiento para concebir un hijo	,958	,176	,152	-,086
13.Soy una persona que planea un proyecto de vida con hijos	,958	,176	,152	-,086

14.Estoy frustrada/o, porque no funcionó el tratamiento de atención asistida	,857	-,102	-,109	,409
15.Puedo resolver cualquier conflicto existente en mi vida, a pesar de no ser padre o madre de familia	,841	,507	,124	-,100
18.Puedo ser un modelo positivo para otros padres que están en busca de un hijo	,838	-,132	-,169	-,252
3.Estoy dispuesta/o a someterme a un tratamiento de infertilidad	,721	,206	,571	-,069
7.Estoy seguro/a que todo saldrá bien en el tratamiento	,594	,146	-,517	,239
2.Soy una persona desagradable	,030	,959	-,073	-,076
9.Tengo amistades a las que les puedo confiar mi diagnóstico	,186	,956	,005	-,081
4.Puedo salir adelante ante el diagnóstico de infertilidad	,186	,956	,005	-,081
23.Me considero una persona optimista ante la vida	,612	,770	,080	-,101
5.Mi pareja no me apoya durante el tratamiento	,030	,310	,911	,063
16.Tengo algún conocido que paso por la misma situación de infertilidad	,476	-,289	,805	,052
1.Tengo personas en mi familia que me apoyan y cuidan durante el tratamiento de infertilidad	-,080	,665	,689	,028
11.Estoy/estuve triste cuando el resultado del tratamiento de infertilidad fue negativo	-,207	,235	-,684	,370
20.Estoy dispuesta/o a buscar atención psicológica, para sobrellevar el diagnóstico y el tratamiento de infertilidad	-,169	-,068	-,101	,813
22.Tengo una posición económica estable que me permite solventar un tratamiento de atención asistida	,122	,127	,119	-,739
12.Puedo expresar mis sentimientos y pensamientos a mi pareja, respecto al diagnóstico de infertilidad	,518	-,257	,338	,633
10.No cuento con los recursos económicos para un tratamiento de atención asistida privado	-,147	,549	,057	,567

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Tabla 2: muestra los ítems conformados por el análisis factorial en cuatro dimensiones del cuestionario de resiliencia que mide actitudes afectivas y cognitivas TA-----TD, además de estar coloreados los ítems de acuerdo a las fuentes de resiliencia.

En cambio al realizar el análisis factorial en el programa de SPSS, se dio la instrucción de agrupar los ítems en 4 factores y se obtuvieron distintos resultados que se enmarcan en el siguiente cuadro:

Factores	Ítems conformados por dimensión del análisis factorial confirmatorio
Factor 1	3,6,7,8,13,14,15,17,18,19,21.
Factor 2	2,4,9,23.
Factor 3	1,5,11,16.
Factor 4	10,12,20,22.

En consecuencia la fiabilidad de cada factor varía enormemente teniendo como resultado para el factor 1 un $\alpha = .973$, factor 2 $\alpha = .967$, factor 3 $\alpha = .334$ y para el factor 4 $\alpha = -.350$ como puede observarse el factor 3 es nulo pues se encuentra por debajo del nivel de confiabilidad aceptado e incluso el factor 4 es negativo y por tanto la fiabilidad es nula. De ahí que, tomando en cuenta el análisis realizado optamos por los resultados de la fiabilidad de los primeros agrupamientos que realizamos en base al contenido, pues como ya se mencionó la consistencia de la medida no es alta debido a la muestra pequeña (8 personas), pero nos permite teóricamente contar con una firmeza de resiliencia enfocada a un diagnóstico de infertilidad, que posiblemente si se realizará con una muestra más grande la medición del instrumento aumentaría significativamente el nivel de fiabilidad de cada fuente.

Recogiendo lo más importante se muestra (ver tabla 3) una comparación de las fuentes de resiliencia con sus respectivos ítems de contenido con los factores y sus concernientes ítems del análisis factorial, del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (mide actitudes afectivas y cognitivas).

INFERTILIDAD (midiendo actitudes afectivas y cognitivas TA-----TD)					
Fuentes de Resiliencia	Items de contenido	Alfa de cronbach por pilar (fiabilidad)	Factores	Items conformados por dimensión del análisis factorial confirmatorio	Nivel alfa
Tengo	1,5, 9, 10, 16, 19,22.	.680	Factor 1	3,6,7,8,13,14,15,17,18,19,21.	.973
Soy	2,6,13,17,23.	.898	Factor 2	2,4,9,23.	.967
Estoy	3,7,11,14,20.	.545	Factor 3	1,5,11,16.	.334
Puedo	4,8,12,15,18,21.	.855	Factor 4	10,12,20,22.	-.350

Tabla 3. Comparación de items de las fuentes resilientes con los factores del análisis factorial.

De acuerdo a los resultados obtenidos anteriormente, la tabla 4 muestra el estadístico descriptivo para la media, mediana, moda, mínimo y máximo del análisis realizado del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de la infertilidad que mide actitudes afectivas y cognitivas con una escala de respuestas de Totalmente de acuerdo a Totalmente en Desacuerdo, en el cual nos da un resultado favorable de las respuestas y percentiles de dicho cuestionario, ya que las derivaciones indican que en el percentil 75 se encuentran cuatro participantes donde denota una buena resiliencia, dos en percentil 50 con una resiliencia moderada y 2 en percentil 25 en la cual solo presenta una mínima resiliencia.

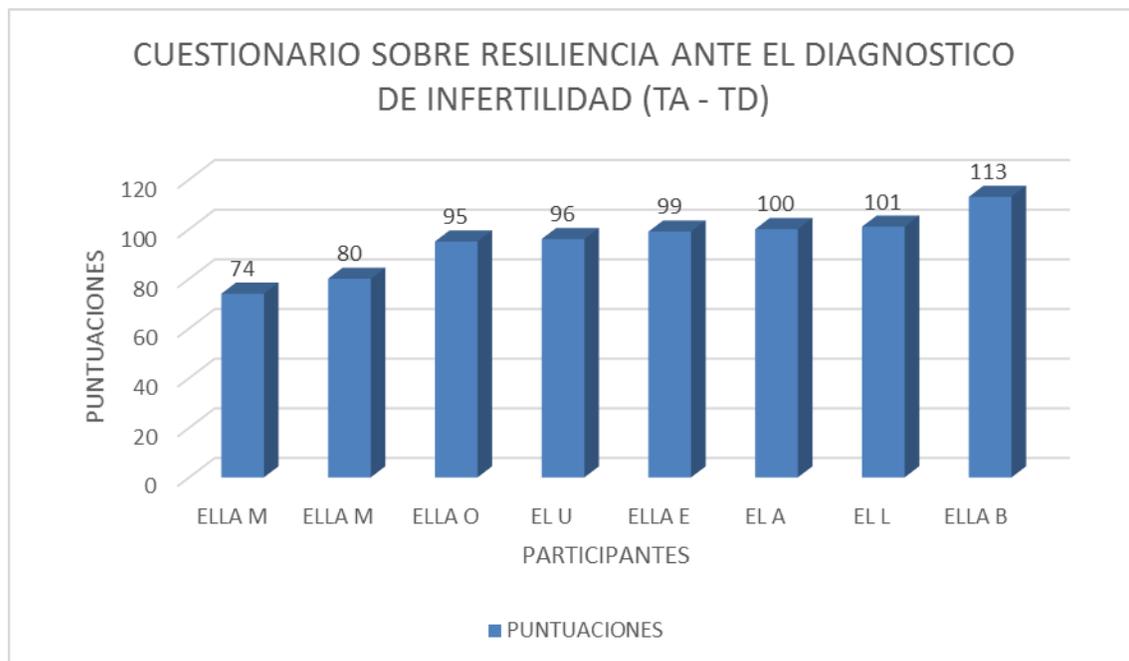
RESILIENCIA TA-TD

Media		94,75
Mediana		97,50
Moda		74 ^a
Mínimo		74
Máximo		113
Percentiles	25	83,75
	50	97,50
	75	100,75

Tabla 4: Estadístico descriptivo del cuestionario de resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (Totalmente Acuerdo ---Totalmente Desacuerdo).

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

A continuación la gráfica 2, muestra las puntuaciones obtenidas de la base de datos del programa SPSS acomodadas de un mínimo de 74 y el máximo de 113, cada una de las puntuaciones tiene una sola frecuencia por lo que los valores de porcentajes son iguales de 12,5. La puntuación general máxima de cada escala es de 115, y se valoran las puntuaciones de acuerdo a las puntuaciones de los ítems de cada escala. Por lo que la totalidad de los participantes se encuentra dentro del parámetro con mayor resiliencia.



Gráfica 2. Resultados de las puntuaciones de los participaciones de la escala de TA—TD.

Así pues, de igual manera se clasificaron los ítems del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (midiendo la respuesta conductual) de acuerdo a estas fuentes (ver tabla 5).

Fuentes de Resiliencia	Ítems de contenido
Tengo	10,19,22
Soy	2,5,6,11,13,17,23.
Estoy	1,3,7,9,14,16,20.
Puedo	4,89,12,15,18,21.

Tabla 5. Clasificación de los ítems de acuerdo a las fuentes de resiliencia del cuestionario de S--N.

Teniendo para Tengo un $\alpha = .562$, soy $\alpha = .725$, en Estoy $\alpha = .636$ y para Puedo $\alpha = .657$ como puede observarse en la fuente de resiliencia Tengo, tiene un alfa de cronbach baja en comparación con las demás fuentes de resiliencia. Sin embargo, logra una fiabilidad que es aceptable pues rebasa el .50. Además, las fuentes restantes presentan una fiabilidad constante dentro del valor aceptado de .55.

Posteriormente se procedió a obtener el estadístico de fiabilidad de los 23 ítems totales, para conocer si el cuestionario realizado tendría una buena confiabilidad encauzado a conocer si los participantes cuentan o no con una resiliencia ante en el diagnóstico de infertilidad (ver cuadro 2.1).

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,220	,887	23

Cuadro 2.1 muestra la fiabilidad del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad que mide la frecuencia de la respuesta conductual con la escala de Siempre-----Nunca)

Sin embargo en la tabla 6 que corresponde a la matriz rotada del análisis factorial se puede observar cómo los 23 elementos en su mayoría se agrupan de manera distinta.

Matriz de componentes rotados^a

ESCALA Siempre -- Nunca	Componente			
	1	2	3	4
6.Creo que soy una persona tranquila, ante el tratamiento para concebir un hijo	,976	,139	,026	,086
4.Puedo salir adelante ante el diagnóstico de infertilidad	,976	,139	,026	,086
19.Tengo acceso a los servicios de salud pública, para iniciar un tratamiento de infertilidad	,964	,100	,046	,076
5.Yo soy segura/a de mí mismo	,896	,125	-,156	-,013
21.Puedo estar solo, cuando necesito un espacio para reflexionar mis pensamientos negativos que me limitan a estar bien conmigo mismo	,859	,010	,086	,048
18.Trabajo para conseguir mis objetivos y metas sin importarme las dificultades que encuentro en el camino	,852	,437	,023	,049
14.Estoy frustrada/o, porque no funcionó el tratamiento de atención asistida	,722	-,369	,512	,046
1.Normalmente trato de mirar la situación desde distintos puntos de vista	,592	,427	,329	-,032
9.Yo estoy rodeada/o de personas en general que me ayudan en situaciones difíciles	,537	,028	-,321	-,147
10.Cuento con los recursos económicos para un tratamiento de atención asistida privado	-,052	,916	,155	,120
7.Estoy seguro/a que todo saldrá bien en el tratamiento	,293	,902	,269	-,091
22.Tengo una posición económica estable que me permite solventar un tratamiento de atención asistida	-,085	,877	-,008	,004
16.Intentó ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas	,165	,737	-,016	-,031
23.Me considero una persona optimista ante la vida	,340	,733	-,020	-,008
3.Estoy dispuesta/o a someterme a un tratamiento de infertilidad	,040	,198	,842	-,117
12.Puedo expresar mis sentimientos y pensamientos a mi pareja, respecto al diagnóstico de infertilidad	-,204	-,305	,818	-,303
8.Puedo intentar un nuevo tratamiento de atención asistida, para lograr tener un hijo	,454	,422	,725	-,121
17.Creo que soy una persona que acepta la imposibilidad de ser madre/padre sin afligirme	,219	,268	,533	,440

15.Puedo resolver cualquier conflicto existente en mi vida, a pesar de no ser padre o madre de familia	,345	-,322	-,510	,179
13.Soy una persona que planea un proyecto de vida con hijos	,243	,106	-,353	,887
11.Soy capaz de manejar sentimientos desagradables o dolorosos como tristeza temor o miedo	,322	,170	,213	-,883
20.Estoy dispuesta/o a buscar atención psicológica, para sobrellevar el diagnóstico y el tratamiento de infertilidad	-,054	-,119	,589	,754
2.Soy una persona desagradable	,624	,099	-,189	,704

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla 6: muestra los ítems conformados por el análisis factorial en cuatro dimensiones del cuestionario de resiliencia que mide la frecuencia de la respuesta conductual S-----N, además de estar coloreados los ítems de acuerdo a las fuentes de resiliencia.

En cambio al realizar el análisis factorial en el programa de SPSS, se dio la instrucción de agrupar los ítems en 4 factores y se obtuvieron distintos resultados que se enmarcan en el siguiente cuadro:

Factores	Ítems conformados por dimensión del análisis factorial confirmatorio
Factor 1	1,4,5,6,9,14,18,19,21.
Factor 2	7,10,16,22,23.
Factor 3	3,8,12,15,17.
Factor 4	2,11,13,20.

En consecuencia la fiabilidad de cada factor varía enormemente teniendo como resultado para el factor 1 un $\alpha = .945$, factor 2 $\alpha = .913$, factor 3 $\alpha = .472$ y para el factor 4 $\alpha = -.710$ como puede observarse los primeros dos factores tienen muy buena confiabilidad. Sin embargo, el factor 3 es nulo pues se encuentra por debajo del nivel de confiabilidad aceptado e incluso el factor 4 es negativo y por tanto la fiabilidad es nula.

De ahí que, tomando en cuenta el análisis realizado optamos por los resultados de la fiabilidad de los primeros agrupamientos que realizamos en base al contenido, pues como ya se mencionó la consistencia de la medida no es alta debido a la muestra pequeña (8 personas), pero nos permite teóricamente contar con una firmeza de resiliencia enfocada a un diagnóstico de infertilidad, que posiblemente si se realizará con una muestra más grande la medición del instrumento aumentaría significativamente el nivel de fiabilidad de cada fuente.

Recogiendo lo más importante se muestra (ver tabla 7) una comparación de las fuentes de resiliencia con sus respectivos ítems de contenido con los factores y sus concernientes ítems del análisis factorial, del cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (mide respuesta conductual).

CUESTIONARIO SOBRE LA RESILIENCIA ANTE EL DIAGNOSTICO DE INFERTILIDAD (midiendo la frecuencia de la respuesta conductual S-----N)					
Fuentes de Resiliencia	Ítems de contenido	Alfa de Crombach por pilar (fiabilidad)	Factores	Ítems conformados por dimensión del análisis factorial confirmatorio	Nivel alfa
Tengo	10,19,22	.562	Factor 1	1,4,5,6,9,14,18,19,21.	.945
Soy	2,5,6,11,13,17,23.	.725	Factor 2	7,10,16,22,23.	.913
Estoy	1,3,7,9,14,16,20.	.636	Factor 3	3,8,12,15,17.	.472
Puedo	4,8,9,12,15,18,21.	.657	Factor 4	2,11,13,20.	-.710

Tabla 7. Cuadro comparativo de ítems de las fuentes resilientes con los factores del análisis factorial.

De acuerdo a los resultados de contenido, en el cuadro para el cuestionario sobre la resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad que mide la frecuencia de la respuesta conductual para la escala de Siempre(S) hasta Nunca(N) (tabla 8) nos muestra el estadístico descriptivo para la media, mediana, moda, mínimo y máximo, en el cual nos da un resultado favorable de las respuestas, ya que en los percentiles de 75 se encuentran dos participantes donde denota una buena resiliencia, tres en percentil 50 con una resiliencia moderada y tres en percentil 25 en la cual solo presenta una mínima en resiliencia, en la cual vemos una diferencia en la resiliencia de los participantes en comparación con la escala de Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo ya que se presentan variables en los percentiles, sin embargo esta dentro de los parámetros del contenido para el manejo de buena resiliencia (ver tabla 8).

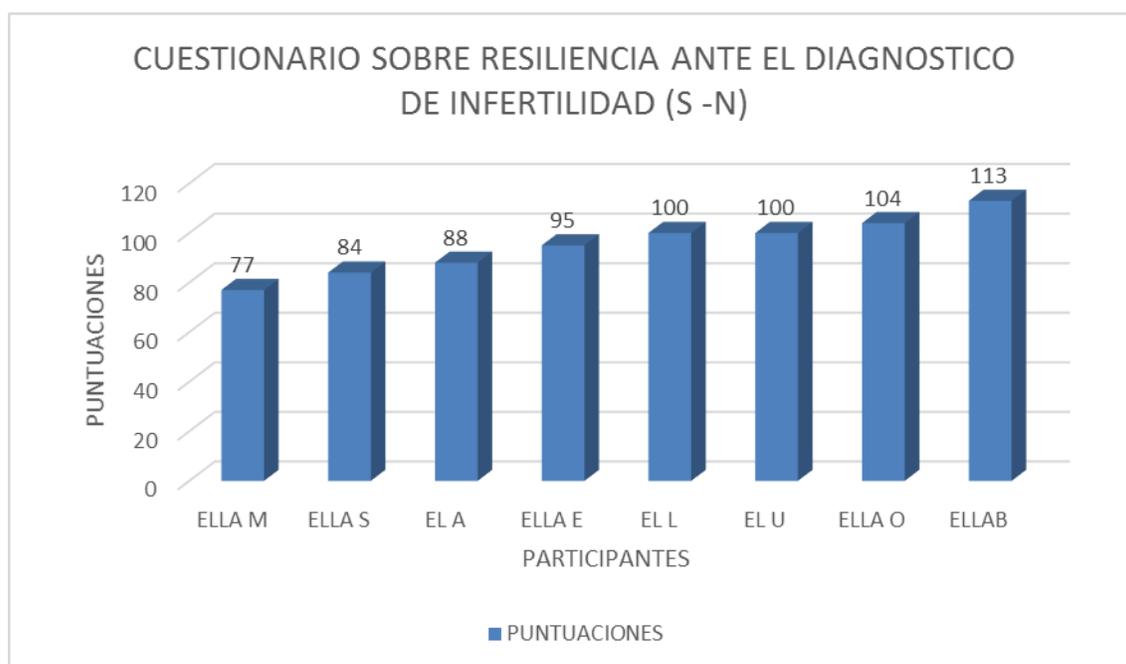
Estadísticos

RESILIENCIA S-N

Media	95,13
Mediana	97,50
Moda	100
Mínimo	77
Máximo	113
Percentiles 25	85,00
50	97,50
75	103,00

Tabla 8: estadístico descriptivo del cuestionario de resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad (Siempre--Nunca).

A continuación la gráfica 3, muestra las puntuaciones obtenidas de la base de datos del programa SPSS acomodadas de un mínimo de 77 y el máximo de 113 (ver gráfica 3), cada una de las puntuaciones presenta frecuencias y solo la puntuación 100 presenta dos frecuencias y las demás tienen una sola frecuencia por lo que los valores de porcentajes excepto en puntuación 100 que muestra un porcentaje de 25 y las demás de 12,5. Por lo que la totalidad de los participantes se encuentra dentro del parámetro con mayor resiliencia.



Gráfica 3. Resultados de las puntuaciones de los participaciones de la escala de S—N.

CONCLUSIONES

A lo largo de la investigación se lograron comprender las capacidades que el ser humano en la adultez tiene para desarrollarse en el crecimiento personal y social de la madurez, ya que comprenden cambios en los hitos sociales marcando el comienzo a los roles que exige la cultura, por ejemplo: el matrimonio y la procreación, son los hitos más importantes ya que son socialmente aceptados.

Sin embargo, existen diferencias entre los autores presentados que enmarcan las tareas; por lo que nos enfocamos a las tareas del desarrollo de Havighurts puesto que nuestros participantes se evocaron más a la realización de éstas, pese a que existe la posibilidad de no criar hijos biológicos contemplan la posibilidad de la adopción como un recurso para terminar con las tareas propuestas, no obstante los participantes pueden o no concluir las tareas socialmente aceptadas puesto que pueden modificarla de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada pareja que participo en este estudio, mientras tanto, en el desarrollo de estos hitos surge una amenaza a la posibilidad de procreación es por ello que enfocamos una parte de nuestra entrevista en profundizar cuestiones médicas y biológicas al preguntar a las parejas participantes como fue que se enteraron de un diagnóstico de ésta naturaleza. Lo más importante fue descubrir que las parejas después de un par de años de actividad sexual sin protección cayeran en cuenta que en ese tiempo no se había logrado ningún embarazo y fue así como recurrieron a médicos especialistas para que los evaluaran.

Así pues, el diagnóstico de infertilidad primeramente fue de manera inesperada ya que las parejas al gozar de buena salud no creían tener ningún problema de infertilidad, después se le sumaron complicaciones de tipo biológico en el aparato reproductor femenino en la mayoría de las entrevistadas, pues éstas presentaron trastornos que les imposibilitaban el proceso de fecundación y pese a varios tratamientos de atención asistida, en su mayoría argumentaron que los tratamientos son dolorosos y costosos y que por más alternativas médicas y no médicas que buscaron no lograron ser madres ni padres.

Así mismo, es importante que en la búsqueda de formar una familia, se lleve a cabo una revisión constante de salud puesto que nos deja en manifiesto que es importante saber y conocer el estado de salud general poniendo énfasis en el aparato reproductor femenino y

masculino para descartar cualquier trastorno de infertilidad, ante del deseo de concebir hijos.

Por otra parte, la entrevista también abordó aspectos psicológicos donde los participantes expresaron las emociones que predominaron durante el diagnóstico, tratamiento y resultado de infertilidad. Vale la pena destacar que las emociones negativas más predominantes durante ese momento eran la tristeza manifestada con mucho llanto y desanimo; el miedo expresado en evitar comentar sobre los resultados a sus familiares; la culpa, en auto reproches, ansiedad, angustia, ira y frustración.

Además de descubrir que el impacto psicológico, no es tomado en cuenta y que se sigue teniendo el tabú de que no es adecuado compartir un problema de intimidad de esta naturaleza con un tercero (psicólogo) ya que se considera que el apoyo de pareja es lo que más fortalece a uno y otro para atravesar este periodo; sin embargo, cabe aclarar que aunque no implementamos un tratamiento psicológico, existió una intervención de manera indirecta con los participantes ya que de alguna forma ellos expresaron y compartieron sus emociones, pensamientos y situaciones en la búsqueda de un hijo.

La intervención indirecta antes mencionada fue a través de la redacción de su historia, en la proyección de su dibujo ideal de la familia, incluso en la entrevista a profundidad donde cada una de las parejas expresaron el miedo a través del dialogo de la negación de no poder ser padres, pensando que su diagnóstico era exclusivo. Cabe resaltar que es de vital importancia recurrir al trabajo terapéutico para tomar conciencia y responsabilidad del evento, por ejemplo asistir a consultas psicológicas previas a las consultas médicas para fortalecer el estado de salud emocional de la pareja, ya que con esta investigación nos dimos cuenta que el factor emocional es la primer causa de abandono del tratamiento, ya que sin ayuda profesional resulta complicado mantener una estabilidad emocional durante cada uno de los intentos para concebir un bebé.

Sin embargo, la falta de información de los procesos psicológicos impide que en cada área de salud pública e inclusive en instituciones privadas referidos a problemas de infertilidad se preste este servicio multidisciplinario que promueva el desarrollo personal y que además, permita a los pacientes llevar a plenitud su tratamiento sin frustración, estrés o ansiedad a la tarea de vida de la adultez.

Así mismo, pudimos observar que los participantes así como se menciona en el tema de resiliencia cuentan con fuentes y pilares resilientes que les permitieron poseer una perspectiva positiva de la vida como individuo y de pareja, ya que al asimilar el diagnóstico, tratamiento y resultado aprendieron a ser resilientes y lo afrontaron conforme al apoyo de pareja que fortaleció su interior para optimizar su salud y bienestar emocional dejando aún lado las emociones negativas que los embargaban en ese momento de su vida y desarrollar sus habilidades de solución de problemas para admitir nuevas realidades.

En relación al duelo percibimos que las etapas del duelo varían en tiempo y en forma de enfrentarlo, ya que existieron algunas parejas que se estancaron mucho tiempo en la negación de la imposibilidad de procrear un hijo y atravesar por cada una de las etapas resulto muy difícil para llegar a la aceptación y así concluir con las alternativas y esperanza de resignificar la pérdida de un hijo. Luego de que resignificaron la pérdida, las parejas confrontaron su deseo de ser padres y su toman la decisión plena y consiente en su mayoría decidieron adoptar, aunque los trámites para la adopción no fueron fáciles.

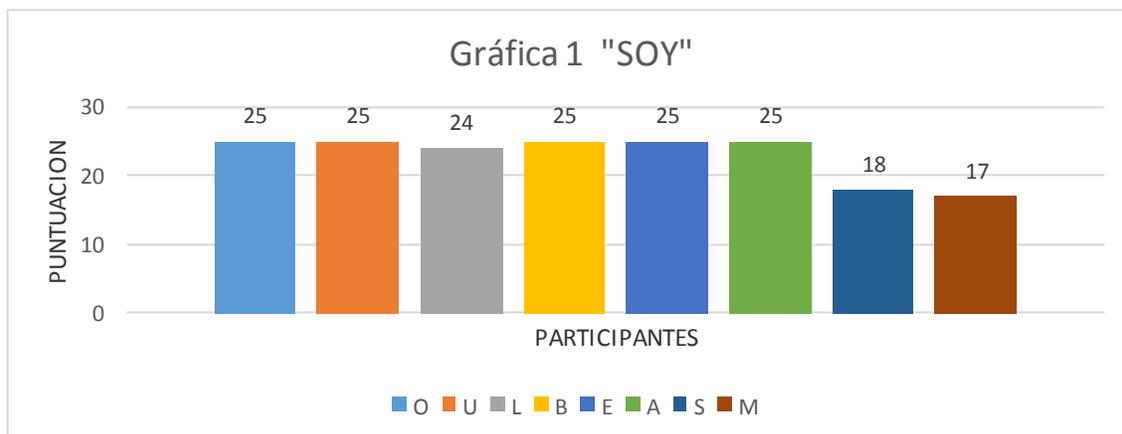
Finalmente, y después de haber obtenido de manera cuantitativa y cualitativa los resultados podemos concluir que las parejas participantes tienen un nivel alto de resiliencia ya que la elaboración de nuestros instrumentos nos ayudó a verificar si cada una de las parejas fueron resilientes o no ante el diagnóstico de infertilidad ya que con la aplicación de los cuestionarios nos permitió analizar las fuentes y recursos resistentes de cada participante de manera individual. Además, concluimos que la fuente más sobresaliente fue “Soy” ya que al visualizar ambos cuestionarios notamos que 5 participantes (O,U,B,E Y A) obtuvieron la puntuación más alta para ésta fuente, ya que cuentan con una fuerza interior estable que les permite lograr lo que se proponen contando con varios rasgos de personalidad como: extrovertidos, agradables, tranquilos, respetuosos, empáticos, responsables, optimistas, sociables, amables y seguros de sí mismos. Mientras que para la fuente puedo solo 2 personas (L y B) obtuvieron mayor resiliencia en esta fuente, y por último, para las fuentes estoy y tengo solo una persona en cada fuente obtuvo el puntaje más alto en éstas.

Al comparar estas evidencias, señalamos que dentro de los participantes hubo 3 parejas con puntajes mayores en las fuentes mencionadas anteriormente, por lo cual, observamos que aparte de tener recursos resilientes propios es significativo contar con

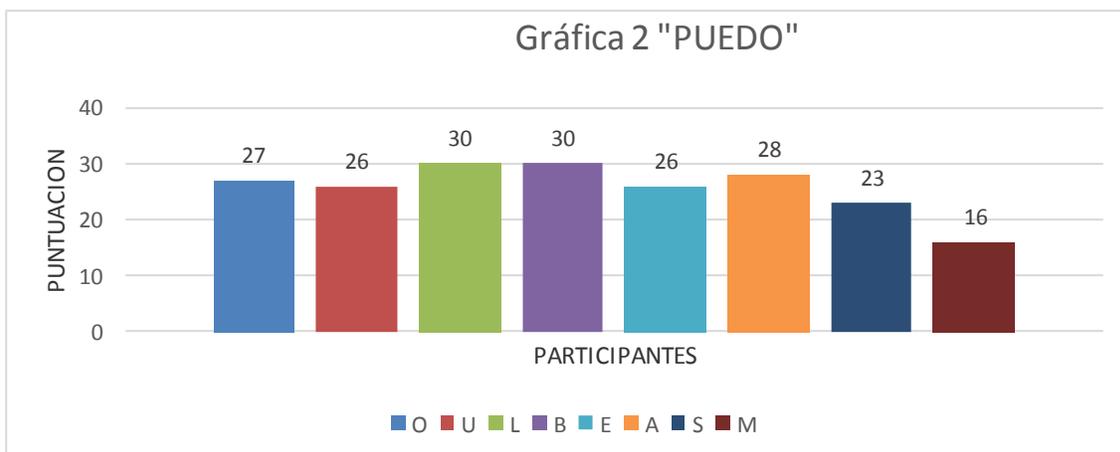
el apoyo de la pareja ya que ésta te permite contar con un compromiso emocional donde se procura la estabilidad emocional del otro y se percibe bienestar y contribución al desarrollo de la pareja tanto física, emocional, espiritual y social, en definitiva contar con el sostén de la pareja incrementa responder mayormente a eventos estresantes de la vida.

Sobre la base de las ideas expuestas anteriormente se muestran los dos cuestionarios de resiliencia con sus escalas diferentes para ilustrar las fuentes resilientes más destacadas de cada participante.

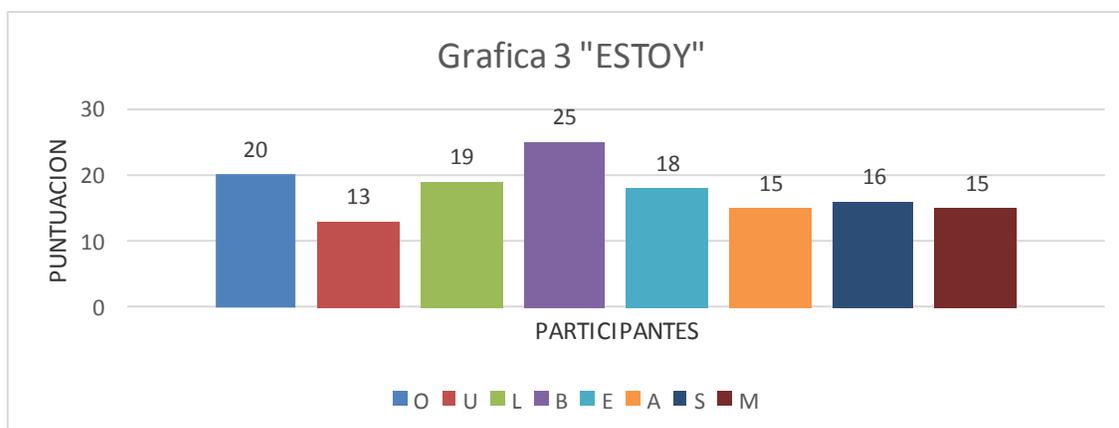
El primer cuestionario de Resiliencia ante el Diagnóstico de Infertilidad, que mide las actitudes afectivas y cognitivas con una escala de Totalmente Acuerdo a Totalmente Desacuerdo con 8 participantes, evaluamos las cuatro fuentes de resiliencia, donde las puntuaciones varían entre el número de ítems para cada fuente, haciendo notar que en su totalidad son 23 ítems del cuestionario obteniendo una puntuación máxima total de 115 puntos en donde el valor mayor de cada ítem es de 5 puntos y un mínimo de 1 punto dando 23 puntos totales. Para cada una de las fuentes existen diferente número de ítems, por lo que las puntuaciones máximas y mínimas varían



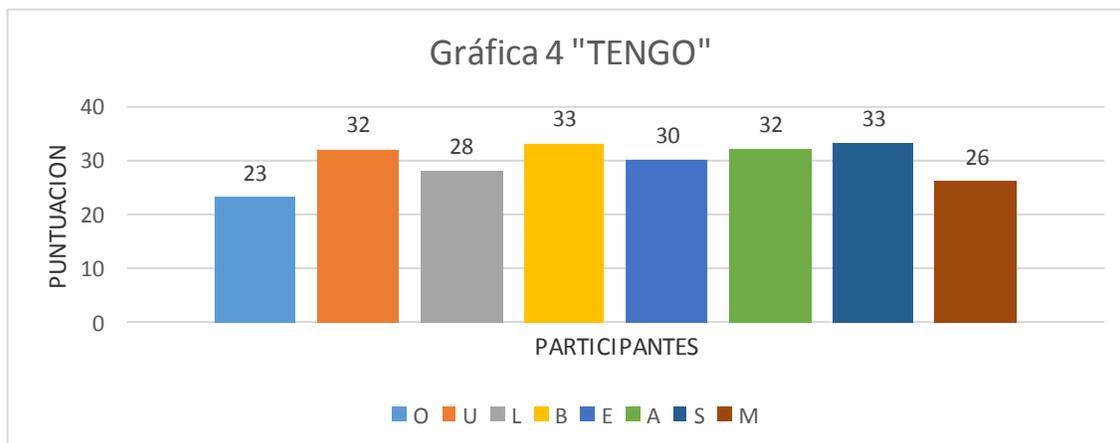
Gráfica 1. Muestra la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente "Soy" en donde el máximo fue de 25 puntos y el mínimo de 17 puntos, haciendo hincapié que la fuente solo cuenta con 5 ítems totales de esta fuente.



Gráfica 2. Para esta gráfica, la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente "Puedo" en donde el máximo fue de 30 puntos y el mínimo de 16 puntos, haciendo referencia que la fuente solo cuenta con 6 ítems totales de esta fuente.

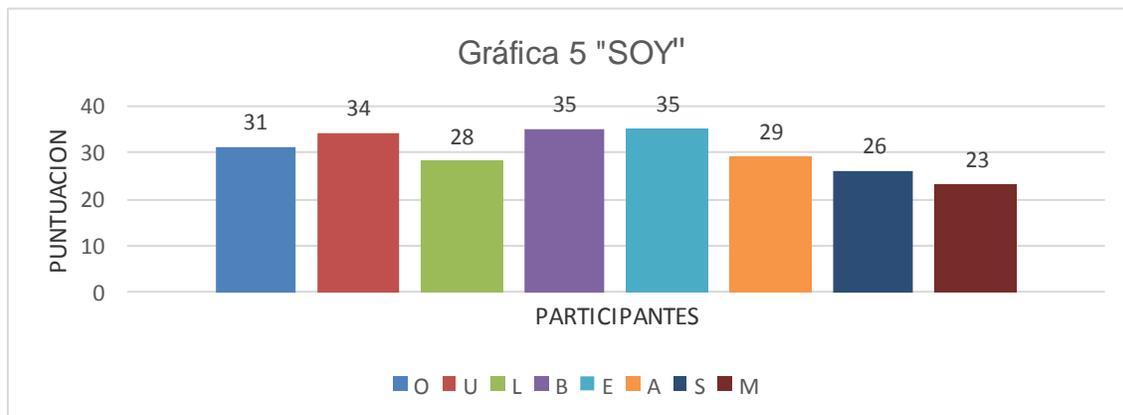


Gráfica 3. Con respecto a esta gráfica la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente "Estoy" en donde el máximo fue de 25 puntos y el mínimo de 13 puntos, señalando que la fuente solo cuenta con 5 ítems totales de esta fuente.

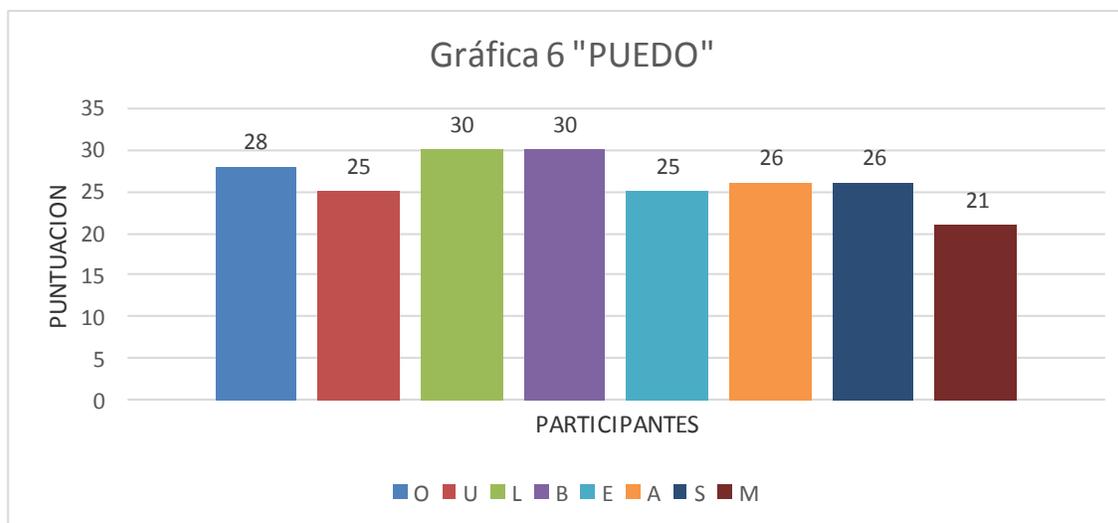


Gráfica 4. Por otro lado la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente "Tengo" en donde el máximo fue de 33 puntos y el mínimo de 23 puntos, haciendo enfoque que la fuente solo cuenta con 7 ítems totales de esta fuente.

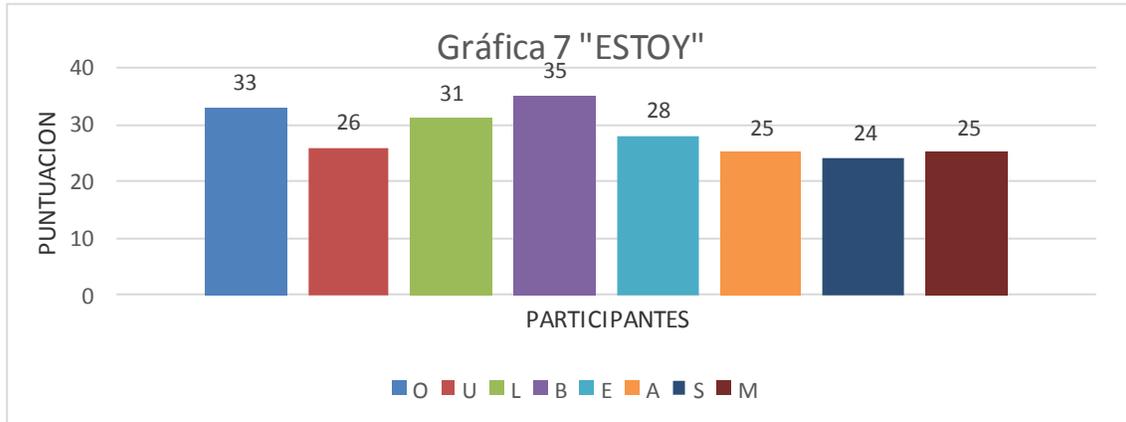
Con respecto al segundo cuestionario de Resiliencia ante el Diagnóstico de Infertilidad que mide la frecuencia de la respuesta conductual con una escala de Siempre a Nunca con 8 participantes, evaluamos las cuatro fuentes resilientes, donde las puntuaciones varían entre el número de ítems para cada fuente, haciendo notar que en su totalidad son 23 ítems del cuestionario obteniendo una puntuación máxima total de 115 puntos en donde el valor mayor de cada ítem es de 5 puntos y un mínimo de 1 punto dando 23 puntos totales. Para cada una de las fuentes existen diferente número de ítems, por lo que las puntuaciones máximas y mínimas varían



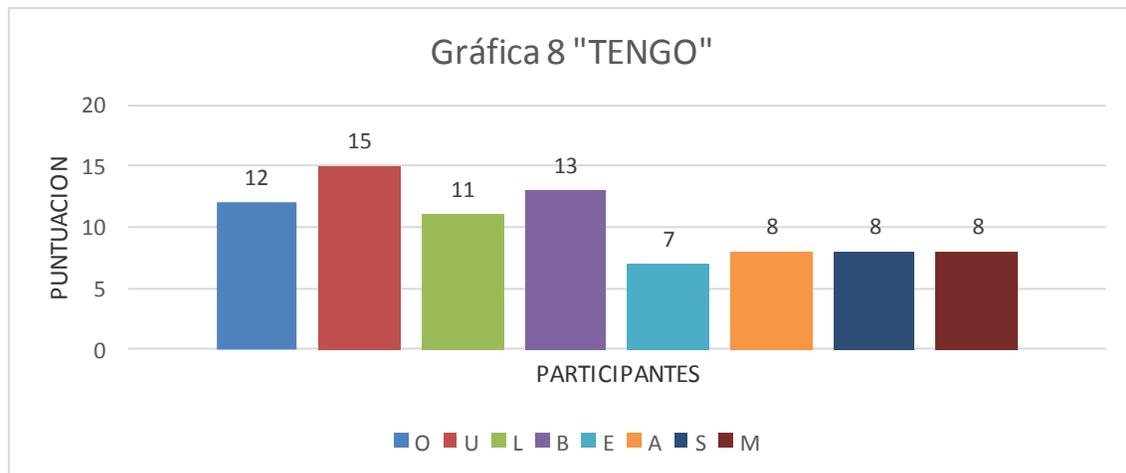
Gráfica 5. En primer lugar la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente “Soy” en donde el máximo fue de 35 puntos y el mínimo de 23 puntos, ya que la fuente solo cuenta con 7 ítems totales de esta fuente.



Gráfica 6. En segunda instancia se observa la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente “Puedo” en donde el máximo fue de 30 puntos y el mínimo de 21 puntos, haciendo hincapié que la fuente solo cuenta con 6 ítems totales de esta fuente.



Gráfica 7. En esta se muestra la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente “Estoy” en donde el máximo fue de 35 puntos y el mínimo de 24 puntos, haciendo hincapié que la fuente solo cuenta con 7 ítems totales de esta fuente.



Gráfica 8. Por último, se presenta la puntuación de cada participante a lo que respondieron de la fuente “Tengo” en donde el máximo fue de 15 puntos y el mínimo de 7 puntos, haciendo hincapié que la fuente solo cuenta con 3 ítems totales de esta fuente.

Por lo tanto para la pregunta de investigación que es ¿La resiliencia puede ser fortalecida con intervención psicológica en parejas adultas heterosexuales ante un diagnóstico de infertilidad? Se concluye que a pesar de no haber tenido como tal una intervención psicológica, los participantes no creyeron que fuese relevante porque en su momento contaron con el apoyo de su pareja, que fue un factor indispensable para enfrentar el diagnóstico. Sin embargo, con el apoyo e intervención psicológica se pudieron haber mejorado las emociones negativas y manejar el proceso de duelo de manera adecuada, para no alargar o saltarse cada una de las etapas y llegar a la aceptación de la incapacidad de poder procrear un hijo, dando pie a modificar las tareas del desarrollo de acuerdo a sus necesidades. En efecto, los participantes mostraron cierto grado de resiliencia ante el diagnóstico de infertilidad que les permitió confrontar y se denota en los resultados descritos anteriormente.

ANEXOS

ANEXO 1 GUIA DE ENTREVISTA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INICIAL

Guía de la entrevista sobre la formación de la pareja, el inicio de la búsqueda de un hijo, el diagnóstico, tratamiento, resultado de la infertilidad y posible proyecto de vida.

Fecha: _____ Lugar: _____

Clave del entrevistado: _____ Edad: _____

Características de la entrevista: confidencialidad y duración aproximada de una hora.

Preguntas:

- 1.- ¿Podrían describir como se conocieron y cómo fue su noviazgo?
- 2.- ¿Podrían mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios?
- 3.- Describan cómo fue la convivencia de casados.
- 4.- Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?
- 5.- ¿Cómo comenzó la búsqueda de un bebé?
- 6.- ¿Cuál fue el diagnóstico médico?
- 7.- Podrían mencionar y describir las causas que originaron el inesperado dictamen de infertilidad.
- 8.- ¿Cuál es el tratamiento a seguir ante dicha valoración?
- 9.- Podrían compartir ¿Qué sintieron y que pensaban al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?
- 10.- ¿Cómo se sentían durante el tratamiento de infertilidad al que estaban sometidos?
- 11.- Han buscado otras opiniones médicas u alternativas.
- 12.- ¿Cómo consideran el apoyo de la pareja durante este proceso?
- 13.- ¿Cómo es la atención médica de los servicios de salud pública en nuestro país?
- 14.- Han buscado apoyo psicológico para sobrellevar el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?
- 15.- ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?
- 16.- Han visualizado el tema de la adopción como una posible opción para poder ser padres.

ANEXO 1.1 GUÍA DE LA ENTREVISTA ADECUADA A LA PAREJA 1.

Pareja 1(O Y U)

Fecha: _____ Lugar: _____

El: _____ Edad: _____

Ella: _____ Edad: _____

Características de la entrevista: confidencialidad y duración aproximada de una hora.

Preguntas:

- 1.- ¿Podrían describir como se conocieron y cómo fue su noviazgo?
- 2.- ¿Podrían mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios?
- 3.- Describan cómo fue la convivencia de casados.
- 4.- ¿Cómo comenzó la búsqueda de un bebé?
- 5.- ¿Qué sintieron y que pensaban al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?
- 6.- ¿Cómo se siente con respecto al problema de infertilidad por el que atraviesa su esposa?
- 7.- ¿Cómo consideran el apoyo de la pareja durante este proceso?
- 8.- ¿Cómo surgió la idea de la adopción?
- 9.- Ahora ¿cuál sería su proyecto de vida?
- 10.- ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?

ANEXO 1.2 GUÍA DE LA ENTREVISTA ADECUADA A LA PAREJA 2.

Pareja 2 (L Y B)

Fecha: _____ Lugar: _____

El: _____ Edad: _____

Ella: _____ Edad: _____

Características de la entrevista: confidencialidad y duración aproximada de una hora.

Preguntas:

- 1.- ¿Podrían describir cómo se conocieron y cómo fue su noviazgo?
- 2.- Describan cómo fue la convivencia de casados.
- 3.- Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?
- 4.- ¿Cómo comenzó la búsqueda de un bebé?
- 5.- Han buscado apoyo psicológico para sobrellevar el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?
- 6.- ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?
- 7.- Han visualizado el tema de la adopción como una posible opción para poder ser padres. ¿Cómo sería?
- 8.- Quisieran compartir algo más.

ANEXO 1.3 GUÍA DE LA ENTREVISTA ADECUADA A LA PAREJA 3.

Pareja 3 (A Y E)

Fecha: _____ Lugar: _____

El: _____ Edad: _____

Ella: _____ Edad: _____

Características de la entrevista: confidencialidad y duración aproximada de una hora.

Preguntas:

- 1.- Podrían describir como se conocieron y cómo fue su noviazgo?
- 2.- ¿Podrían mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios?
- 3.- Describan cómo fue la convivencia de casados.
- 4.- Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?
- 5.- ¿A qué se debe el temor de no poder ser padre?
- 6.- A parte de la varicela existe otro factor que les impida ser papas?
- 7.- ¿Cuál fue el diagnóstico médico?
- 8.- ¿Qué tratamientos han intentado para la concepción de un hijo?
- 9.- ¿Qué sintieron y que pensaban al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?
- 10.- ¿Cómo consideran el apoyo de la pareja durante este proceso?
- 11.- ¿Cómo es la atención médica de los servicios de salud pública en nuestro país?
- 12.- Han buscado apoyo psicológico para sobrellevar el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?
- 13.- ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?
- 14.- Han visualizado el tema de la adopción como una posible opción para poder ser padres.

ANEXO 1.4 GUÍA DE LA ENTREVISTA ADECUADA A LA PAREJA 4.

Pareja 4 Ella (S)

Fecha: _____ Lugar: _____

El: _____ Edad: _____

Ella: _____ Edad: _____

Características de la entrevista: confidencialidad y duración aproximada de una hora.

Preguntas:

- 1.- Cuéntame ¿cómo conociste a tu esposo y cómo fue su noviazgo?
- 2.- ¿Podrías mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios? ¿Qué plan imaginaban?
- 3.- Describe cómo fue la convivencia de casados.
- 4.- Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?
- 5.- Aparte de lo que has mencionado que han vivido, ¿El tema de la adopción es una posible opción para ustedes?
- 6.- ¿A qué te refieres con que no se ha podido llevar a cabo?
- 7.- ¿Han buscado la opción de adoptar en una casa hogar?
- 8.- Cuéntame de tus embarazos.
- 9.- Podrías compartir ¿Qué sentiste y que pensabas al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?
- 10.- Han buscado otras opiniones médicas u alternativas. ¿Qué han dicho?
- 11.- ¿Cómo han enfrentado los problemas de pareja que se han presentado durante la búsqueda de un hijo?
- 12.- ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?

ANEXO 2 ESCALA DE SATISFACCION FAMILIAR POR ADJETIVOS (ESFA)



Hoja de anotación

Fecha: _____

Apellidos y nombre: Sexo: V M Edad: _____

Estado civil: Profesión:

Observaciones:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADO/A							ACOMPANADO/A	2
3	JOVIAL							MALHUMORADO/A	3
4	RECONFORTADO/A							DESCONSOLADO/A	4
5	CRITICADO/A							APOYADO/A	5
6	SOSEGADO/A							DESASOSEGADO/A	6
7	DESCONTENTO/A							CONTENTO/A	7
8	INSEGURO/A							SEGURO/A	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHO/A							INSATISFECHO/A	10
11	COHIBIDO/A							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADO/A							ANIMADO/A	12
13	ENTENDIDO/A							MALINTERPRETADO/A	13
14	INCÓMODO/A							CÓMODO/A	14
15	ATOSIGADO/A							ALIVIADO/A	15
16	INVADIDO/A							RESPETADO/A	16
17	RELAJADO/A							TENSO/A	17
18	MARGINADO/A							INTEGRADO/A	18
19	AGITADO/A							SERENO/A	19
20	TRANQUILO/A							NERVIOSO/A	20
21	ATACADO/A							DEFENDIDO/A	21
22	DICHOSO/A							DESDICHADO/A	22
23	DESAHOGADO/A							AGOBIADO/A	23
24	COMPRENDIDO/A							INCOMPRENDIDO/A	24
25	DISTANTE							CERCANO/A	25
26	ESTIMULADO/A							REPRIMIDO/A	26
27	MAL							BIEN	27



TEA Ediciones, S.A.

ANEXO 3 CUESTIONARIO DE RESILIENCIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

CUESTIONARIO SOBRE LA RESILIENCIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTACION:

El cuestionario busca conocer las características que puede presentar una persona resiliente ante el diagnóstico de infertilidad. LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONARÁS SERÁ CONFIDENCIAL, se tratará con respeto y discreción, por lo cual te pido que tus respuestas sean lo más sinceras posibles. Asegurarte de haber contestado todos los reactivos. "GRACIAS".

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (H) (M) Delegación o Población:

INSTRUCCIONES: coloca una "X" a las respuestas que consideres más adecuadas para cada afirmación de acuerdo a la siguiente escala. Totalmente de Acuerdo=TA, Acuerdo=A, Indeciso=I, Desacuerdo=D, Totalmente en Desacuerdo=TD.

Afirmaciones	TA	A	I	D	TD
1.-Tengo personas en mi familia que me apoyan y cuidan durante el tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
2.-Soy una persona desagradable.	1	2	3	4	5
3.-Estoy dispuesta\o a someterme a un tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
4.-Puedo salir adelante ante el diagnostico de infertilidad.	5	4	3	2	1
5.-mi pareja no me apoya durante el tratamiento.	1	2	3	4	5
6.-creo que soy una persona tranquila, ante el tratamiento para concebir un hijo.	5	4	3	2	1
7.-Estoy seguro que todo saldrá bien en el tratamiento.	5	4	3	2	1
8.-Puedo intentar un nuevo tratamiento de atención asistida, para lograr tener un hijo.	5	4	3	2	1
9.-Tengo amistades a las que puedo confiar mi diagnóstico.	5	4	3	2	1
10.- No cuento con los recursos económicos para un tratamiento de atención asistida privado.	1	2	3	4	5
11.-Estoy/ estuve triste cuando el resultado del tratamiento de infertilidad fue negativo.	1	2	3	4	5
12.-Puedo expresar mis sentimientos y pensamientos a mi pareja, respecto al diagnóstico de infertilidad.	5	4	3	2	1
13.-Soy una persona que planea un proyecto de vida con hijos.	5	4	3	2	1
14.-Estoy frustrado, porque no funciono el tratamiento de atención asistida.	1	2	3	4	5
15.-Puedo resolver cualquier conflicto existente en mi vida, a pesar de no ser padre o madre de familia.	5	4	3	2	1
16.-Tengo algún conocido que paso por la misma situación de infertilidad.	5	4	3	2	1
17.-creo que soy una persona que acepta el diagnostico negativo sin afligirme.	5	4	3	2	1
18.- Puedo ser un modelo positivo para otros padres que están en busca de un hijo.	5	4	3	2	1
19.- Tengo acceso a los servicios de salud pública, para iniciar un tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
20.- Estoy dispuesta/o a buscar atención psicológica, para sobrellevar el diagnóstico y el tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
21.- Puedo estar solo, cuando necesito en espacio para reflexionar mis pensamientos negativos que me limitan a estar bien.	5	4	3	2	1
22.- Tengo una posición económica estable que me permita solventar un tratamiento de atención asistida.	5	4	3	2	1
23.- Me considero una persona optimista ante la vida.	5	4	3	2	1

ANEXO 4 CUESTIONARIO DE RESILIENCIA ANTE EL DIAGNOSTICO DE INFERTILIDAD

CUESTIONARIO SOBRE LA RESILIENCIA ANTE EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD

UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTACION:

El cuestionario busca conocer las características que puede presentar una persona resiliente ante el diagnostico de infertilidad. LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONARÁS SERÁ CONFIDENCIAL, se tratará con respeto y discreción, por lo cual te pido que tus respuestas sean lo más sinceras posibles. Asegurate de haber contestado todos los reactivos. "GRACIAS".

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: (H) (M) Delegación o Población: _____

INSTRUCCIONES: Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo (a) describen. Marque con una "X" su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. No hay respuestas ni buenas ni malas. Para cada respuesta responde con la siguiente escala:
Siempre= S, Casi siempre =CS, Algunas veces =AV, Casi nunca=CN y Nunca=N

Afirmaciones	S	CA	AV	CN	N
1.- Normalmente trato de mirar la situación desde distintos puntos de vista.	5	4	3	2	1
2.-Soy una persona desagradable.	1	2	3	4	5
3.-Estoy dispuesta\o a someterme a un tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
4.-Puedo salir adelante ante el diagnostico de infertilidad.	5	4	3	2	1
5.- Yo soy seguro/a de mí mismo.	5	4	3	2	1
6.-creo que soy una persona tranquila, ante el tratamiento para concebir un hijo.	5	4	3	2	1
7.-Estoy seguro/ a que todo saldrá bien en el tratamiento.	5	4	3	2	1
8.-Puedo intentar un nuevo tratamiento de atención asistida, para lograr tener un hijo.	5	4	3	2	1
9.- Yo estoy rodeado/a de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.	5	4	3	2	1
10.- Cuento con los recursos económicos para un tratamiento de atención asistida privado.	5	4	3	2	1
11.- Soy capaz de manejar sentimientos desagradables o dolorosos como tristeza, temor o miedo.	5	4	3	2	1
12.-Puedo expresar mis sentimientos y pensamientos a mi pareja, respecto al diagnóstico de infertilidad.	5	4	3	2	1
13-Soy una persona que planea un proyecto de vida con hijos.	5	4	3	2	1
14.-Estoy frustrado/a, porque no funciona el tratamiento de atención asistida.	1	2	3	4	5
15.-Puedo resolver cualquier conflicto existente en mi vida, a pesar de no ser padre o madre de familia.	5	4	3	2	1
16.- Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas.	5	4	3	2	1
17.-creo que soy una persona que acepta la imposibilidad de ser madre/padre sin afligirme.	5	4	3	2	1
18.- Trabajo para conseguir mis objetivos y metas sin importarme las dificultades que encuentro en el camino.	5	4	3	2	1
19.- Tengo acceso a los servicios de salud pública, para iniciar un tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
20.- Estoy dispuesta/o a buscar atención psicológica, para sobrellevar el diagnóstico y el tratamiento de infertilidad.	5	4	3	2	1
21.- Puedo estar solo, cuando necesito espacio para reflexionar mis pensamientos negativos que me limitan a estar bien conmigo mismo.	5	4	3	2	1
22.- Tengo una posición económica estable que me permite solventar un tratamiento de atención asistida.	5	4	3	2	1
23.- Me considero una persona optimista ante la vida.	5	4	3	2	1

Anexo 5 TABLA DE OBSERVACIONES

TABLA DE OBSERVACIONES

Observaciones	Pareja 1		Pareja 2		Pareja 3		Pareja 4	
	El	Ella	El	Ella	El	Ella	El	Ella
Se comunica con facilidad.								
Demuestra empatía a las afirmaciones.								
Presenta comportamiento pro-social.								
Manifiesta sentido del humor.								
Manifiesta Resolución de problemas.								
Piensa de forma reflexiva.								
Intenta dar soluciones nuevas.								
Es una persona independiente.								
Presenta control de impulsos.								
Presenta Sentido de propósitos y de futuro.								
Manifiesta Motivación para sus metas.								

ANEXO 6 TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Pareja 1(O Y U)

A: Buenas tardes, iniciaremos con la entrevista, de forma gradual, iniciaremos recordando su noviazgo, su vida como pareja hasta llegar al momento actual. ¿Podrían describir como se conocieron y cómo fue su noviazgo?

O: Pues mira nuestro noviazgo fue muy bonito porque creemos que vivimos una época de antaño donde había cortejo, él era muy detallista, yo también, él siempre me regalaba rosas rojas y nos escribíamos cartas que hasta la fecha conservamos, nos dábamos tarjetas de Hallmart cada mes, mi esposo fue mi primer novio y mi gran amor, casi no salíamos, y si salíamos eran pocas veces el por su trabajo y a mí porque no me dejaban mis papas salir con él tan noche, lo máximo que debía llegar a mi casa en caso de que fuéramos a cenar era a las 10:00 de la noche y si salíamos era a un lugar céntrico y no lejos de donde vivía, pues mi padre como era militar no dejaba salir mucho,

U: bueno yo trabajaba en una combi en la ruta 9 de la Benito Juárez, yo la veía y decía ojala fuéramos amigos y que algún día fuera mi novia pero, ni le hablaba, pero me decidí a hablarle y nos hicimos amigos,

O: si yo (esposa) trabajaba en una escuela con mi carrera técnica de programador analista y como él casualmente..... él pasaba por la parada y así semanas nos veíamos diario un ratito del trayecto de la parada a mi casa, a mi encantaba platicar con él porque siempre había tema de conversación y se ponía nervioso, llego finalmente el día que me pidió que fuéramos novios, y fue en el parque zapata el siembre muy respetuoso, bien vestido y caballeroso en ese entonces cuando nos hicimos novios yo iba a cumplir 18 años y el 21 años así anduvimos 5 años de novios pero durante ese tiempo, no pensábamos de familia, ni donde vivir, lo que si es que queríamos que si nos casáramos fuera por amor y que hubiera siempre mucha comunicación,

A: Describan cómo fue la convivencia de casados.

U: pues pun nos casamos, aunque para casarte es un desmadre, cuando me case me imaginaba tener dos hijos con ella y si piensas en formar una familia aunque mi esposa decía que quería tres o cuatro hijos y yo le decía estás loca jajajaja, pero si y así fue nos casamos en el año 2000 al principio de nuestro matrimonio nada cambio al contrario nos llevamos mejor porque nos íbamos a los bailes, a las carreras de caballos, fiestas, cervezas, paseos, etc., en fin disfrutamos cada momento, porque mi forma de pensar era que disfrutaríamos de nuestra libertad de nuestros trabajos y ya después pensar en ya tener un hijo y pues así tuvimos una vida plena de pareja así bien chingón que no la pasamos, y pues en ese entonces no nos preocupaba tener hijos,

A: Entonces, hablaban de formar una familia, ¿cuándo eran novios?

U: ósea si queríamos hijos pero sentíamos que no era el momento todavía y que si por el destino mi esposa se embarazaba pues bienvenido pero pues nada no se embarazaba y te dijo no le tomamos importancia si no hasta después de 3 años en que pensábamos pues tenemos vida sexual activa y nada y fue ahí cuando nos calló el veinte que por que ningún embarazo. Eso si desde que nos casamos siempre nos consideramos una familia aunque no tuviéramos hijos solo que una familia no como las tradicionales.

A: ¿Cómo comenzó la búsqueda de un bebé?

O: Ya cuando nos calló el veinte de que no podíamos embarazarnos ahora así fuimos los dos al primer ginecólogo, y pues nos mandó hacer varios estudios a mi (esposo) una espermatobioscopia y a mí (esposa) de sangre orina, perfil hormonal, así varios que ya no recuerdo,

U: después un vecino nos ayudó porque aquí son muy tardadas las citas aquí te la dan cada 4 meses y nuestro vecino que es médico nos dio un pase para la clínica 4 de la Ciudad de México allá nos atendieron y el ginecólogo también nos hizo estudios y yo salí bien solo mi esposa era la del problema y le mandaron unas pastillas e inyecciones que eran muy dolorosas y caras, cada inyección costaba 2500 pesos y se tenía que poner una diaria por 8 días y que tomaste estas pastillas y en 28 días nos vemos y así se las tomaba y íbamos a los 28 días y otra vez ahora tomaste estas, el diagnóstico que le dieron a mi esposa fue que sus folículos no crecían al tamaño normal,

O: sí, me daban hormonas y otras pastillas para que crecieran pero solo llegaban a crecer 2.5 milímetros cuando debían crecer 3 milímetros y como empecé a tomar de todo subí de peso y después, ya era otro problema ahora tenía que bajar de peso, y si ese doctor fue tajante así muy duro y me dijo pues hasta que bajes de peso bien porque no se puede hacer nada y siento que los doctores no tiene el tacto para decirte las cosas porque si así ya te sientes mal emocionalmente por la tristeza de no poder tener un hijo ahora imagínate que te digan eso pues te pone más vulnerable, así empezamos con los ultrasonidos, estudios y más cosas que de verdad era penoso porque el médico te revisaba cuando los pasantes también te veían o te revisaban, así que ahora ya nos ocupaba el asunto de ser papás, cuando acudimos a la clínica nos encontramos a un gran doctor y iniciamos otro tratamiento, el tratamiento iba bien pero, que secuestran al doctor y como lo mataron pues ahí se perdió todo el avance que ya llevábamos y

U: así empezamos a probar de todo que fijate que a mi hermana le funciono y íbamos u oye es que hay una señora que soba pues vamos, bueno probamos con los medicamentos, terapias de relajación, masajes, temazcales, hierbas y nada resulto en ese momento si no hasta que en una ocasión mi esposa se puso mal, porque tenía un gran dolor por tomar tantas hierbas y medicamentos y la internaron a causa de una gran hemorragia y pues le practicaron un legrado que decían los médicos que estaba tan grave que no la veían salir, incluso las enfermeras la veían tan grave que llegue a pensar que la podía perder y en ese momento fue que le dije ya no intentaríamos nada u otra cosa para poder tener hijos porque yo le decía prefiero tener esposa que hijo, porque yo decía yo la conozco a ella y a un hijo no lo conozco y lo conoceré hasta que nazca y si me da un hijo, y ahora quien cuidara al niño porque yo tendría que seguir trabajado, así que todo lo dejamos en manos de Dios, además siempre fue muy desgastante, y era carísimo en ese entonces.

A: ¿Qué sintieron y que pensaban al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?

O: yo(esposa) no asimilaba las cosas, porque si fueron muchas lágrimas y preguntarme porque, porque a mí, si habías intentando de todo porque no, porque tanta gente aborta y yo que quería uno nada, eso si mi esposo siempre me apoyo y estuvo ahí conmigo.

U: Y cada vez que intentábamos embarazarnos y a ella se le retrasaba su periodo porque siempre ha sido irregular pues era ilusionarnos y pasaba uno dos tres hasta diez días y a veces iba a hacerse la prueba de embarazo pero resultaba negativa y otras veces nos esperábamos hasta que llegaba su periodo y nada, no había embarazo, pues si sentíamos bien feo, llorábamos a veces no nos decaíamos nada solo nos abrazábamos y llorábamos o a veces llorábamos solos cada quien por su lado. Porque a veces no quieres decir cosas que puedan lastimar al otro. Lo que si te puedo decir que es penoso todo, porque para mí como hombre era difícil cada prueba que me hacían porque tu a veces cuando vas al laboratorio no quieres que se enteren que te vas a realizar una espermatobioscopia y ay enfermeras que hasta lo gritan y los demás pacientes que van a otro tipo de estudios se enteran y luego para sacar la muestra del semen es muy incómodo porque no ay el espacio ni la privacidad además de que te toman el tiempo te presionan mucho ahora imagínate si para mí fue duro ahora para ella que ahí todos los médicos la tenían que ver, que habrase de piernas o póngase en tal posición para revisarla si es duro,

O: y deja tú que me vieran, los piquetes, la inflamación, todo lo que te tenías que tomar de hormonas, una experiencia que si nos marcó mucho fue cuando fuimos según con un doctor espiritual, según me hizo una operación pero sin tocarme, pero según me abrieron cada capa de la piel, me fajaron y que me tenía que cuidar así como si fuera una recién aliviada, y si como usan la metafísica durante la operación sentía que algo me dolía y hasta cuando te cosen como la aguja pero no me tocaba, y después de los 40 días si se

notaba un bordo , pero pues tampoco resulto , no hubo embarazo, otro cosa que probamos también fue ir con un hierbero que termino inyectándonos vitaminas para marranos , que afortunadamente no nos hicieron ningún efecto , pero no maches

A: ¿Cómo se siente con respecto al problema de infertilidad por el que atraviesa su esposa?

U: pues me sentía mal, de verla triste pero yo nunca pensé en dejarla o reprocharle que no pudiéramos ser papás, al contrario la apoye y si me preguntaban yo decía estamos en tratamiento los dos nunca la deje sola y a veces me preguntaba y si hubiese sido al revés que yo hubiera sido el que no podría tener hijos ella me hubiera dejado o que hubiera pasado, además yo creo si ese hubiera sido el caso yo si me hubiera deprimido así como que hundido bien feo, porque si en un momento piensas que eres el único que dentro de las estadísticas que luego dicen 1 entre mil yo pensaba que ese uno era yo cuando te das cuenta que no es así que hay varios y algunos en peores casos que el tuyo. Eso si el apoyo siempre fue mutuo, y más que nada el apoyo es moral y siempre, siempre si siento que otros matrimonios se separan porque no la apoyan y porque no quieren a su pareja, y también creo que porque ellos tienen el ego muy grande, por poner un ejemplo si el salió bien pues él dice yo soy el dotado, pero a veces no hay comunicación y el ego o el orgullo no los deja o incluso a veces las amistades que te meten ideas tontas que debes dejar fruto así que mejor búscate alguien que si te pueda dar hijos pero no se trata de eso porque si quieres y amas debes preocuparte más por su bienestar de ella que lo que quieres tú. Aunque si no te vamos a negar en que si sentimos muchas tristezas y te pones las corazas así como de ser indiferente a comentarios o situaciones, además en ocasiones si le reprochábamos a Dios porque a mí, yo que estoy pagando, ya cabrón si algo te debía ya hasta estoy pagando de más, porque a mí si hay otros niños que no los quieren y yo quiero uno. Además si hay comentarios de tu familia que si te hacen sentir mal, bueno no mal pero si incomodo porque a veces como que te tienen compasión y cuando no debería ser así, porque si ya lo piensas es mejor que no lo digas es mejor ahorrar tu comentario porque lastimas más, aunque ningún comentario yo creo que ningún comentario me ha hecho sentir mal pero te fastidia te encabrona que te digan lo mismo , porque yo estaba seguro de lo que quería, si solo hubo una ocasión en la que si sentí bien gacho porque uno de mis hermanos no me decía que iban a ser padres, y si te da una nostalgia de que no puedas en el momento que lo buscas, porque a los otros les cuesta trabajo decírtelo pero en realidad no sería así,

A: ¿Cómo surgió la idea de la adopción?

O: pues pasaron ocho años en tratamiento sin dar ningún resultado hasta que hablamos del tema de la adopción pero a mí me daba miedo de que mi esposo no quisiera. Pero lo hablamos y los dos siempre pensamos en esta posibilidad y nunca tuvimos dudas de que si lo iríamos a querer, porque desde el momento de pensar que ya la vamos a tener ya la quieres y te emocionan porque la ropita y vamos a comprar su cuna, hay que hacer modificaciones a la casa, te ilusionas mucho y quizás porque es un gran amor que no se puede explicar con una palabra y no te importa nada más ósea haz de cuenta que cuando vas a adoptar es porque estás seguro y no hay ninguna duda y sobretodo porque los dos quieren y ay ese acuerdo de parte de los dos en aumentar la familia.

U: El adoptar a nuestra niña , fue algo que decidí más yo, porque yo moví todos los papeles para que se diera la oportunidad de la adopción y casi sin buscar tanto, ora sí que fue un oportunidad que Dios nos permitió, aunque si nos gustaría tener otro hijo pero a lo mejor no somos tan persistentes porque igual no hay tanto interés como antes de nuestra hija, eso tenemos miedo porque ay gente muy fea y chismosa que te preguntan y como le hicieron con su niña, y a veces lo cometas pero es fastidioso pero si el miedo de no saber cómo vamos a enfrentar las preguntas que tenga nuestra hija cuando tenga uno 10 o 13 años o que nos pregunte si en realidad es adoptada a o no, pero nosotros no queremos decirle que es adoptada porque aunque no somos sus padres biológicos , nuestra hija nació del corazón y lo importante es que la queremos y tenemos desde el primer momento que nació, y creo que todos los padres queremos darle lo mejor a nuestros hijos y así lo quiero hacer con mi hija y si desde que llega a tu vida cambian las cosas y las prioridades se vuelven otras y no porque sea por obligación sino por decisión propia y lo haces porque ahora te nace así no más.

A: Ahora ¿cuál sería su proyecto de vida?

O: Y ahora nuestro proyecto de vida es los tres, seguir como familia, nos vemos como una familia unida y feliz que lleva a su niña al kínder hasta hemos pensado en que kínder, en que primaria todo y si nos gustaría que estudiara una carrera profesional, ese sería nuestro futuro, a grandes rasgos, por nuestra adorada niña hoy en día luchamos más y ahora si ya no nos preocupa que es lo que pasaría con nuestros bienes porque ahora ya ay una heredera que nos hace seguir triunfando por todo.

U: Lo que sí quiero agregar es que ojala la adopción fuera más fácil, porque realmente si es muy difícil, *adoptar* porque son muchos requisitos, teníamos que ir a Cuernavaca y un 70% llenan los requisitos pero un 30% es difícil porque tienes que ir 3 o 4 veces a la semana para convivencia con los niños, y pues dejar tu trabajo y luego con que te mantienes, además como solventas gastos para ir y venir, además las visitas son durante tres años. Y ahora lo digo por los futuros padres que quisieran adoptar, para que no sufran más. Si ojala la ley modificara los trámites de la adopción para que fueran más rápidos y fáciles.

A: ¿Cómo consideran el apoyo de la pareja durante este proceso?

O: Finalmente creemos que el apoyo de pareja es fundamental durante un tratamiento, porque el que este contigo durante los malestares y desgaste de todo es importante saber que te entiende y trata de comprender y otro factor es lo económico porque si esos tratamientos son muy costosos, y a veces no ay la posibilidad de estos porque los medicamentos son muy caros.

A: ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?

Ambos: Y si nunca acudimos con un psicólogo porque siempre nos apoyamos y no vimos la necesidad de ayuda externa porque sentimos que no la necesitábamos. Ahora si en un futuro la podríamos necesitar pero de forma individual para ser mejores personas, mejores papás.

A: bueno, gracias por su tiempo y por ser partícipes de esta investigación y sobre todo por compartir su experiencia de ser papás.

U: gracias a ti por hacernos ver que no somos los únicos que pasan por esto. Gracias.

A: investigadora

U: el

O: ella

ANEXO 7 TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Pareja 2 (L Y B)

A: Buenas tardes comenzaremos con la entrevista, como les había comentado este sería en tercer paso de la investigación a realizar. ¿Podrían decirme como se conocieron?

B: Nos conocimos por medio del trabajo, nos conocimos en el municipio de Texcoco, yo trabajaba como demostradora en una tienda y yo estaba como promotor en una tienda de autoservicio, nos empezamos a hablar así poco a poquito como amigos y de esa amistad surgió aunque cada quien tenía sus respectivas parejas ósea cada quien tenía su propia vida nosotros realmente convivíamos en el trabajo poca veces convivíamos en fiestas o reuniones.. ujummm., y este eso será cada quien con sus novios y posteriormente a alguien se le ocurrió que fuéramos novios porque nos llevábamos bien éramos cuatro de nuestros compañeros los que nos reuníamos y hasta la fecha nos juntamos y ellos fueron los que comenzaron como el noviazgo así de cotorreo así de porque no andan o así.. Y es cuando decidimos ser novios de eso te hablamos de la primera vez que fuimos novios.

L: Yo siempre que veía a esa muchacha decía no es que me gusta mucho y no como de forma sexual nunca si no que me gustaba bien y la primera vez que salimos le lleve rosas y yo trabajaba en Texcoco y tenía que ir hasta Jamaica por las rosas como ... me daba yo mis mañas y lo que paso es que como nos conocíamos y nuestra forma de trabajo , pues como se le puede decir ósea como éramos así como amigos ya que como pareja no, no funciono porque conocíamos con quien andábamos y como éramos y salimos un mes pero con tres salidas y una de ellas fue a chiconcuac a comprar ropa , la segunda al cine y en la tercera me corto porque , porque realmente no había nada ... porque éramos más amigos y no para novios que pareja y se acabó en encanto porque como amigos echábamos más cotorreo nos contábamos nuestras cosas y así, y eso creo que fue parte fundamental para que no funcionara.. Como que ya así no era tanta la imagen y pues ora si cuando terminamos comenzamos a salir con otras personas y esa vez que ella me corto íbamos a ir a bailar y esa noche yo me hice novio de otra persona y yo realmente pues yo tenía también a mis novios .. por qué salía con uno y después con otro y realmente sola no pues salía con otro y nos hablamos así como amigos pero ya no convivíamos porque desde que empezó andar con la otra persona ya no. y eso te hablamos desde hace ya 15 años y como te digo esa etapa de mi vida cambio mucho porque esa persona me trasformo y me hizo cambiar muchas cosas porque nunca había entrado a un antro y con ella si, además no sabía bailar y no sabía muchas cosas y así empezamos una relación sexual pero no para todos fue buena, además que con esta persona si se había hablado de tener hijos, nombres de los hijos, etc., posteriormente fijamos fecha para una boda religiosa y civil pero por muchas circunstancias no se dio porque era una relación destructiva por quererte nada más para ti, además yo quería una pareja que conviviera con mi familia, que fuera yo libre, posteriormente cuando se decide finalizar esta relación ya teniendo todas las cosas, porque termino muy mal muy muy mal y yo regreso con las personas que eran mis amistades y ya para marzo fui a una boda de una de mis amistades y ahí volví a ver a bibí y pensaba esa muchacha fue mi novia porque no otra vez, pero llevo su novio ,, ella dice que no era su novio pero hayy se veía...

B : yo decía ay no, no quiero que se case, no, no, no quiero que se case no y pensaba y decía porque sufre tanto y después me cambiaron de tienda y ay lo empezaba a frecuentar más, pero un día nos fuimos a las pirámides y llevo a otra y si me tiraba y yo decía ay no yo ya quiero algo estable, algo enserio y así todo volvió a comenzar otra vez en el cumpleaños de su mamá.

L: de ahí el 17 de mayo decidí traerla a casa de mis papas y mía porque era el cumpleaños de mi mama, donde estaba mi tía y sus dos hijas, mi hermana, mis papas yo la invite a ella sin sacar ningún provecho y ella pasa por mí a Chalco porque fuimos a comprar un que ... un chocolate y ella no sabía que mi mamá era diabética no ma.. y que más trajimos flores... y fue bonito porque convivimos con su familia y luego el me llevo a Tlalmanalco que por que según no había ni micros ni nada para regresarme a mi casa y ahí en el parque decidimos andar como andar ser novios... y toda mi familia me dijeron a que linda muchacha esta

joven , grandota y guapa ,, pero porque le dijeron no porque le nació,, y como al mes le dije que si se quería casar conmigo y si veníamos en la micro para acá y ni lo pensé y le dije si porque yo ya no quería estar así de inestable y él me dijo ya tengo todas las cosas solo falta que te compres el vestido y si yo le dije yo me lo compro y para ese entonces yo le dije quieres fiesta o quieres camioneta y el decidió junto con sus papas comprar la camioneta y lo acompañe..

A: Y en ese mes de novios pensaban en tener familia???

B: No, no , no pensábamos en nada ni estábamos enamorados, solo nos estimábamos y nos queríamos mucho como amigos, y pues de mi parte no estaba enamorada y pues fue así como de haber que pasa así como de chinge su... ósea fue así nada más y fue un error haberme ahora lo entiendo casarme muy rápido,

L: fue un error porque pocas veces cometo errores, porque no di tiempo a reflexionar, a estar solo, a pensarlo , porque venía de una relación muy fuerte que quería yo, porque estaba yo enamorado, porque pensaba en tener una familia, que pensaba en tener hijos que ya hasta tenía pensado quien iban a ser los compadres de mis hijos con la persona con la que me iba yo a casar jajajaja,, pero B siempre me gusto porque era sencilla y no era una mujer que exigiera o que pidiera esto, aquello, eso, ... pero al final los dos cometimos el error yo por no darle tiempo y ella por impulsiva, y fue así como venganza porque soy muy vengativo, y es darle en donde más les duele no físicamente sino emocionalmente buscándome algo mejor, y cuando nos casamos fue difícil porque no teníamos nada planeado, ni donde vivir, ni familia, ni hijos, ni nada... ósea tres meses y rápido nos casamos, no nos dimos la oportunidad de conocernos o expresar como nos sentíamos de nuestras relaciones anteriores y ya no tuve el detalle de enamorarla nada más fue así, solo para darle el anillo si lo hice., se lo di con unas florecitas pero no ilusionado, en ese momento nos acompañaron nuestros familiares y su familia de ella decía que nos casábamos apresuradamente porque ella según estaba embarazada y no, no fue por esa razónpues así fue el proceso del noviazgo no fue muy bonito pero aquí estamos...jajajaja....

A: Ahora podrían contarme como fue la convivencia ya casados?????????

B: Pues fue muy muy duro, lo más difícil que te puedas imaginar, y decía hídole ¿porque me case? Y este haz te cuenta que se tenían que hacer las cosas como él decía, para que yo no hiciera lo que le había hecho su anterior pareja, quería que las cosas se iban a manejar como él decía, por el problema que hubo con su hermano, decidimos irnos a rentar, nos fuimos y empezamos de cero a santa marta porque ahí estaban cerca nuestros trabajos y dormíamos en un colchón en el suelo, unas cajitas que eran nuestro ropero la televisión, una parrillita, dos sillas blancas, un comedor redondo, y teníamos muchas dudas sobre si hicimos bien en casarnos o no.

L: Mira nunca nos hemos peleado por que no tenemos un hijo, o reclamarnos porque no me puedes dar un hijo, o decirnos él o ella es la que no puede embarazarse nada; nos peleamos por otras tonterías, si .. Más que nada nos hemos peleado por terceros, pero nunca por el tema de un hijo.

A: ¿Cómo comenzó la búsqueda de un bebé?

L: Bueno aquí empieza la parte del tratamiento, mira acudimos al médico,al ginecólogo la primera vez no, por que quisiéramos hijos en ese momento, sino más bien fuimos porque a ella cada periodo de su menstruación le daban unos dolores durísimos y a veces para calmarlos le suministrábamos dos medicamentos en una inyección que era metamizol sódico más butilhioscina, porque le diagnosticaron dismenorrea primaria, bueno entonces nos dieron un pase para el hospital de la Raza en el Distrito Federal para iniciar la revisión primaria, el historial de parejas, abortos, enfermedades sexuales, todo esto fue el primer paso en el área de ginecología, posteriormente nos pasaron al área de biología de reproducción humana y en ese momento fue cuando surgió la idea de ser papás, aquí iniciamos tratamiento ambos, a ella para la dismenorrea y a mí por la irritación en el pene, a causa del moco vaginal que ella tiene por su PH acido, por este motivo ella no se podía embarazarse porque sus folículos estaban muy pequeños a causa de la dismenorrea y yo me sentía como el que no sirve a pesar de que acudimos al doctor y siempre le dieron medicamento para que lo

folículos crecieran, los estudios ,las citas pero era muy desgastante porque era viajar y llegar bien temprano a las 4 de la mañana para alcanzar lugar para los estudios,

B: y la primera vez que me hicieron la Laparoscopia me empezaron a inyectar y se me hizo un globo morado , morado en la parte del ombligo me inyectaban y me dolía muy fuerte en la parte del estómago hayyy era un dolor, eran inyecciones pero no recuerdo como se llamaban pero servían para limpiarme y me pusieron tres y de ahí posteriormente me dieron hormonas inyectables, para que ya me empezaran a estimular más los folículos que crecieran para que me pudiera embarazar, ayyy nooo era bien feo porque también las hormonas eran inyectables y eran cerca del ombligo y ayyyy , no pues yo le decía a él que me las pusiera porque yo no quería ir hasta el seguro para que me las pusieran

L: y como el médico no dio ninguna orden para poder inyectarla en otra parte pues era doloroso, y si era muy desgastante porque tenías que tener relaciones tal día, checar sus días fértiles, como estaba el moco vaginal, y este tener una almohada debajo de la cadera y tener las piernas hacia arriba (posición para embarazarse) para que los espermas no salieran al momento de la eyaculación y regresar al hospital así, y como era desgastante también viajar e incómodo decidimos alojarnos en un hotel cerca del hospital para que tuviéramos relaciones sexuales y eyaculara, y precisamente teníamos que llevar fechas de la menstruación, revisar todos lo de los medicamentos, revisar todo lo que era del moco vaginal revisando que tuviera cierta elasticidad porque según ello decían que teníamos que ver los días más fértiles con un calendario que ellos nos dieron, y este si era muy desgastante llevar las muestras para una espermotobioscopia cada dos meses, y ahí fue cuando comenzamos la primera inseminación asistida con las cánulas y la muestra de espermas que eran unos espermas que según ellos se ponían en un líquido azul y checar su permeabilidad, este,, era para darle mayor fuerza a la fecundación se dio una inseminación sin éxito,

B: pero no sentíamos nada, era así como no pego, bueno para la próxima, pero mi esposo yo lo veía muy emocionado así como haber chiquitos levántense para que puedan atrapar a ese pinche ovulo pero yo en su momento decía tenemos más oportunidades ósea no es la única y siempre nos advirtieron.. son tres inseminaciones y si ninguna llega con éxito ya no hay para más porque ese es el protocolo, pero siempre fuimos muy optimistas, bueno al principio del tratamiento que duro 9 años, estábamos fuertes, sanos, y siempre alentaba a mi esposa, y yo salía chillando y él siempre me decía no llores vamos a echarle ganas a la próxima y a parte que era desgastante decía ya me inyectaron esto y eso y hice esto y el otro y no pego si era duro para mí pero él siempre me apoyo y me levantaba el ánimo entonces para mí fue duro y la segunda se suspendió porque callo en fin se semana y no había médico y otra vez comienzan las inyecciones, y después se volvió intentar con una cánula depositando los espermas en el útero y los medicos nos decían que tuviéramos buena vibra y cuando salíamos del hospital hasta veníamos con cuidadito, despacito al caminar, para que no se desprendieran y posteriormente con todo los estudios comenzamos a tener conciencia del asunto y más porque una de sus tías padecía cáncer de pecho a causa de tantas hormonas que le daban, aunque los médicos te dicen que las hormonas las desechas a los 7 días hay otros médicos que te dicen que se desechan con el paso de tiempo, así la segunda tampoco tuvo éxito y yo me desesperaba, lloraba y lloraba y él pues siempre me apoyaba pero a veces si se veía decaído sin animo , y si fue muy duro, duro porque de ese primer periodo fueron casi cerca de 37 inyecciones- para poder prepararme para logra un embarazo y nada, y luego otro mes más otros estudios regresar a todo el proceso otra vez, checar lo folículos y lloraba y lloraba ay quería tirar la toalla pero siempre nos preguntábamos y si no lo hago y si no lo intentamos y si esto, y yo como que peleaba con él y me desquitaba con él, me peleaba así con cualquier detallito y siento que así reaccionaba y ya después la tercera vez se suspendió la inseminación porque había folículos muy grandes ósea que habían crecido de más y había la posibilidad de un embarazo múltiple y los médicos decidieron que no se iba a llevar a realizar la inseminación, y de ahí nosotros decidimos darnos un tiempo así dejamos pasar dos años porque ya estábamos cansados de tanto medicamento, estudios, todo lo que se tenía que hacer para preparar a mi esposa para un posible embarazo, eso sí, sin preocuparnos por no tener hijos,

L: sin embargo ella seguía con sus dolores menstruales y de ahí un médico nos dijo que ella derramaba un ácido que mataba a los espermas y a mí me causaba mucha irritación en el pene, así que en ese lapso yo me empecé a sentir mal y como a ella le gustaba jugar mucho futbol y los dolores a pesar de la laparoscopia que le hicieron continuaron hasta que el dolor llego a ser incapacitante así fue como acudimos de nuevo al

doctor a causa del intenso dolor y al realizar más estudios se descubrió que se encontraron dos quistes y dos miomas y se notaba como un cuerno y nos explicaron que esos miomas y quistes estaban deformando el cuello de la trompa de Falopio, así que el médico de Chalco nos volvió a dar un pase para el hospital de la raza porque le contamos lo que habíamos pasado y otro médico nos dio la opción de otra inseminación pero de forma particular sin dar ninguna garantía y como ya en el hospital se niega el envío hasta dar un argumento porque fue la causa del abandono, posteriormente se hace una histerosalpingografía pero, aparte de empezar que no le hicieron los estudios para prepararla, porque para ese estudio son lavados intestinales, estar en ayunas un día antes y el día del estudio, pero se suspendieron y hasta el tercer intento se realizó ahora si el estudio, ya después se dan cuenta que los miomas están muy grandes y deciden extirparle los dos miomas y los dos quistes, pero a mí como su esposo me preocupaba más su salud y yo soy de la idea que tener una familia, hijos no son la base de una familia y hoy a pesar de no tener hijos me considero que somos una familia porque ella me cuida a mí y yo la cuido a ella, los dos siempre juntos no hay nadie que nos forcé, si ha sido un proceso muy largo emocionalmente como pareja muy difícil, porque yo soy una persona iracunda y con el trastorno maniaco compulsivo que me diagnosticaron y bueno se decide hacerle la cirugía después se nos explica que una de cada diez mujeres de este tipo de cirugías salvan lo que es el útero y los ovarios, una de cada 10 las de más 9 retiran todo, en ese momento ahora si ya haba en temor de decir ahora si puede perder el útero o los ovarios, ya no había más tiempo para nosotros y en ese momento decía ojala se salve su matriz para poder tener hijos, hasta ese momento no veíamos en riesgo la posibilidad de tener hijos. Hasta en ese momento de la cirugía, y mi manera de pensar era ya no va a ver de otra, ahora ya no estábamos tan relajados o tranquilamente, en ese momento yo no era muy religioso y viene otro tema, el de la religión en donde le pedía a Dios dame chance danos chance de tener un hijo, porque no, nos consideramos malos sino que somos buenos, bueno buen hijo, buen esposo, buen hermano, y yo le pedía a todos los santos que nos dieran chance y afortunadamente la cirugía salió bien verdad...

B: y me salvaron la matriz y bueno teníamos otra esperanza, y la ilusión de otra inseminación pero cualll no fue así, paso medio año y nada, pasa el tiempo de la cirugía y las recomendaciones fueron que no teníamos que tener 3 meses relaciones sexuales hasta el año, así empezó otra vez el tratamiento, con las pruebas, las posiciones para el embarazo y se llevó a cabo la primera inseminación del 2 ciclo... y yo ya no quería nada de eso,,,

L: si ya no quería nada porque era desgastante y doloroso, pero yo siempre la apoye porque yo sabía que días menstruaba, que días eran sus días fértiles ósea todo, a lo mejor es malo a lo mejor es bueno no sé qué tanto sea prudente, así hasta ir a consultas en el nombre de mi esposa porque ella continuaba trabajando y yo iba por los medicamentos porque no le hacían ninguna revisión y las primeras dos veces si me lo dieron pero después ya no y me dijeron que tenía que venir mi esposa, posteriormente la segunda inseminación se llevó a cabo, otra vez el protocolo,

B: y ahí si ya nos encomendábamos a todos los santos porque sabíamos que era nuestra última oportunidad, nos encomendábamos a todo lo que nos dijeran, yo sentía rencor y pensaba porque Dios no es parejo, porque le da hijos a quien no los quiere, además nos tocó ver muchos niños de la calle pidiendo dinero, limpiando, maltratados y decíamos porque no se había logrado ningún embarazo, si habíamos hecho todo lo que estuvo a nuestro alcance,

L: antes en ese lapso de esa segunda inseminación yo me tome unas pastillas para mi enfermedad pero tuvo estragos porque mato a los espermatozoides así que la doctora nos hizo ver que para que queríamos hijos si lo hijos iban a tener padres enfermos, que lo mejor que debíamos hacer era continuar con nuestro tratamiento a nivel personal (el trastorno antes mencionado) y a lo mejor la doctora tenía razón pero uno está muy sensible porque cuando tu reloj te dice que ya no hay tiempo eso te hunde, y a mí como hombre me realizaron la evaluación del factor de infertilidad masculina donde es muy incómodo porque no hay la infraestructura porque en el gobierno no hay el material para hacerme los estudios tenía que sacar los espermatozoides donde no hay higiene, ni el espacio, ahora lo vemos; no hay infraestructura de parte del gobierno federal para echar a andar para que todos los derecho habientes al seguro social seamos tratados adecuadamente como lo hay en clínicas particulares, lo que si hay son muy buenos médicos pero no el equipo necesario para atender adecuadamente a los pacientes, posteriormente se llevó la inseminación

donde para comprobar que ya no había ningún riesgo en mis espermias me realizaron estudios de testosterona y progesterona, se llevó a cabo pero otra vez no resultó y después nos ofrecieron una inseminación invitro pero económicamente no pudimos, nunca tuvimos esa posibilidad en primera porque los dos teníamos seguro social, y era una de las bases para todo esto, y los precios aumentaban y hasta aquí es seguro social nos ayudó,,,

B: me dieron mi hoja de alta y nada más ahora si para su casita, ahora nos sentíamos ayyyyyy en ese momento tristeza y haz de cuenta decir hijole porque no pude embarazarme, fue difícil si muy difícil sentía coraje contra Dios ahora ya no creo que las cosas se acomodan después, pero tenía desilusión de por qué no tuve la oportunidad aunque sea con uno, con uno me hubiera conformado, ahora sí que no te lo puedo explicar se siente muy feo con mucha tristeza, llore, llore mucho y ahora dijo que ya lo supere aunque dicen que hay heridas que se te quedan y ahora si vendría lo más difícil ...

L: otro problema que no imaginábamos., una histerectomía, que consiste en retirar matriz y ovarios, y si en ese momento me sentí enojado, frustrado, porque Dios no me dio la oportunidad de tener un hijo y en vez de que me dé me quita y sí, decía porque, porque a mí, pero me queda la dicha de decir hicimos todo lo que estuvo a nuestro alcance, todo lo que se pudo lo hicimos y lo que si te podemos decir que intentamos de todo desde quiropráctico, reflexólogo, señoras parteras, brujería, curanderos y hierbas y homeopatía todo esto a la par del tratamiento médico, y no quedarnos en el intento de lo que nos recomendaban al contrario de todo hicimos y nada funciona.

Ambos: Y ahí acabo nuestro sueño de ser papas...

A: Han buscado apoyo posológico para sobrellevar el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?

L: pues mira, no lo necesitamos y también nunca tuvimos apoyo psicológico ni antes ni después ¡verdad! y si tú lo querías tenías que solicitálo y decir que era algo que ya no podías y que necesitabas ayuda, pero nosotros nunca lo necesitamos .. no lo pedimos, no .

L: Además, a nivel familiar hay cosas que te pegan más que la opinión de un médico, hemos tenido rechazo de la familia y más de mi parte (esposa) porque tu familia te ofende más que otros,

B: mi hermana decía que mis sobrinas se enfermaban porque yo les hacía ojo, no nos dejan acariciarlos, ni acariciar la panza de la madre, o decían pobrecitos., míralos, pobrecitos ellos no tienen hijos, pobrecitos ello nunca van a ser papas y hasta nos han ocultado el embarazo de otra de mis hermanas, así como que dando nos lastima, e incluso mi hermana quería abortar y yo la convencí de no hacerlo y yo lo hice sin ninguna ventaja y ahora mi hermana a lo tiene,

L: De mi parte yo busque ayuda profesional de cuando eres muy enojón porque también te duele cuando te tienen lastima y se te pasa pero duele porque es tu familia y hoy de relajo le dije a mi esposa hubieras tenido un hijo con tu ex novio... esos son los detalles de que la gente te moleste de no tener hijos pero hoy por hoy nos amamos mucho, porque siempre le he sido fiel no he buscado la idea de tener un hijo fuera de mi casa y nunca nadie me lo ha inculcado .

A: Han visualizado el tema de la adopción como una posible opción para poder ser padres. ¿Cómo sería?

L: Hemos platicado el tema de la adopción pero no lo hemos hecho en primera por el factor económico y en segunda por miedo, a que no sepamos como educar a nuestro hijo o hija, sin tener un recurso porque somos de la idea que el día que lo adoptemos no será para encerrarlo en una guardería sino darle todos los cuidados y nuestro amor para que sea feliz, porque si va ser un niño va a ser muy chingon porque si yo soy chingon mi hijo será chingon y medio y si es niña será humilde respetuosa y no se dejará de nadie, pero si me da miedo a no saber educarlo y queremos un hijo para criarlo y criarlo con ella y lo hemos pensado, pero luego estamos el otro año, y se pasa el año y así nos vamos para el otro año.

B: Y si yo también comparto la idea de mi esposo, quiero un niño o niña ya grandecita así como de unos 4, 5 o 6 años, eso sí, si vamos adoptar que sea ya ahora que estamos fuertes y que tendrá mucha mamá y

mucho papá para que los protejan y cuiden, no cuando ya estemos chochitos, eso sí educarlo con todo el amor, aunque no seamos sus padres biológicos, y si lo tenemos ya en un futuro pues tendremos que cumplir con nuestras obligaciones y que mi hijo sea independiente,

A: ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?

L: pero ciertamente no sabemos cómo sería nuestro futuro con él, pero siempre le hemos echado ganas y si no adoptamos pues ahorrar, asegurar nuestro futuro, viajar, disfrutar y salir a conocer varios lugares y seguir juntos, hasta que Dios no los permita porque yo la quiero mucho, y de esa relación que empezó mal ahora es muy hermosa, ahora ya han cambiado las cosas, platicamos hay más comunicación, además hoy en día compartimos nuestras carencias y muchas, compartimos hasta nuestro dinero y nos vamos a comer a donde se nos antoje, porque eso si somos muy gastalones, además hace unos días le propuse a mi esposa casarnos, pero casarnos ahora si por la iglesia y sobretodo convencidos de que nos amamos y si yo (esposa) ya le dije que si me caso con él ahora si convencida del gran paso que implica, ahí aunque no ábamos una súper fiesta ahí de a taco porque ya son 15 años que he pasado a su lado y lo quiero y amo mucho...come te decía (esposo) y eso si tenemos opciones de ser padrinos y nos da gusto porque nos toman en cuenta pero no con el afán de ay pobrecitos como no tienen hijos se los vamos a prestar un ratito, no si no que ellos tienen mucha familia y que padre que nos tomen en cuenta por ser parte de una familia, y también creo que no es un seguro o una garantía tener hijos porque ellos no se pueden hacer responsables de ti si no que uno a uno nos debemos cuidar y los hijos no son la garantía de que el matrimonio siga perdurando. Y si volviendo al tema de la adopción, pues si lo vemos largo, pero no imposible, porque ahora en el estado de México adoptar ya un niño grande ya no es tan complicado y eso de no tener hijos no nos preocupa, no nos acongoja, no nos perjudica porque tenemos muchas cosas por vivir todavía.

A: Quisieran compartir algo más.

L: Y si por último te puedo decir que el abandono de un tratamiento médico muchas pero muchas veces es a causa de la falta de apoyo o la falta de comprensión de la pareja, porque cuando el hombre no apoya hombro con hombro a su esposa, a ella la hace sentir más mal de lo que se siente o le reprocha faltándole al respeto que ella no pudo darle un hijo, o que no sirve como mujer, cuando no es así porque cuando la quieres y te interesa más su bienestar la cuidas y apoyas en todas las decisiones que ella tome y además cuando el hombre llega a ser el del problema llora y se tira al abandono peor que una mujer porque él cree que perdió su hombría y que ya nos es hombre porque no puede tener hijos, y si por eso creo que es muy importante que haya apoyo entre sí como pareja, porque en ella o en él, puedes encontrar el mejor consuelo, que no te puede dar tu familia, y en segundo lugar creo que lo económico es otra causa por la cual se abandona un tratamiento médico porque a nivel gubernamental, no hay la suficiente infraestructura y equipamiento y los que tienen buenos equipos y infraestructura son las clínicas particulares pero son demasiado carísimas y también no te garantizan que puedas tener un hijo.

B: y si como dice mi esposo, si no me hubiera tenido la suficiente tolerancia y comprensión en todo este largo proceso no hubiéramos intentado las cinco inseminaciones, porque yo las primeras 2 ya quería tirar la toalla por lo duro y desgastante del tratamiento, pero como él siempre me animaba y yo también quería hacer todo lo que estuviera en mis manos pues luchamos juntos hasta el final y seguimos luchando por nuestro bienestar, y yo le agradezco porque es un gran hombre que me quiere y cuida y sobretodo siempre ha estado conmigo en las buenas y malas, bueno más en las malas jajajaja, pues así es, esa es nuestra experiencia que compartimos contigo esperamos que te sirva y ayude y aquí estamos por si se te ofrece alguna cosa más.

A: Bueno, pues muchas gracias a ambos, de verdad les agradezco por abrir su corazón a pesar de ser un tema difícil, espero que sigan unidos como hasta hoy y que sus planes de adopción sean muy pronto y si no fuera así que su planes como familia continúen, y cualquier duda o favor que necesiten si está dentro de mis posibilidades no duden en llamarme, gracias.

A: investigadora

L: el

B: ella

ANEXO 8 TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Pareja 3 (A Y E)

A: hola buenas tardes, primero que nada GRACIAS POR su tiempo y confianza y también por participar en esta investigación. Podrían describir como se conocieron y cómo fue su noviazgo?

A: Pues si nos conocimos en un ambiente de campaña no... y este yo no sabía nada pero pues me metí y pues así fue nos hablábamos y no tardamos en hacernos novios en un mes nos hicimos novios, y si fue muy rápido todo así nos hablamos poquito nos gustábamos poquito y después más, bueno esa fue mi percepción, fue muy rápido muy muy rápido,

E: y si nuestro noviazgo fue rápido nos hicimos novios a finales de junio y nos casamos a finales de julio.

A: ¿Podrían mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios?

A: Antes de ser novios ya hablábamos de una posible familia, un día fuimos a los atrios al cine y le pregunte oye: y tu ¿cuántos hijos quieres tener? y me digo 5 y dije esa es de las mías, porque, en mi ideal yo quería una familia grande, yo le dije que quería tres hijos, y pues me gusto que antes del noviazgo la ví como una mujer de familia, y pues yo como hombre ya había conocido a muchas mujeres y uno se da cuenta, a no pues esta chava en más de relajo o esta chava es más para otras cosas y yo percibí de ella que era la mujer adecuada y ahí se me perdió una alerta verde de que era ella y me gusta, me gusta.. Y pues, y si aparte si hablamos de ello yo creo que porque ya estábamos grandes ósea ya no éramos unos chavitos y fue así como de ¿qué aremos?, y ya nos hicimos novios.

A: Yo fui muy vaciado porque ya nos hicimos novios y yo estaba terminado el puesto de regidor en el ayuntamiento y había un estímulo o una idea de parte de mi padre, porque con la persona que había trabajado en campaña me impulso y yo tenía aspiraciones en el 2006 a ser diputado y gane las elecciones internas de mi partido, pero a la hora de hacerlo hubo negociaciones y me negaron la candidatura y me sentí frustrado desde ahí porque después de hacer un buen papel como regidor, no se me da, sentía como depresión, tome, andaba mal, así como que enojado con el partido con la política con todo eso y no podía alegarme del todo porque al final a mí me apasionaba mucho y en ese proceso nos conocimos después me invitaron a trabajar los candidatos, especialmente el candidato a gobernador y bueno gracias a Dios se gana y bueno se gana en Cuautla y se gana la gubernatura y en este tanto para mi esposa como para mí se abren expectativas de trabajo y bueno no fui diputado pero el gobernador me dijo que me iba apoyar con el puesto, este... afortunadamente ella entra y yo no y me aviento 7 meses sin trabajo pero apoyado por mi hermano siempre, pero si esos 7 meses fueron complicados para mí en el ambiente laboral, emocional, en lo psicológico si andaba muy mal, de hecho nuestro noviazgo tubo momentos muy complicados por parte mía porque emocionalmente estuve mal en ese momento económicamente varias cosas muy mal, de repente a todos los que yo había apoyado de ellos nadie me apoyo, tocaba puertas, me daban atole con el dedo y a pesar de que muchos amigos ya estaban de secretario de subsecretario de no sé qué y yo sin nada y era de mi dinero ir prácticamente buscar opciones y estuve como mentor dos semanas en México y cursos para obtener algo porque dije ya se me acabo la política y ahora atener otra cosa y ay afortunadamente mi esposa estaba trabajando en el DIF municipal y a veces nos veíamos y no tenía lana te acuerdas y ella llegaba a disparar o a veces yo si tenía, en fin me gustó mucho esa parte porque también vi en ella una intensidad buena y no por un interés económico y obviamente de dinero y el poder son muy atractivo para muchas mujeres yo creo que el 92 % y un 8% no y entre ese 8% estaba ella y son buenas mujeres, porque como novia iba a ser diputado y no fuiste no tienes chamba y a parte no tienes dinero y aun así pues ay buenas intenciones y yo lo veía con ella y con su familia y desde antes de que fuéramos novios, porque mi futuro laboral era incierto yo buscaba opciones de trabajo porque yo desde los 16 años he trabajado y estar inactivo era una locura para mí ahora ya no porque he cambiado esas expectativas,, de repente ella también no tenía trabajo y ella se quería ir a trabajar con un amigo fuera y de repente llevo el trabajo y el gobernador me presento como el nuevo director del balneario y a los 20

días de eso ,, mi esposa y yo hablamos de casarnos y si ella me dijo que si , aunque y le pregunte piénsalo bien pero ella me dijo si, aunque desde el noviazgo había una disyuntiva entre nosotros que era el tema de religión pero acordamos un mutuo respeto para cada uno de nuestras creencias religiosas y ahí hicimos planes y nos casamos. Aparte creo que estábamos en un momento en el pensar que va a pasar con nuestras vidas y ya estábamos grandes yo tenía 30 años y mi esposo 33 y el entorno de nuestras familias era la única soltera y sin hijos y el único soltero y sin hijos y creo que la sociedad o la familia influyo para que nos casáramos yo creo a lo mejor en su caso de él , en mi caso si por ser mujer ,,nonono pero en mi caso yo siempre dije que me iba a casar después de los 32 y mi madre lo sabía pero a pesar de esa etapa que pase alado de ella y yo decía si no me caso con ella ya no me voy a casar y yo creo que si no me hubiera casado con ella hasta el día de hoy no estuviera casado,

A: Describan cómo fue la convivencia de casados.

E: y yo aunque decía no me voy a casar con un político, mira sácatelas me termine casando con un político, y si ya cuando nos casamos si fue difícil acoplarse a nuestras nuevas vidas porque tantos año de soltero ya ahora convivir con la otra persona si fue difícil dijo esa fue mi percepción y claro tuvimos que ceder los dos a muchas cosas y tuvimos que meterle inteligencia , amor y todo,,

A: Ya desde el primer momento de que nos casamos queríamos tener familia, siempre si nuestra idea fue luego, pero al año de casados surgió algo que me afecto me sigue afectando, si me afecta, y es muy doloroso para mí lo reconozco la perdida de Brandon (sobrino) eso fue para mí, es un tema que si bien es cierto me duele fue muy complicado porque él llegó a mí vida en un momento especial y se fue de mi vida al menos materialmente en un proceso especial de mi vida fue muy muy duro para mí , ósea su llegada y su partida me a afectado mucho y a partir de su partida se me fueron las ganas de ser papá y si quiero ser papá pero no estoy al mil porciento seguro , y aunque me encantan los niños pero que Dios te quite un angelito no, yo no estaba preparado para su partida y yo sé que Dios te da todo para que lo saque y hemos salido adelante bendito sea Dios pero yo este he pensado en el suicidio, he estado sin ánimos por la vida ha sido muy complicado y llevábamos 1año 2 meses de casados y yo arrastró el temor de no poder engendrar bebes desde el 2004.

A: ¿A qué se debe el temor de no poder ser padre?

A: porque yo sufrí en el 2004 una varicela muy agresiva , y este estuve muy mal en un estado crítico grave y dos de los médicos que me atendieron uno de ellos me digo que posiblemente se me habían afectado mis glándulas es decir las vesículas seminales que son las que producen los espermias, entonces me dijo que me hiciera una serie de análisis por el tipo de varicela, esa es una consecuencia u otra que perdiera algún sentido, no sé qué hubiera sido mejor si lo uno o lo otro y al final es un temor que tengo, sin embargo dentro de mí sabía que tenía muchos problemas de todo como de virilidad, de infertilidad, emocionales traía toda una bronca todo un licuado de emociones ahí, pero existía el deseo pero si después de la perdida de Brandon no sufrió mucho y a penas lo volví a soñar porque él ha sido un par de aguas en mi vida, aunque si me visualizo con dos hijos, un niño y una niña aunque me agrada mucho y me emociono con su dibujo de ella que si tuviéramos cuatro o diez.

A: a parte de la varicela existe otro factor que les impida ser papás??

E: Pues no que yo sepa porque la doctora me ha dicho que posiblemente porque empecé a menstruar muy chica y además ya por el tiempo que va pasando la edad es otro factor y si nos dijo o es este año o ya no, el tiempo de tener bebes, así como que nos tenemos que apurar si si es lo único,

A: ¿Cuál fue el diagnóstico médico?

A: pero si el problema es que soy yo (esposo) aunque hay muchos factores uno que puede ser por herencia pero lo que me han dicho es que hay muy poca cantidad de espermias y los pocos que hay están muy saludables . Lo que si es que no hemos acudido con muchos doctores han sido tres, cuatro y déjame decirte que no seguido hemos dejado pasar tiempo,

E: y yo (esposa) nunca he decaído porque no acepto un no, cuando todavía hay posibilidades porque no es coherente y yo guardo la esperanza y esta nueva doctora en México nos ha dado esperanzas porque hay espermatozoides, y la respuesta de la doctora nos ha dicho se puede pero como en todos los casos no nos aseguran el 100 % pero eso es en todos los lados porque ellos no son los donadores de la vida, y ellos van a tratar de hacer,

A: ¿Qué tratamientos han intentado para la concepción de un hijo?

E: ahora nos sentimos muy cómodos y estamos en el tratamiento que se llama ICSI, es un tratamiento que va por escalas, donde nos explicaron que el primero es el proceso natural a través del coito, aquí no hay el siguiente es una inseminación artificial donde se extraen el semen y ovario de ahí viene en in vitro donde es en un laboratorio en donde crece y a la 4 semana se implanta en el útero y continua su desarrollo normalmente, después sigue en donde estamos y por ultimo ICSI por donación, pero para esto yo tengo que hacerme un estudio (espermatozoscopia) y después ver si no tenemos un problema de sangre ambos, pero yo estoy seguro que con la llegada de un bebe vendrán nuevas oportunidades y he aprendido que no todo lo que se quiere en esta vida se tiene y he aprendido con humildad los designios de Dios.

A: ¿Qué sintieron y que pensaban al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?

A: Desde un principio fue más por iniciativa de mi esposa, de acudir con el medico pero hoy en día el deseo es por ambos de igual forma, y si al principio si me sentí muy ,muy mal y emocionalmente mal, la frustración definitivamente, sentía ira, enojo conmigo, con Dios y por supuesto tristeza porque al final del día esa dos cosas me producian tristeza

E: Y si yo si sentía mucha tristeza porque si yo me había ilusionado y albergaba esa fe, esa esperanza de que algo me decía por dentro todo va a estar bien sin embargo mi pensamiento nunca fue de no puedo tener hijos y hay otros médicos que podrán darme otro diagnóstico y creo que hay otra persona que decida nuestro futuro y siempre he mantenido ese ánimo y en ningún momento ira, coraje, frustración, nada solo tristeza, y llanto y buscamos y buscamos una y otra opción y hoy en día buscamos lo que Dios quiera no lo humano y yo sé que si no viniera un hijo lo aceptaremos y si lo que si es que al principio veía a una mujer embarazada o me enteraba de que una conocida mía estaba embarazada y yo lloraba y lloraba, ahora ya las veo o me comentan y ahora si me da gusto ya no sufro como antes.

A: Lo que si te puedo decir es que acumulo una bomba de emociones porque cuando me iba a ser los exámenes la espermatozoscopia sentía unos nervios, ni podía dormir, así como si presentara mi examen profesional y si hasta que decidí ponerlo todo en las manos de Dios y si como que descansa y como acumule tanto estrés si me puse mal, me dio gastritis con colitis , hasta lograr una tifoidea , pero afortunadamente ya voy mejor ..

A: Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?

A: Hoy en día yo(esposo) considero que somos una familia y desde que me case somos familia porque somos independientes y siempre dijimos hacernos de nuestras cosas y vivir separados de nuestra familia de origen porque creemos que somos autosuficientes, aunque a veces hemos peleado, y hemos hablado de divorcio porque estamos enojados y decimos si no tenemos hijos que chigas hacemos juntos, pero si nos llegamos a divorciarnos si me da miedo porque es mi familia,

E: y si yo (esposa) si me veo más como pareja y después familia,

A: Cómo consideran el apoyo de la pareja durante este proceso?

E: yo por mi parte lo considero fundamental porque, es lo que te hace ser más fuerte además los planes desde antes de casados eran formar una familia y ya casados siempre nos hemos apoyado en las buenas y en las malas y también porque amas a la otra persona que es parte de tu vida.

A: aunque déjame decirte (esposo) que por más peleados o enojados que estemos nunca ella me ha reprochado que por mi culpa no es madre ni siquiera una insinuación de su parte eso si jamás.... al contrario su apoyo y amor es incondicional

A: ¿Cómo es la atención médica de los servicios de salud pública en nuestro país?

E: yo creo que es mala, malísima y que no se cuenta con clínicas de ese nivel para estos casos...

A: afortunadamente nosotros en este momento contamos con una economía estable y que nos permite costear el tratamiento de manera privada, pero no te creas es carísimo y a veces si piensas ,, si de verdad vale la pena gastar todos tus bienes materiales para tener esa alegría de ser papá.

A: Han buscado apoyo psicológico para sobrellevar el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. ¿Cuál ha sido el motivo de no buscar ayuda psicológica?

A: porque no creo necesitarlo en este momento, porque tengo la certeza de que pronto seremos papás y esa será nuestra gran bendición, sin embargo posiblemente si lo necesitaría para cerrar el ciclo de la muerte de mi Brandito, en ese caso creo que sí tendría que acudir con un psicólogo.

A: ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?

E: Fíjate que hemos platicado que si no tenemos hijos pues saldríamos adelante y viajaremos, y ahora individualmente planear otras cosas, y fíjate a lo mejor se van a reír, pero a veces pienso que Dios no quiere que tengamos hijos porque el mundo está feo, porque se va acabar, porque va a sufrir o porque es un mundo poco favorable para él, pero no sé si me digo mentiras para que no me duela o es real, auto consolándome

A: si sería continuar como pareja y como ya lo menciono mi esposa viajar, ahorrar y cuidar de nuestros perros.

A: Han visualizado el tema de la adopción como una posible opción para poder ser padres.

AMBOS: por el momento no, porque confiamos en que esta última etapa del tratamiento funcione.

A: gracias por compartir conmigo su experiencia, y abrir su corazón pues imagino que es difícil... gracias, gracias nuevamente y quedo a sus órdenes si se les llega a ofrecer algo.

A: gracias a ti, y esperamos que nuestra experiencia te ayude para tu investigación.

A: investigadora

A: el

E: ella

ANEXO 9 TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Pareja 4 Ella (S)

A: Hola buenas tardes. Como has estado??

S: Ahorita últimamente bien.

A: Estaba leyendo tu historia de vida y mencionabas que tuvieron una historia de amor de hace 5 años también que cuando pensaron en casarse tú le hablaste de la imposibilidad de tener familia por tu edad sin embargo siguen esperando que ojala Dios los bendiga con un hijo, Cuéntame ¿cómo conociste a tu esposo y cómo fue su noviazgo?

S: En la oficina porque empecé a trabajar en septiembre y a él lo conocí dos meses después venía ayudar a los padres o luego venía a lavar los carros, venía a ensayar y empezamos a ser amigos y luego este pues más amigos pues me contaba que de la novia que tuvo antes que yo que era muy muy infantil aunque no lo veía así, bueno era yo como su consejera después las amigas de él y desde que estuvo en el seminario vicentino ... yo lo veía y si me gustaba pero yo decía no como que yo no era muy afortunada El me empezó a buscar más y después una persona más me empezó a buscar con otros fines, pero este señor se consolaba conmigo porque perdió a su esposa pero no ... pero a mí la verdad no era de mi agrado, en otra ocasión dije que un amigo y el eran mis novios virtuales para que el señor no se me acercara y él nunca me decía nada pero después el seminarista y sus amigas decían ya ándale háblale que te gusta y así empezamos en una fiesta de la medalla jajajaja

A: Y así fue como lo conociste muy bien y describe un poco más como era el noviazgo???

S: Pues nos llevábamos muy bien de hecho este, sus compañeros de coro y de trabajo me las empezó a presentar y empezamos a convivir sus amigos conmigo y mis amigas con él y pues él es muy abierto y sigue siendo así, él no es celoso, no me ,, no me tiene encerradita en la casa ay así era cuando éramos novios iba a yo a su casa, salíamos, me venía a traer, no salíamos mucho porque su trabajo y sus horarios no se podía estaba trabajando en una fábrica y ya este es medio raro si nos veíamos todos los días aunque sea un ratito y así empecé a conocer a su familia y el a la mía, mis hermanos no eran tan así como de celar y pues mis papas como yo ya estaba más grande no pedían cuentas, pues y ya había tenido unas relaciones más serias, y pues antes del yo me iba a casar con otra persona, y hasta después de empezar la relación formal me entere que a él lo dejaron plantado y a mí no tanto, así que yo hable antes de llegar a ese tiempo dentro de los preparativos de boda y bien como pareja, pero la otra persona se casó con otra jajajaja y la otra se embarazo de otro y pues si estuvo ahí medio raro jajajaja de hecho es raro que nos enojemos siempre hablamos si me enojo, este es un trato que hablamos desde el principio de no este iniciar una discusión hasta que se me baja y él también y él se queda callado por que el casi no habla, pero él no es violento, agresivo, golpeador ni me grita ni me dice de groserías nunca nos hemos dicho ninguna grosería, y ya llevamos 7 años de casados y me case a los 39 años y él tiene 8 años menos que yo, yo soy traga años alma no porque él tiene 38 años.

A: A ya, ahora ¿Podrías mencionar si hablaban de formar una familia, cuándo eran novios? ¿Qué plan imaginaban?

S: De hecho nuestro proyecto como pareja era formar una familia eso lo hablamos desde el noviazgo pero sin eso de miedo si se pudiera queríamos un niño y Dios nos diera la oportunidad de uno y adoptar uno porque él es muy abierto pues en su casa ha habido tías que crían a niños que no son suyos pero los consideran como propios y pues para ello es algo natural por eso él es más abierto a la adopción, lo contrario a mi casa pues mi mamá me decía como es que vas a adoptar a un niño no ves que quien sabe que genes

traiga ,, pero mamá si tenemos apoyo psicológico y apoyo de los demás pero también teníamos la experiencia de dos primas; una tía y una prima uy uno de plano rechazaba a la mamá pues vivían en el mismo pueblo y por eso mi mamá decía que no pero esa era una de las partes de mi proyecto, porque yo vivía en soltería y yo quería adoptar a un niño antes de casarme porque yo lo veía más viable, pero mi madre me decía que, que iba yo hacer porque siempre hace falta un padre ,, y una vecina le regalaban una niña a ella no le fue mal pero es muy difícil , porque mi prima tiene un carácter muy difícil y que vas hacer con dos pero nunca pude concretar esa parte de apotra a una niño o una niña.

A: Pero cambio tu expectativa cuando te casaste!!!! Aparte que han vivido esto mencionan que la adopción está dentro de sus planes pero no se ha podido llevar acabo

S: Si pues si jajajaja , pero la señora no la quiere dar en adopción porque ve a la niña como un negocio y de eso se mantiene y de echo ella viene aquí a pedir limosna y la pequeña tiene 2 años y medio y te digo de hecho ahora quiere que seamos padrinos de la niña pero yo dije que no, pues así ya nos presiona imagínate si somos su padrinos y además lo que nos hizo fue prácticamente un engaño, pero te digo ese es su modo de vida ,, y yo sé que mientras la niña este chiquita no la va a dar porque ese es su modo de vida para mantenerse y mantener al otro nieto que tiene con eso, y te digo yo no quería que pasara eso , porque ya había ocurrido porque ya hace cuatro años Don Misa tenía un terreno por la Heredia allá por Tenex y nos digo que allá regalaban un bebé y le dije ay Don Misa porque no nos digo, entonces Don Misa nos digo pues si quieren vamos pero resulta que ya lo habían dado y él se deprimió un montón alma pero un montón, y por eso yo no quería que lo de esta nueva niña volviera a deprimirlo otra vez, pero insistimos y fuimos la casa de la señora pero nunca dimos con la casa y también tuve una comadre que no se podía embarazar tardo 10 años porque no podía llegar a feliz término un embarazo, también busco la adopción , y tú con tal de tener un hijo a veces te exprimen todo ,,pero ya cuando nos enteramos de esta niña tuve un conflicto con mi esposo porque me decía que yo no quería, ósea él está acostumbrado a que las cosas se hagan en caliente como dice el ósea rápido, pero ósea la cuestión no es esa, yo lo pienso de esta manera ósea la niña no es una mercancía es un ser humano , pero él no lo ve así.

A: Y por ejemplo ya ¿han buscado la opción de adoptar en una casa hogar?

S: Ya hemos ido alma la cuestión es que metemos papeles, hacemos todo el trámite y nunca nos llaman ,, y eso me lo explicó un abogado, que por mi edad también es complicado.

S: Y la última vez tuvimos entrevista con la psicóloga de la casa hogar, pero nos decía que esperaríamos y nosotros le dijimos que nosotros queríamos hasta un niño de 6 años no forzosamente un bebe, pero si es bien difícil adoptar yo lo veo con otras parejas que tengo amistad y si quiere a adoptar un bebé los tramites son largos y cuando ya lo van a adoptar ya no es un bebe ya es un niño ...

A: Cuéntame de tus embarazos

S: La primera vez que me embaracé teníamos un gato y tenía toxoplasmosis era una bacteria que tenía el gato y me contagio y eso hace que tu placenta expulse el producto y de echo el aborto resulto a los 4 meses y medio de gestación y después de esto me dieron tratamiento y de hecho termine el tratamiento porque me dieron tratamiento para volver a embarazarse, pero el toxo tarda mucho en quitarse del cuerpo ,,y el segundo embarazo se logró de forma natural después de tres años , pero si me tome algunas hiervas que creo que me funcionaron para lograr el embarazo, no se pudo lograr porque tenía infección en las vías urinarias y además el medico se dio cuenta que no tenía un buen desarrollo porque estaba muy pequeño y por este problema de salud el médico me dijo que pues tenía que hacerme un legrado , porque en cualquier momento se me presentaba una hemorragia y corría peligro mi vida y con todo el dolor de mi corazón acepte y fue así como perdí a mi segundo bebé.

A: Podrías compartir ¿Qué sentiste y que pensabas al enterarse del diagnóstico negativo de infertilidad?

S: Es difícil, porque el ver a otras mamá que están preparadas para el nacimiento de sus hijos y que a ti nada más te van hacer como cesárea pero sin niño es muy duro, Y si en ese momento si como que te da

coraje, te frustras, se siente bien feo, sentí impotencia porque si quería que llegara a su término, y con la ayuda del Tanatólogo pues viene la aceptación.

A: ¿Cómo han enfrentado los problemas de pareja que se han presentado durante la búsqueda de un hijo?

S: pues... ha sido muy difícil porque si hemos peleado por no poder darle un hijo, y yo sé que va a llegar nuestro bebé pero no sé si él aguanté tanto porque te digo de la última vez que nos peleamos fuerte, el me digo que ya no iba regresar hasta que no hubiera un bebé, pero desde mi punto de vista y de mi religión él no pide él exige y él quiere que las cosas sean como él dice y las cosas no funcionan así, no se te digo que no se ni que paso, porque creí que el ya no iba a regresar, y también, cuándo tuvimos otro problema fue cuando buscó a su ex porque ella tiene familia no son sus hijos pero los quiere como sus hijos, y lo que él ahora con todo su corazón es tener un hijo, y un día moviéndole a su celular para encontrar una aplicación salió sin querer un mensaje de su ex pareja, pero yo no le tome importancia en ese momento, pero mi enojo y mi frustración salió después y me pregunte que no podía seguir asíndome tonta o creía que era una costumbre, así que decidí hablar con él y le cuestione que si quería de verdad regresar conmigo porque le explique que yo también quería un hijo pero que hasta ahora no podía cumplir con su sueño ni con el mío, entonces el comenzó a llorar y yo al decirle que y si yo ya no quisiera regresar con él, que pasaría porque yo no quiero ser ninguna carga para él ni para nadie ..y ya pues estamos intentándolo alma no creas porqué de repente digo hay no y luego le pregunto cuando platicamos como vamos, vamos bien o nos regresamos te vas para tu casa y yo me quedo en la mía, después de esto otra persona me busco pero fui clara y le dije que por que me busca si él tiene esposa y yo también soy casada y ya por fin de tantas oraciones y cosas me dejo en paz.

A: Han buscado otras opiniones médicas u alternativas. ¿Qué han dicho?

S: Y pues hemos buscado otros ginecólogos pero el doctor hablado con mi esposo y que por mí edad es muy difícil que me embarace, pero nuestra última opción es buscar la adopción, y pues lo que Dios quiera y como me dicen con tu esposo o sin él, si quieres vas a ser mamá.

A: Ustedes se consideran pareja o familia, ¿Por qué?

S: aunque yo pienso que somos un familia por realizar actividades con la familia como los sobrinos, ahijados los amigos el no piensa a si él dice que solo somos pareja que no somos una familia como tal, porque concebimos la idea de tener un bebé u por la vía legar adoptar, a pesar de que en muchos lados venden niños.

S: Además este año para mí ha sido muy fuerte pues falleció mi papapa y era el quién llenaba mi expectativa o sea con quien ocupaba mi tiempo, porque no es fácil convivir con una persona, y también pienso que si nos separamos no voy a ser la primera ni la última en quedarme sola pues yo quiero vivir tranquila, sin problemas.

S: Además ya una vez intente adoptar a un niño y no resulto y las personas son muy crueles cuando te preguntan y tu porque no tiene niños, y uno anhelándolos pero no se puede... y otras personas me comentan que seríamos mejores papás para niños de la calle que necesitan de amor y cariño. Y otra opción sería eso de las madres sustitutas pero aquí no hay en México y otra es la inseminación invitado pero pues está muy cara y de dónde? ,, no pues no...jajajaja. Y sabes ahora cuál es tu terapia de mi esposo, así como para liberar su enojo, su frustración es tatuarse porque se ha hecho dos tatuajes que representan nuestros bebés :: porque dice que de alguna manera tiene que sacar su rabia y como no fuma, no toma así lo hace, pero yo espero que no siga tatuándose, y yo la forma en que saco mi represión como madre lo hago con los monaguillos porque luego platico con ellos de sus problemas preguntándoles y orientándoles a hablar con su papás o cuando yo no los puedo ayudar los canalizo con los padres o hablo con sus papás y como te diré trato de llevar el hueco con los se me acercan a mí y siento que se acercan a mí porque siento que me quieren pero a mi esposo le pega más porque da clases es una escuela privada para niños de preescolar y pues luego ellos le preguntan qué porque no tiene hijos o cuando termina el curso es un lloradero, pero él no llora frente a los niños llora ya en casa.

A: .- ¿Cuál sería el proyecto de vida en pareja que tendrían en caso de que no tuvieran hijos?

S: el proyecto como pareja es que uno con el otro estemos contentos y que hagamos juntos actividades que nos gustan, además nuestra última opción es adoptar una niña de otro estado que está en puerta y ya lo estoy hablando con un abogado para que todo sea legal, pero te digo a ver si se puede, porque tiene mamá solo que su mamá es de la vida galante y pues no los quiere y estamos viendo la posibilidad de que sea un contrato donde se nos asigne la patria potestad y si fuera si esa niña sería la luz de nuestro hogar Y si no se pudiera esta opción pues lo que Dios quiera.

A: Yo agradezco tu tiempo y principalmente abrir tu corazón al compartir tu experiencia porque sé que no es fácil hablar de este tema, y como lo acordamos es un tema confidencial donde se protege tu identidad, gracias nuevamente.

S: No pues muchas gracias a ti, porque me sirvió de terapia porque pienso que lo más sano es hablarlo para sanar poco a poco. Gracias Alma.

A: Investigadora

S: ella

ANEXO 10 TRANSCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA

Pareja 5 Ella (M)

S: Bueno... vamos a empezar... me podrías describir ¿Cómo se conocieron tu pareja y tú?

M: Mmh! Somos vecinos del mismo... del mismo... del mismo pueblo, nos conocimos creo que la primera vez que nos vimos fue cuando él fue a pedir trabajo con mi papa y... yo tuve que intervenir para que el fuera aceptado para trabajar con él, ahí fue nuestro primer contacto, creo que ahí nos conocimos de vista por decirlo así... luego formamos una amistad o sea nos hablamos, tenemos un contacto de amistad. Yo llegue a trabajar con mi papa porque... perdí un semestre en la preparatoria y entonces mi papa me puso a trabajar y da la casualidad que me pone a trabajar en... relación... con él, entonces ahí fue cuando nos... como que nos compenetramos más, nos hicimos como amigos... pero él se enamora... de una de mis mejores amigas y entonces... se hace pareja de él y como era mi mejor amiga pues nos volvemos como que los tres buenos amigos... pero da la casualidad que mi amiga lo traiciona y... se va con otra persona, o sea se va, quiere decir que se la lleva, se casa con otra persona teniendo una relación con él y entonces el en su... desesperación, en su enojo me culpa a mí por no decirle lo que estaba sucediendo con mi amiga, al enterarse que no fue así pues entonces hicimos como que un lazo más de contacto y como yo además de consolarlo por esas pérdidas para el muy grandes, entonces ese contacto se hizo más grande, más grande, hasta ser como que... un noviazgo... no dicho pero si hecho!... entonces si empezamos con un beso y pues ya tenemos una relación y ya empezábamos a salir y en ese entonces pues no se... no se tenía que enterar mi papa... porque trabajaba con mi papa, entonces vivimos como que ese año, porque fue un año que nada más tuvimos de noviazgo... a escondidas y... entre... entre luz y oscuridad ¿no?... porque pues así era y además porque trabajábamos juntos, nos permitía muchas cosas ¿no?... de repente nos mandaba juntos mi papa a hacer algún trabajo, íbamos los dos y pues... se daban las relaciones y ahí fue donde... él y yo tuvimos un contacto tanto como de noviazgo y nuestras primeras encuentros... de relaciones íntimas también... ahí fue cuando nos hicimos novios ¿no?... por decirlo así.

S: Y... ¿durante su noviazgo tuvieron platicas de formar una familia, de estar juntos?

M: No, en si, como empezó como un juego... como un juego de amistad, de amigos, en verdad en ese año... creo que nada más hablamos de relación de cariño, porque no tanto amor, tuvimos una relación como de mucho cariño pero nunca, nunca llego a nuestras mentes, ni tanto de él, ni mía, de casarnos o formar una familia... ¡no! Fueron otras circunstancias... las que nos... nos obligaron bueno mejor dicho... lo hicimos... bajo otras circunstancias por las cuales nos casamos y no fue exactamente por un embarazo.

S: ¿Y en qué momento decidieron casarse?

M: ... En el momento en que... yo... descubro a mi papa en una infidelidad y él se da cuenta que me doy cuenta... y... quiero hacerle daño a mi papa y a los diecinueve años yo le digo que me voy a casar... y mi papa me dice que estoy loca... que todavía no terminaba la escuela... me dice ¡estás loca, ¿con quién te vas a casar?! Entonces fue cuando le dije... como ya llevaba una relación con Carlos pues el primero que se me vino a la mente fue Carlos, entonces le digo ¡Con Carlos!... yo tenía un pretendiente que mi papa si se daba cuenta mucho que iba a la casa y me pretendía, que se llamaba también Carlos, entonces él me decía... Carlos Galindo y le digo ¡no!, ¡Carlos Ortega!, entonces mi papa pega el grito en el cielo ¿no?, porque era su trabajador y nunca se había dado cuenta y aparte era una gente de confianza de mi papa... entonces primero pega el grito en el cielo y me dice ¡no, yo nunca te he visto con el! ¿No?, pero pues efectivamente nunca

nos habían visto, a pesar de que trabajábamos juntos y me dice ¡tú me quieres hacer daño!, le dije ¡no!, Esta es realidad, tú le puede preguntar... pero Carlos no sabía nada de esto, entonces yo... mi papa se queda con esa idea y me dice que no, que... voy a dejar de trabajar y que voy a dejar de estar en contacto con él, entonces yo hablo con Carlos y le digo ¿sabes qué? Cometí un error, le dije a mi papa que me iba a casar contigo ¿no? pero fue por esto y por esto... yo si le explico a el cual fue la causa y que había sido un arranque... de coraje ¿no?... de... de querer hacer daño... y entonces él me dijo que me apoyaba... que si quería que nos casáramos... si quería yo hacer eso, que no había problema, que nos casáramos y entonces de ahí salió la idea de casarnos... entonces el, casi accedió, a lo que yo... le había comentado a mi papa, cuando esto pasa, mi papa le pregunta a él y entonces le dice que sí, que si teníamos una relación y que si teníamos planes de casarnos, cuando nunca había sido así, sino fue en un momento... que se hizo y de ahí... surgió... todo, o sea de ahí partió que mi papa... me dijo que si ¿estaba embarazada?, que ¿porque con él?, o sea muchas cosas y la verdad dije ¡Sí!, ¡con él, con él y con él! Y... como vi... que le daba coraje entonces me aferro más a esa parte, a ese decir ¡Sí! ¡Con él y con él y con él! Y ¡Si me voy a casar, si me voy a casar y si me voy a casar! Y... pues dice, hasta que yo no vea a sus padres y entonces Carlos le habla a sus papas, sus papas vienen a pedirme... mi papa todavía no lo cree... y nos dice... nosotros decimos que si al mes de que me pidió, me dice al mes nos casamos, mi papa me dice que no, que le dé tiempo para que asimile la situación y para que entregue a una hija que sepa hacer las cosas porque yo no sabía hacer nada... y ahí fue donde empezó el martirio... para poderme casar pero ¡me case! O sea a pesar de que mi papa me puso muchos obstáculos en ese tiempo... fue más el orgullo y el decir ¡Sé que te está molestando, sé que te está doliendo! Pues ahora lo voy a hacer... y así fue como... nos casamos.

S: ¿Y cómo fue su convivencia de casados?

M: El primer año fue muy difícil porque... se hacían las cosas, se hacerlas bien, yo nunca sufrí un maltrato... pero él tomaba mucho y a mí no me gustaba, mi papa era alcohólico... fue alcohólico pero alcohólico anónimo, ya tenía más de treinta años... de no... de no tomar una gota de alcohol, entonces yo viví muy poco su alcoholismo de mi papa, pero la idea no me gustaba, entonces el empezaba a tener muchos... muchos, procesos de alcoholismo, o sea casi era cada ocho días, nosotros vivíamos en México, me traía a veces hasta Tenango... borracho ¿no?, en la carretera y pues yo me case... de diecinueve años y medio más o menos, y él era más grande que yo, entonces eehh!??... el primer año si... ya casi fue el divorcio ¿no?... casi, casi no... tuvimos una convivencia donde... yo trate de ser la mejor mujer... porque yo le daba todo, o sea dije voy a cumplir como, como mis deberes, como debería de ser ¿no?, como me enseñaron a ser y el... el empezó a tomar mucho, entonces yo decidí, quererme divorciar al año... y aah!... él me dijo que no... ahí fue la primera vez que él me dijo que me amaba y que si yo le daba otra oportunidad... el dejaba de tomar... y... y que íbamos a... que lo que habíamos propuesto que al año nos íbamos a divorciar que no... que él me quería y yo también ya le había agarrado mucho afecto, mucho cariño y entonces fue cuando nos dimos la oportunidad ya de... de vivir como una pareja, que ya tenía un sentimiento de uno con el otro, entonces ya fue cuando empezamos a vivir, pues casi el segundo año ya fue más compenetración, ya de más de... afecto, cariño, de amor... vivimos dieciséis años así.

S: ¿Y ustedes se consideraban una pareja nada más o una familia?

M: Pues él siempre decía que era... que éramos una familia, que éramos él y yo, aunque el siempre su deseo siempre era tener un hijo, o sea él quería un hijo... dijimos que los primeros dos años no los íbamos a tener para que disfrutáramos un poco lo que... lo que no habíamos vivido totalmente como jóvenes y entonces yo empecé a tomar pastillas... a pesar de que yo había tenido, de joven yo había tenido una menstruación irregular... reglaba un mes si, dos meses no, un mes si, tres meses no y así sucesivamente hasta que... desapareció, entonces... tuve un tratamiento ginecológico y entonces me dijo el doctor ¿Quieres tener hijos ahorita o no?, cuando me case, yo le dije... habíamos decidido que no y entonces me mete anticonceptivos y yo empiezo a tomar anticonceptivos por dos años... entonces esa parte pues no me había dado cuenta porque yo reglaba irregularmente terminando las pastillas por supresión pues me bajaba la menstruación ¿sí?, entonces yo dos años, dos años y medio tome pastillas consecutivamente sin descanso, pero

por indicaciones de un médico y entonces nosotros vivimos, dos años y medio como... como pareja, como familia y vivíamos independientes, o sea, teníamos... una vida... normal de pareja ¿no?, él y yo solos.

S: ¿Y cómo comenzó esta búsqueda de tener un bebe o en qué momento ustedes dijeron ya queremos tener un bebe?

M: Cuando cumplimos casi tres años de casados él me decía que... como que ya era la hora, como que... ya teníamos... eeh!?... como que ya era el momento de poder tener un hijo ¿no? Y entonces fue cuando yo dejo las pastillas, empiezo a dejar, a no tener las pastillas, a dejarlas de tomar y entonces buscamos un gineco y entonces nos da un método, un ritmo, que era por medio de un ritmo, o sea, tomar la temperatura corporal y entonces empezar a preparar para poder tener un hijo pero... los primero seis meses que deje las pastillas... nosotros llevamos nuestra vida normal y sexual normal y... no hubo ningún... ¿Cómo se llama?... pero yo deje de menstruar, quiere decir que yo volví a mi etapa anterior ¿no? Cuando menstruaba si, menstruaba no, pero aquí ya definitivamente ya no menstruaba, o sea yo deje de tomar las pastillas, me baja mi menstruación al mes y los otros cinco meses no eran menstruaciones por decirlo, entonces cada vez era ir a hacer una prueba negativa, negativa, negativa hasta que... fuimos con un ginecólogo y nos dijo que pues... era parte de... todo el tiempo que habíamos tomado las pastillas, entonces nos empezó a dar medicamentos, me empezó a dar a mi medicamento para tomarlo y llevar una curva de temperatura para poder así, supuestamente cuando estuviera yo en ovulación poder... engendrar... pero pues tampoco dio resultado, entonces fue cuando... empecé a ver otros especialistas y... empezaron los estudios, entonces ahí empezó el recorrido de estudio, tras estudio, tras laboratorio, tras otro laboratorio, tras tratamiento, tratamiento, hormonales, hormonales para el pero... cuando se dan los estudios se dan cuenta que la que tiene el problema soy yo... o sea yo llegue a tener un quiste... ovarios poli quísticos y una infertilidad de... segundo grado que era una no ovulación, o sea yo no ovulaba, entonces pues nunca iba a poder tener... tenía un ciclo menstrual pero no un ciclo ovulatorio, entonces podías tener un sangrado pero no tenía un ovulo que fecundar, entonces ahí fue cuando empezaron los tratamientos más... fuertes... más caros... más desgastantes... y así nos llevamos como... año y medio... más o menos.

S: A partir de esto, del dictamen que les dieron, ¿Cómo empezaron a trabajar con eso?

M: Porque ya fuimos a un gineco... primero de un médico nos mandaron a gineco, de un gineco nos mandaron a un endocrino y posteriormente ya nos mandaron con un especialista en infertilidad y fertilidad, que con él fue con el que llegamos... y fue cuando nos empezó ya a dar un tratamiento tanto a mí, tanto hormonal como de seguimiento folicular, o sea yo tenía que... ir cada... diario casi a tomarme un ultrasonido para ver cómo iba creciendo el folículo entro del ovario y me iban poniendo inyecciones para ese crecimiento y hasta que se rompiera... el folículo, cuando ya estuviera casi... eeh!... por salir, entonces al tercer día tenía que aplicarme otras ampollitas y empezar a tener relaciones para poder ver si ese ovulo al salir se fecundaba... y entonces eso fue lo que... así fue como empezamos el tratamiento, entonces fueron dos ocasiones que llevamos ese tratamiento, con un seguimiento folicular, con inyecciones y con hormonales tomados... al tercer mes yo me di cuenta... a pero para esto el medico también me había dicho que yo ya me había obsesionado con el tener un bebe y que eso también me podía estar bloqueando... esa parte ¿no?... de estrés, entonces me manda a que tuviera otra actividad y fue cuando empecé a estudiar enfermería... en ese proceso yo tenía... ya dos meses de tratamiento, el tercer mes fue cuando... estuve embarazada sin darme cuenta, o sea si llegue a tener un embarazo, pero fue un embarazo ectópico... ¿Cómo nos damos cuenta?... pues nos damos cuenta porque empiezo a tener molestias, mi abdomen se empezaba a crecer por las tardes, era muy doloroso y entonces vamos con el gineco, el gineco me hace una prueba de embarazo y me dice que estoy embarazada, pero me manda a hacer un ultrasonido y no se ve... el ovulo y a lo mejor dice... bueno es que a lo mejor es apenas ¿no?... se está apenas implantando y dejo pasar quince días, veinte días más o menos y me vuelve a hacer otra prueba de embarazo y sale positiva pero ya en sangre, dice no, esta comprobadísimo que estas embarazada pero... hay que subir a ver ¿dónde está?, o sea ¿como esta?, me vuelve a hacer un ultrasonido y no localizan el ovulo, entonces cuando el doctor sube me dice, es que está embarazada pero... ¿dónde está?... entonces me hace un estudio que

se llama transvaginal, me hacen un ultrasonido transvaginal y lo localizan que se encuentra pegado en la trompa y ya tenía más o menos dos meses... el embrión... en la trompa, cuando se da cuenta el doctor de esto, pues me dice que tiene que hacer una cirugía de emergencia porque está a punto de reventarse la trompa si se revienta hay una hemorragia masiva y entonces... estaba mucho en riesgo mi vida y fue ahí donde... pues decidimos... no, no lo decidimos, tuvimos que hacer, tuvo que ser rápido, de un día para otro la cirugía y... y bueno pues ahí fue donde... perdí el bebe... y donde me dijeron que iba a ser complicado volverme a embarazar ¿no? Y podía repetirse otra vez un embarazo ectópico o en su defecto tener que hacer un tratamiento de inflar las trompas para poder estar permeables... entonces...

S: Después de dicha valoración, la que me platicas ¿Qué sintieron al tener ese diagnóstico o al recibir ese diagnóstico de infertilidad?

M: Pues yo mal ¡ja!... yo siento que yo fui la más afectada, Carlos como sus estudios habían salido bien, normales, un hombre normal, con numero de espermatozoides viables, o sea sano y cuando a mí me dicen pues tienes una infertilidad de segundo grado y se va a tratar con especialistas ya para, para lo que se llama fertilidad/infertilidad, pues si lógicamente como mujer... me sentí muy mal, yo me sentí... pues... como que yo era la que estaba fallando ¿no?, cuando se da todo esto pues me siento súper mas mal y cuando se da el hecho de que sale y que te dicen que a lo mejor ya, te iban a dejar un ovario mejor para que... pudieras tener... poder tener otro bebe, pero si... como que después de la cirugía yo quede como en shock, como que no lo... como que pensé que era otra cosa y no... no... no haber perdido un... un bebe, o sea como que yo pensé que era otra cosa, o sea que me había pasado otra cosa... Carlos lógicamente si... si lo sintió, el sí... si se puso mal... pero nunca me lo... o sea yo le vi su cara ¿no?, yo le vi sus lágrimas, yo le vi su todo pero... él me decía es que ¡tú estás bien!, lo más importante es que ¡tú estás bien!, entonces... yo no sabía de qué exactamente... es que yo en ese momento no sentí como nada... esa es la situación, yo estaba... no se... no sentí nada... en ese momento no... no me caía el veinte yo creo.

S: Y cuando estaban en el tratamiento, en ese proceso en el cual intervinieron para que fueras tu fértil ¿Qué pasaba ahí?

M: Pues todo lo que te dije, era... todos los tratamientos era súper dolorosísimos, eran muy dolorosos, eeh!?!... él siempre me acompañaba, él estaba muy pendiente en ese aspecto ¿no?... me hacía bromas como que ¡¿A ver qué coche trae el doctor que es el que le voy a pagar por tener un hijo?! ¿No? O sea, el como que si tenía toda... toda la actitud porque el si lo deseaba, o sea, no estoy diciendo que yo no lo deseaba pero como que él era el que más... más tenía esa ilusión ¿no?, yo sé que yo también pero... yo no lo demostraba porque de repente, todos los estudios y exámenes que me hacían eran muy dolorosos y a veces yo decía... ¡no, ya no ¿no?, ya no quiero!... pero yo también deseaba un hijo, entonces pues si... me aguantaba. El proceso no fue feo, creo que fue lo más padre ¿no?, porque él me acompañaba a todos lados... al médico, al ultrasonido, a hacerme los estudios, me consentía cuando salía yo muy dolorosa, o sea de... no... no pagas nada, acuéstate, estaba muy pendiente de la temperatura, el casi, casi me pasaba el termómetro, o sea en ese aspecto... si estuvimos muy compenetrados y comprometidos en el tratamiento.

S: ¿Después del diagnóstico y sus valoraciones buscaron alternativas médicas u otro tipo de atención de infertilidad?

M: ¡A sí!... Yo por eso digo que a mí me costó mucho porque yo fui hasta con los brujos ¿no? O sea que te sobaran, de que te curaran de que si te estaban haciendo daño, fuimos con varios médicos especialistas, o sea nos quedamos con el de infertilidad y fertilidad por que fue el que nos habló más claro y aparte tenía una especialidad también en endocrinología, que era una parte mía porque yo en ese entonces sufría de sobrepeso y... cuando él nos dijo exactamente todo lo que estaba sucediendo y todo lo que iba a pasar y todo lo que iba a acontecer, pero nos dio la seguridad porque él me dijo... ¡Yo de que te embarazo... te embarazo!... ¡Bueno, me embarazo ¿no?!... lo malo fue que fue en otro aspecto, con ese medico nos quedamos pero hicimos de todo eeh!... o sea, si me decían hay que ir a Pachuca porque hay una buena sobadora que ha

embarazado a muchas, íbamos, así tuviéramos que hacer cola ¿no?, que en Puebla, que no que aquí, que con unos tés, que con los herbolarios, que con los homeópatas, o sea, creo que probamos de todo, creo que... en esa parte si de todo.

S: ¿El apoyo de pareja en ese proceso realmente fue bueno?

M: En el proceso, cuando estuvimos haciendo los estudios, análisis y todo... si, hasta... la cirugía, porque después de que perdí el bebe y la cirugía... el ya no quiso... volverse a someter a todo, decía ya no quiero volver a pasar por todo, ni por la... ¿Cómo se llama?... ni por el entusiasmo y que luego te lo quiten ¿no?, o sea cuando le dijeron que estaba embarazada fue el hombre más feliz del mundo, empezó a hablarle a todo mundo, a darles la noticia y yo todavía así... yo si sentía así como que no... espera, espérate, como que todavía, como que algo me decía algo ¿no? Y no el empezó a hablarle a su mama, a mis papas, a mis tíos, a sus tíos, o sea él estaba muy contento con esa parte, yo creo que vivió... vivimos esos quince días que nos dio el doctor para ver si se veía el, el producto, creo que él fue el que vivió con mucho mayor felicidad, yo creo que yo... yo lo presentía porque yo no me sentía tan segura, o sea estaba contenta pero yo no me sentía tan segura, entonces cuando pasa todo esto de la cirugía, posteriormente fue cuando ya no fue tan... tan fácil ¿no?, o sea ya fue más complicado, o sea, cuando le dijeron que probablemente podría volverse a repetir como probablemente no y saliera un bebe, o sea si pudiera embarazarme perfectamente bien, él dijo ¡Ya no!, ya no quiero pasar por esto, ya no quiero que pases tampoco por esto y ¡Hasta aquí, hasta aquí llegamos!.

S: ¿Y esta atención medica fue particular o a sector médico público?

M: No, fue particular porque... no teníamos, ni él ni yo teníamos, bueno él no tenía un seguro social o una atención medica particular, entonces si fue particular.

S: ¿Y cómo era la atención?

M: En donde nos atendieron no me puedo quejar, nos atendieron, bueno... me atendieron de urgencia, aparte contábamos con que mi hermana es médico, entonces los médicos que me operaron y que ella contacto casi eran sus maestros, entonces la atención fue... si buena, o sea fui bien atendida y trataron de ayudarme en lo posible para poder quedar mejor ¿no?, para a lo mejor posteriormente poder quedar embarazada ¿no?, no me puedo quejar de la atención.

S: ¿A raíz de tu diagnostico buscaste algunas otras alternativas para poder ser mama?

M: Si, yo dije bueno, sino puedo ser mama y queremos un hijo pues una adopción podría haber sido una... una... y tuve... tuve dos... dos oportunidades de poder tener adopción pero mi pareja no lo quiso, o sea en ese caso, en ese aspecto él quería, decía, si yo no puedo tener un hijo mío, yo como voy a saber ¿no?, de quien son los hijos y... y yo siento que no me voy a encariñar yo siento que... y no, o sea estaba muy negado a esa parte y entonces dos oportunidades se fueron, entonces... si la busque yo más, pero ahí fue cuando el ya no, ya estaba como muy negado a esa parte.

S: ¿Cuánto tiempo paso de que tu buscabas esas opciones después de tu diagnostico?

M: Como año y medio, dos años más o menos que me llego la oportunidad y... y yo la comente con él.

S: ¿Buscaste algún apoyo psicológico para poder sobrellevar este proceso de tratamiento?

M: No, nunca, o sea no lo pensé que fuera necesario ¿no?, tampoco, si entre en la... yo siento que si entre en la depresión, o sea si, si me dolió la parte, esa situación me hizo sentir si como de repente, como... como que no valía mucho, entonces yo busque, por eso buscaba esas opciones ¿no?, de tener un hijo como fuera, ya sea en adopción o volverlo a intentar o volverlo a pasar, yo decía voy a pasar por todo, se me volvió algo así como... como que si no lo tengo, lo pierdo ¿no?.

S: Entonces ¿Cuál fue tu principal motivo por el cual no buscaste ese apoyo psicológico?

M: Porque no sentía, bueno es que en ese entonces yo no conocía exactamente en que me podía ayudar la psicología ¿no?, si era una... si mi problema era... enfermedad ¿no?, yo sentía que mentalmente estaba yo bien, yo lo que tenía era un... un déficit físico, una malformación física ¿no? Y que pues... como que un psicólogo... ¿cómo pa' que? ¿No?, en ese momento pues, nunca pensé en una ayuda psicológica, mas era una ayuda médica.

S: ¿Y en la clínica en la que te atendiste nunca te ofrecieron ese servicio, nunca fue...?

M: No, mira en determinado momento no, el que me dio una... el que me dio la opción fue el endocrinólogo cuando me dijo... yo necesito quitarte esa parte de ansiedad que tienes porque también puede ser un bloqueo para ti y fue cuando me dijo, ponte a tener otra actividad y fue cuando empecé a estudiar enfermería y exactamente cuando yo empiezo a estudiar enfermería, al primer año en esos meses de tratamiento fue cuando quede embarazada, cuando mi mente estaba como que absorta en otras cosas ¿no?.

S: ¿Cómo fue su proyecto de vida entonces a partir de su diagnóstico para seguir en unión de pareja?

M: ¿Después de haber perdido al bebé?... pues es que había amor, o sea en esa parte a pesar de que nos casamos sin, sin... más que como amigos, como si fuéramos amigos... en el transcurso de todos esos años nosotros si cultivamos un amor, un sentimiento mutuo, entonces todavía duramos nosotros mucho tiempo juntos... él decía que no era necesario un hijo pero... yo sentía que si a él si le era necesario ¿no?, porque empezaron a llegar los sobrinos, entonces empezamos a... a abocar nuestro amor hacia esas otras partes ¿no? Y yo... y yo tú te dabas cuenta y yo me daba cuenta, o sea él se daba cuenta y yo me daba cuenta de que... para él era necesario ¿no?, si lo deseaba, aunque a mí me decía que no, si cambio mucho... a partir de esa fecha, no nos distanciamos como pareja pero si ya había cosas que... que ya no checaban tanto ¿no? Y si, si hubo... ahí fue donde empezamos a tener como que... distanciamientos... y diferencias.

S: Y entonces al final de tu relación ¿puedes decir que ese fue el motivo por el cual ustedes se separaron?

M: Yo creo que fue una causa, yo creo que si fue una causa, me llegue tanto a decir que yo quería un hijo y el en algún momento me lo hacía saber, porque después de esto y después de tener tantos años de vivir juntos, nosotros duramos diecisiete años juntos, como que hasta la misma familia de repente... eras... eras parte de las burlas ¿no? O de los malos comentarios ¿no?, si era partida de rosca era decir... hay pues ella niño pues ni en las roscas ¿no?, o sea ella pues... en su casa por ejemplo decían... ellos pues... ellos nada más muñequitos de papel ¿no?, entonces... como que si era algo que, si me... si me empezaba a molestar y entonces ya hasta empezaba a tener discusiones con él por esa parte ¿no? Y... y pues lógicamente nos afectaba a los dos ¿no? Escuchar comentarios que... de repente yo escuche una vez un comentario que le hacia su hermano a él ¿no?... pues si no te da hijos y tú quieres un hijo #\$\$%^(* pues cámbiala, ten un hijo por otro lado ¿no? Y entonces yo cuando lo oigo pues si lógicamente me molesto y hablo con el ¿no? Y entonces ya empiezan las... las... los pleitos, las... las desconfianzas ¿no?, si el salía a trabajar y llegaba tarde pues... yo pensé que estaba en otra parte o estaba haciendo otras cosas ¿no?... entonces si ya empezó mucho el distanciamiento y lógicamente si empezaron las infidelidades... y yo creo que en una parte fue por esa razón, el hecho de que yo me sumí en una parte de que... pues hijos no te voy a poder dar entonces pues nada más soy ama de casa ¿no? Y yo me refugio mucho en mi casa y el mucho en su casa y... empezamos a distanciarnos, empezamos a tener problemas y empezaron las infidelidades ¿no? Pues sí, si... creo que una de las razones que no nos unieron como pareja fue el hecho de un hijo, en si cuando nos divorciamos él una vez me dijo, si hubiéramos tenido un hijo esto no hubiera sucedido, entonces yo... doy por hecho que en parte si fue... que no luchamos... no luchamos por nuestro amor por no tener a alguien por quien más luchar ¿no?

S: ¿Y tú como has actuado ante esta situación durante todos estos años, en esta parte de no poder tener hijos?

M: ¿Después del divorcio?... no pues... posteriormente lógicamente una ruptura pues es una pérdida, un gran, gran, gran, para mí era... era mi todo... entonces si hubo una gran depresión, si llegue a... atender un poco contra mi salud, contra mi vida... hasta que me di cuenta y que dije... pues bueno pero ¿Por qué? ¿No?, me duro mucho, creo que perdí mucho tiempo en esa parte, de recuperarme... de ese golpe, de sentirme menos, de no sentirme mujer, de no poder tener otra pareja porque no me sentía como que una mujer para poder volver a hacerlo ¿no?, o sea poder volver a tener una pareja ¿no?, entonces si dure muchos años con esa depresión hasta que tuve... tuve contacto con el área de psicología ¿no? Y que me empezó a ayudar a reestructurar esa parte de mí, pero fue ya muchos años posteriores ¿no?, muchos años después.

S: Ok. ¿En algún momento en tu parte ya de estar ahorita sola, sin tener pareja, haz... no has tomado la opción de adoptar?

M: Mmh!?... No... lo pensé a lo mejor posterior, antes ¿no? Pero antes las leyes estaban muy estrictas a que tenía que ser una pareja y que tenías que tener lógicamente una solvencia económica para poder... poder tener un hijo, poder tomar un hijo en adopción, no como la oportunidad que me brindaban en DIF... que me brindaban el dártelo inmediatamente porque pues... éramos una pareja que no tenía hijos ¿no? Y que hubiera sido más fácil. Al yo querer tener un hijo, yo tenía que dar también opciones y era... era muy complicado, en primera la edad, en segunda pues la situación económica... que a lo mejor en ese aspecto lo podías haber... saltado ¿no? Pero el hecho de que si buscaban un hogar... las trabajadoras en ese entonces me decían, una familia es papa, mama e hijos y usted nada más se va a hacer mama e hijo, en donde va a estar la otra parte que él niño necesita ¿no?, entonces pues esa idea quedo descartada ¿no?, como persona sola no podía yo tener en ese entonces un hijo... ahora ya cambian las cosas pero ahora últimamente... hace como dos años o tres cambiaron las leyes de la adopción ¿no? Pero antes no era así, era familia... una familia es papa, mama e hijos, entonces pues yo nada mas era mama e hijo, entonces... no era una familia y no podían brindarle una familia a un niño ¿no?, entonces tuve que entender que yo no nací para... bueno... yo no tuve esa oportunidad de ser madre... pero tengo un @#\$%^& de sobrinos que amo con todo mi corazón... pero pues... aceptas que hay cosas que se te dan y hay cosas que no pero eso me ayudaron a aceptarlo... no fue tan fácil.

S: Y en estos momentos ¿Cómo te sientes?

M: Ahorita ya me siento plena, ya entendí el por qué... las cosas pasan por algo y tu vienes a este mundo a lo mejor a hacer otras cosas ¿no?, a lo mejor no vine a ser madre... pero a lo mejor vine a hacer otras cosas ¿no?, a lo mejor... apoyo, a lo mejor amor a otras personas, a lo mejor lo que hago en mi carrera ¿no?, que es ayudar a otras gentes a... a lo mejor esa es mi misión y no era exactamente la de ser madre, entonces cuando tu aceptas que a lo mejor tienes otra misión en la vida... esa parte ya no te duele tanto... aunque no te digo que no es todavía algo como que... que me hubiera gustado haber tenido ¿no? ¡Sí, claro!, yo siempre pensaba en tener una familia, así como se dice... papa, mama e hijos ¿no?, pero tengo mi familia... tengo a mis hermanas, tengo a mis sobrinas, tengo a mi mama ¡bendito Dios!, a mi papa lo acabo de perder pero también tengo una familia, entonces... sustituyes algunas cosas, te van enseñando que... cada cosa... es un ¿Por qué? Y... y ya no me causa daño, antes sí, yo hablaba de que no puedo tener hijos y era de llorar ¿no?, de... de sentirme mal, como mujer te ando y funciono igual ¿no?... simple y sencillamente no puedo tener hijos, pero ahorita como mujer me siento bien, me siento plena, satisfecha con lo que estoy haciendo, satisfecha con lo que hago, tengo una pareja, entonces... me siento plena, sé que no voy a tener hijos pero... puedo tener otras cosas ahorita... tengo cincuenta años, o sea que hasta ahorita lo estoy entendiendo, me hubieras dicho eso cuando tenía treintaicinco o cuarenta, fue muy difícil para mí esos momentos, muy muy difícil.

S: Bueno Martha, pues te agradezco mucho la entrevista, muy valiosa tu información... ¿algo más que quieras agregar?

M: No, Gracias.

S: Bueno, Gracias. Adiós.

S: investigadora

M: Ella

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agulló, E. T. (1997). La juventud como fenómeno psicosociológico: concepto, objeto y método En *Jóvenes, trabajo e identidad*. Oviedo: Universidad de Oviedo P.p 14-15.
- Al Siebert (2007) *La resiliencia: construir en la adversidad*, Barcelona, Ed. AlientaOptimiza.
- Albaladejo B.N. (febrero 2008) *Psicología básica: Tema 8. La Emoción*. Universidad de Alicante. Departamento de Psicología de la Salud. [PDF] España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/4298>
- Alex K. Y Stephen K. (Alex Kendrick). (2008), *Fireproof* [Cinta cinematográfica]. Estados Unidos.: Samuel Goldwyn / Sherwood Pictures / Provident Films / Carmel Entertainment
- Alex K. y Stephen K. (productores) y Alex Kendrick(Director). (2008). *A prueba de Fuego* [película]. Estados Unidos: Samuel Goldwyn / Sherwood Pictures.
- APA (2017) *El camino hacia la resiliencia*, American Psychological Association. Recuperado de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Azteca Noticias(2013) *50% de parejas tendrán problemas de fertilidad en 2050*, México Fértil, recuperado 06 noviembre 2013 en <http://mexicofertil.com/50-de-parejas-tendran-problemas-de-fertilidad-en-2050/>
- Baron L, (2017) *Aspectos Psicológicos de la Infertilidad*. Recuperado de http://www.luisabaron.com/?page_id=133
- Basáñez Liz, (2008), *Y tus emociones ¿Qué dicen? aprende a manejarlas.*, México, Pax México.
- Bauer M., Gonzales E., Sasson E., Weigensberg de Perkal A., Corti A., Altman de Litvan M. (2007). *Resiliencia y vida cotidiana*, Montevideo, Uruguay. Ed. Psicolibros-Waslala.pag. 64-77.
- Bebera (2017) *Infertilidad y Adopción*. Ingenes. Recuperado de <http://bebera.com/infertilidad-y-adopcion/>
- Berger (2009) *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*, (7 Ed). España, editorial médica panamericana.

Besada F. R. (2007) Técnicas de apoyo psicológico y social al paciente y familiares. Estrategias para el control emocional en situaciones de emergencia. España: ideas propias. (libro en línea) [Es su URL https://books.google.com.mx/books?id=9xsupuPa6JMC&printsec=frontcover&dq=T%C3%A9cnicas+de+apoyo+psicol%C3%B3gico+y+social+al+paciente+y+familiares.+Estrategias+para+el+control+emocional+en+situaciones+de+emergencia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi9r9b-n_jVAhXCiFQKHcFCBUoQ6AEIJAA#v=onepage&q=T%C3%A9cnicas%20de%20apoyo%20psicol%C3%B3gico%20y%20social%20al%20paciente%20y%20familiares.%20Estrategias%20para%20el%20control%20emocional%20en%20situaciones%20de%20emergencia.&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=9xsupuPa6JMC&printsec=frontcover&dq=T%C3%A9cnicas+de+apoyo+psicol%C3%B3gico+y+social+al+paciente+y+familiares.+Estrategias+para+el+control+emocional+en+situaciones+de+emergencia.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi9r9b-n_jVAhXCiFQKHcFCBUoQ6AEIJAA#v=onepage&q=T%C3%A9cnicas%20de%20apoyo%20psicol%C3%B3gico%20y%20social%20al%20paciente%20y%20familiares.%20Estrategias%20para%20el%20control%20emocional%20en%20situaciones%20de%20emergencia.&f=false)

Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.(2015) Medline Plus. Consultado el día 07 de enero 2015
en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001504.htm>

Brooks R. y Goldstein S., (2004). El poder de la resiliencia: cómo lograr el equilibrio, la seguridad y la fuerza interior necesarios para vivir en paz. México, Ed. Paidós. Pág.17-20, 346.

Brown, J. E. (2006) Nutrición previa a la concepción: condiciones e intervenciones En Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida (2° ed.). México: Mc Graw Hill. pp. 62-63.67-68.

Brown, J. E. (2006). Nutrición previa a la concepción En Nutrición en las Diferentes Etapas de la Vida (2° ed.). México: Mc Graw Hill. pp. 44-57.

Brugo O.S., Chillik C. y Kopelman S. (2003) Definición y Causas de la Infertilidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 54 (4) pp. 227-248. [PDF] Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214309003.pdf>

Carlson. P.N. (2006) Conducta Reproductora En fisiología de la conducta. 8°ed. México. Pearson educación. pp. 378,379-383-395.

Casas, M.L. (2013) Dilemas actuales: respuestas humanas (escrito por Think Action Development), México: LID editorial empresarial. Consultado el 28 septiembre 2014 Recuperado de: <http://books.google.com.mx/books?id=gDX4AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Ceballos L. (2015) Infertilidad y Duelo. Porque quiero ser mamá. Recuperado de: <https://www.porquequieroser mama.com/QUE-HA-DADO-DE-SI-LA-SEMANA/>

Celaya, E. X. (16 de enero, 2013). En México, tres de cada 10 parejas son infértiles: estudio. NotieSe. Recuperado el 28 marzo de 2014, de <http://laopniondetodos.blogspot.mx/2013/01/en-mexico-tres-de-cada-10-parejas-son.html>

- Chóliz M. M. (2005) Psicología de la emoción: el proceso emocional. Dpto. de Psicología Básica Universidad de Valencia, [PDF] España. Recuperado de <http://www.valencia.edu/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Coleman C. Jonh y Hendry B. Leo (2003) Psicología de la adolescencia, (4 ed.). Madrid España, Morata.
- Consejo General de la Psicología de España (2015). La psicología de la reproducción: un nuevo ámbito de intervención psicológica., México Fértil. Recuperado de <http://mexicofertil.com/la-psicologia-de-la-reproduccion/>
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2009). Juventud: Desarrollos Físico y Cognoscitivo En *Desarrollo Psicológico*. (9ªed.). México: Pearson. P.p 411-412, 417-418, 427-436
- Dallal E. y Castillo (2001). La adolescencia como autoconstrucción. Emmanuel Isaías López, Desarrollo del autoproyecto de vida. Caminos del desarrollo psicológico: de la identidad de género en México al final de la adolescencia. (pág.) México, Plaza y Valdez.
- Diario portal (2013) 2% de divorciados se deben a infertilidad, México Fértil, recuperado 06 noviembre 2013 en <http://mexicofertil.com/2-de-divorcios-se-deben-a-infertilidad/>
- Díaz B.C.P, (2004) El poder de la inteligencia emocional: guía para padres, educadores y tutores, México, Centro Intelectual de Desarrollo Familiar.
- Diccionario de psicología y pedagogía (2004). (2ed., vol. 1) Edo. México, EuroMéxico.
- Fauré C. (2004) Vivir el duelo: la pérdida de un ser querido. Barcelona. Ed. Kairós.
- Fernández A. L, Teva, Bermúdez M. (diciembre, 2015) Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 33(3) pp. 257-276 [PDF] Santiago, Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78543221009>
- Fernández, B. R. (2007) actitudes personales que dificultan la comunicación y medidas de control En *Técnicas de apoyo psicológico y social al paciente y familiares. Estrategias para el control emocional en situaciones de emergencia*. España: Ideas propias Vigo. pp. 891-83,91.
- Fernández, B. R. (2007) apoyo psicológico en situaciones de emergencia En *Técnicas de apoyo psicológico y social al paciente y familiares. Estrategias para el control emocional en situaciones de emergencia*. España: Ideas propias Vigo. pp.59- 62. 71-74
- Flores, M. F. (1994) la felicidad en el matrimonio: una conquista de cada día. México D.F.: ARTE. pp. 5-20

- Frater Eugenio/EFE (2013) Infertilidad cómo afrontarla en pareja, MEXICO FERTIL recuperado 06 noviembre 2013 en <http://mexicofertil.com/infertilidad-como-afrontarla-en-pareja/>
- Furman R.I, Devoto C. L., Ramos A., Urmenta L. y Vantman D., (1997) Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Revista chilena de Obstetricia y ginecología, Vol.62.pag. 9-14. doi: 10.4067/S0717-92272000000200004
- García I. (2017) causas de la infertilidad. Todo papas. Desde el primer momento, contigo. Recuperado de <https://www.todopapas.com/fertilidad/fertilidad-en-la-mujer/causas-de-la-infertilidad-5513>
- Gilberti E. (2017) Adopción y embriones. México Fértil. Recuperado de <https://mexicofertil.com/adopcion-y-embriones/>
- Goetzi Laura. (2016) Cuando tener un hijo no es fácil. Todo papas. Desde el primer momento, contigo. Concepción y embarazo a partir de los 35. Recuperado de <https://www.todopapas.com/fertilidad/psicologia-concebir/cuando-tener-un-hijo-no-es-facil-549>
- Gómez M. B. (Junio 2010), Resiliencia individual y familiar. [PDF] Recuperado de: http://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/12/GomezB.Trab_.3BI0910.pdf
- Gonzales Ceballos R., (2005). Guía para la formación y crecimiento personal del joven, México. Editorial Universidad de Colima.
- Greenham P. (2017) Datos duros sobre la adopción en México. En Buena Onda. WRadio. Recuperado de http://wradio.com.mx/programa/2017/02/22/en_buena_onda/1487720217_105519.html
- Henderson N. Y Milstein M. (2003) resiliencia en la escuela. Lugar. Editorial Paidós.
- Holford P. (2005) nutrición óptima para la mente: la medicina nutricional y ortomolecular aplicada a la salud y el equilibrio mentales, España, Robinbook.
- Hope S. M. M y Martínez A. T. (2012) Adopción: los Hijos del anhelo. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=ANZygBG6M3oC&printsec=frontcover&dq=adopcion+los+hijos+del+anhelo&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwilxK-I0vPWAhWDQIYKHYQ7CewQ6wEIJzAA#v=onepage&q=adopcion%20los%20hijos%20del%20anhelo&f=false>
- Instituto Especializado en Infertilidad y Medicina (INSEMER)(2015). Consultado 9-08-2013recuperado de <http://insemer.blogspot.mx/2011/01/apoyo-emocional.html>

- Kalbermatter M.A, Goyenedne S. y Heredia R., (2009). Resiliente se nace, se hace, se rehace: Talleres de resiliencia y valores para niños y adolescentes., (1° ed) Córdoba, Argentina., Ed. Brujas. Pág. 11-13-127.
- Kotliarenco M. A.; Casares y Álvarez C. (1996) Resiliencia: construyendo con adversidad, Santiago de Chile, Ed. ceanim. [PDF] NO SE ENCUENTRA EL URL
- Lefrancois G. R. (2001) El ciclo de la vida. México, Ed. Thomson. 6° Edición.
- Lerner J. y Urbina M. T. (2008), fertilidad y reproducción asistida, Caracas; Venezuela, editorial médica panamericana
- Llavona U.(mayo-agosto 2008) El impacto psicológico de la infertilidad: Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos 29(2) pp. 158-166 [PDF] Madrid, España. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829202>
- Llobet V. (2005) La promoción de la resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión: herramientas para la transformación. Buenos Aires, Argentina. Ed. Novedades Educativas.
- López, M.E. y González, M.F.(2004)Inteligencia en pareja: un encuentro entre la razón y la emoción. 20 ed. Bogotá: norma
- Málaga, (2013) La relación entre infertilidad y estrés, una leyenda urbana. México Fértil. Recuperado 06 noviembre 2013 de <http://mexicofertil.com/la-relacion-entre-infertilidad-y-estres-una-leyenda-urbana/>
- Margulis,M. y Ariovich, L (et al.)(2008) La juventud es más que una palabra, ensayos sobre cultura y juventud, (3ed.) Buenos Aires: Biblios sociedad. Pp.241.
- Martínez T. I. y Vásquez B.A. (2006). La resiliencia invisible, infancia, inclusión social y tutores de vida., Barcelona, (1° ed) España., Ed. Gedisa. Pag. 30-32.
- Matorras R., Hernández J. y Molero D. (2008) Tratado de reproducción humana para enfermería., Buenos Aires-Madrid, editorial medica panamericana.
- Molina, I. N. (2004) Enciclopedia temática autoevaluativa para el siglo XXI (1 ed., Vols. 1-6). Colombia: Reymo.
- Monroy, A (2002) Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores. México: Editorial PAX México. pp. 12-13, 31-33, 118-119.
- Moreno Rosset (2008) "La psicología de la reproducción: un nuevo ámbito de intervención psicológica" recuperado en <http://mexicofertil.com/la-psicologia-de-la-reproduccion/>

- Muñiz. A. M. (2011) Cuando los niños no vienen de París. Orientación y recursos para la postadopción. Estados Unidos. Ed. Grupo Nelson.
- Myers G. D., (2005) Psicología, (7ed) .Madrid, España., Medica Panamericana.
- Notimex (2011) Radican en el hombre 50% de causas de infertilidad, azteca noticias. Recuperado de <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/56828/radican-en-el-hombre-50-de-causas-de-infertilidad>
- Notimex (2013) 20% de las parejas presentan infertilidad, Azteca Noticias. Recuperado de <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/159950/20-de-las-parejas-presentan-infertilidad>
- Notimex (2013) Infertilidad genera alteraciones psicológica, azteca noticias. Recuperado de <http://www.aztecanoticias.com.mx/notas/salud/169605/infertilidad-genera-alteraciones-psicologicas>
- Nueva prensa de Guayana, (2013) infertilidad psicológica, ¿de verdad existe?, México Fértil. Recuperado 06 noviembre 2013 en <http://mexicofertil.com/infertilidad-psicologica-de-verdad-existe/>
- P. Izquierdo C. (2000). Sexualidad y afectividad juvenil. Ed. Venezuela: Paulinas.
- Perrone G. y Propper F. (2007). Diccionario de educación. Madrid, alfabrara ediciones. Pp: 421.
- Philip Rice. F. (1997) Desarrollo Humano estudio del ciclo vital,. (2º ed.), México. Pearson.
- Puig G. y Rubio J.L. (2011) Manual de resiliencia aplicada. Barcelona España. Ed. Gedisa formato digital.
- Quinceno J.M., Remor E., Vinaccia S., (2016) Fortaleza programa de potencialización de la resiliencia para la promoción y el mantenimiento de la salud. (1º ed) Bogotá, Colombia, Ed. Manual Moderno.
- Ramos E. (2016) El complicado camino de la adopción en México. Selecciones. Recuperado de <https://mx.selecciones.com/la-ineficiente-forma-de-adoptar-en-mexico/>
- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol.54, No.4, Colombia.
- Rivero L. R., (2015), El sentido de la vida es una vida con sentido "la resiliencia". Bilbao, España, Ed. Desclee de Brouwer. S.A.
- Roa M. Y. (Enero-junio 2008) Los psicólogos y la infertilidad. Revista psicología y salud. 18(001), [PDF] universidad veracruzana, Xalapa, Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/684/0>

- Rojas M.L. (2010) Superar la adversidad: el poder de la resiliencia. Madrid, España. Ed. Espasa
- Rojas P. S. (2008) El manejo del duelo: una nueva propuesta para un nuevo comienzo. Colombia. Ed. Norma.
- S/A (2017) Capitulo Decimoprimer: La adopción. [PDF] Biblioteca Jurídica del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM Virtual Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3270/13.pdf>
- S/A(2013) Infertilidad y sexualidad. México fértil. Recuperado en <http://mexicofertil.com/infertilidad-y-sexualidad/>
- S/A. (2017) Problemas de fertilidad. ¿Cómo afrontarlos? Recuperado de: <http://www.todopapas.com/fertilidad/psicologia-concebir/problemas-de-fertilidad-como-afrontarlos-5502>
- Salgado C. (2003), el desafío de construir una relación de pareja: una decisión diaria un cambio permanente. 20ed. Bogotá: norma.
- Shelley, E T. (2002) VII la atención en el matrimonio. *Lazos vitales de como el cuidado y el afecto son esenciales para nuestras vidas*. Madrid España: Taurus .pp. 143-148
- Tame N. (2007) Infertilidad: El dolor secreto. Métodos para Revertirla. México. Ed. Pax México.
- Torres L. (2012) la sexualidad en la pareja infértil, Mexico fértil. Recuperado en <http://mexicofertil.com/la-sexualidad-de-la-pareja-infertil/>
- Turienzo R. y Sala P. (2011) Gana la resiliencia. Madrid España. Ed. Empresarial
- Urdapilleta L. (Agosto 2011) La Infertilidad como Proceso: Aspectos éticos, médicos y psicológicos. Condiciones psíquicas que alteran el funcionamiento reproductivo y consecuencias psicológicas del diagnóstico y tratamiento. Asocioacion de Medicina psicosocial Argentina (AMEPSA) [PDF] Argentina. Recuperado de: <http://www.amepsa.org/docs/amepsaiib.pdf>
- Urdapilleta L. (Mayo 2004) Infertilidad, Fuentes de Estrés y Factores de Resiliencia. Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) Boletín Electrónico No. 8 [PDF] Argentina. Recuperado de: http://leticiaurdapilleta.com/p05-boletin_electronico_mensual.pdf

- Vanistendael et al. (2013) Resiliencia y humor. Barcelona, España. Ed. Gedisa...formato digital.
- Vargas, J. y Ibáñez, J. (2006) solucionando problemas de pareja y de familia, (4ed.) México: Pax México
- Velazco M.L. (2002) Desarrollo biopsicosocial del adolescente: tareas, metas y logros. En Monroy, A. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores. México. Editorial PAX México. pp. 12-13, 31-33, 118-119.
- Velazco, C. M. y Luna, P. M. (2006) Inventario de apoyo para la pareja (IAPP) En Brizuela D, V et al. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax. pp. 183-185
- Velazco, C. M. y Luna, P. M. (2006) Escala de intimidad sexual en la pareja En Pantaleón G. L y Sánchez A, R. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México. Pax. Pp 223-225
- Velazco, C. M. y Luna, P. M. (2006) Inventario de estilos de amor para adultos (IEAA) En Ojeda G, A. Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax. pp. 201-204
- Vélez L. (2017) Normas legales de Adopción en México: Requisitos y toda la documentación para adoptar un bebé en México. Guía infantil. Recuperado de <https://www.guiainfantil.com/articulos/familia/adopcion/normas-legales-de-adopcion-en-mexico/>
- Vernaeve V. (2017) Problemas de fertilidad, ¿Cómo afrontarlos? Recuperado de: <http://www.todopapas.com/fertilidad/psicologia-concebir/problemas-de-fertilidad-como-afrontarlos-5502>
- Viñas, J. R. (1999). *Juventud Educación y Desarrollo Rural. El caribe*. CECAP. P.p 4.
- Yen, S y Jaffe, R y Barbieri, R (2001) Endocrinología de la reproducción (4ªed.). Argentina: Panamericana. P.p 157.