

01985

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

2

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**EL DESEO DE MATERNIDAD EN UN GRUPO  
DE MUJERES SUJETAS A TRATAMIENTOS  
DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN UNA  
INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LILIA CRISTINA ARRANZ LARA**

290705

**DIRECTORA:**

**DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG**

**COMITÉ TUTORIAL:**

**DRA. MA. CRISTINA MÁRQUEZ OROZCO  
DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ  
DR. FRANCISCO MORALES CARMONA  
DR. ROLANDO DÍAZ LOVING**

**MÉXICO, D.F. 2001**



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.

Esta investigación es un trabajo colectivo; agradezco el esfuerzo y el acompañamiento en el proceso de:

Tutora del Doctorado	Dra. Bertha Blum G.
Comité Tutorial	Dra. Ma. Cristina Márquez Orozco Dra. Luisa Rossi H. Dr. Francisco Morales Carmona Dr. Rolando Díaz-Loving
Suplentes	Dra. Patricia Corres Ayala Dra. Emily Ito Sugiyama
Asesoría Metodológica	Dra. Emily Ito Sugiyama
Supervisión de Casos	Dra. Bertha Blum G. Dr. Francisco Morales Carmona Dr. José Cueli
Maestros del Doctorado	Dra. Patricia Corres Ayala Dra. Fátima Flores Fernández Dra. Ma. Cristina Márquez Orozco Dra. Luisa Rossi Dr. Francisco Morales Carmona Dr. José Cueli
Discusión teórica	Dr. Octavio Chamizo G.

Así mismo, este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo institucional del Hospital " 20 de Noviembre" del ISSSTE, agradezco especialmente la colaboración de los doctores Manuel Franco Solís, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia; Rafael Gutiérrez Amezcua, Jefe del Servicio de Biología de la Reproducción Humana; Luciano F. Saucedo, Jefe de Sección de Biología de la Reproducción Humana; Dr. Salvador Gaviño, Coordinador de Enseñanza del Hospital (1997-1999); a los médicos adscritos, médicos residentes y personal del Servicio.

A CONACYT, por su confianza en el proyecto.

A las mujeres que amablemente me confiaron sus historias de vida.

Especialmente con cariño a:

Marlene y Eugenio Fautsch  
Antonio Arranz y Lilia Lara  
Rosi, Nuri y Toño Arranz Lara  
Mariana Bettinger Arranz  
León y Graciela Lara  
Ramón, Graciela, Ramón y Guadalupe Valdés  
Camerina, Isidro y Rosalinda Rodríguez  
Guillermo y Memo Calderón  
Begoña Méndez  
Henri Audirac  
Mónica Zárate  
Familias Fautsch Fernández

Boni, por la travesía de doce años

## RESUMEN

La presente investigación fue realizada con mujeres derechohabientes de una institución de seguridad social a las que se les ha diagnosticado previamente esterilidad, y que se han sometido a estudios y tratamientos ginecológicos con resultados negativos; estas mujeres son derivadas como última alternativa a tratamientos de reproducción asistida, especialmente de FIV-TE, en un hospital de tercer nivel.

El propósito de este estudio es el de establecer los criterios que ayuden a la comprensión de las causas que llevan a una mujer a someterse reiterada e insistentemente a complicados tratamientos de fertilización, con bajas probabilidades de éxito, y que aumentan a su vez la intensidad de los conflictos previos (y la posible aparición de otros), si el embarazo no se produce.

Consideramos que el método que permite explicar la complejidad de estos procesos es el cualitativo-interpretativo y dentro de éste escogimos el enfoque metodológico denominado *teoría fundamentada en los datos*. En nuestro estudio, investigamos las influencias y contextos en los que se produce el deseo de maternidad en cien pacientes entrevistadas, diez de las cuales fueron estudiadas a profundidad.

A partir del análisis de los datos, hemos encontrado que los factores más relevantes en el deseo de maternidad, son el género, las presiones familiares, la institución médica, la estructura narcisista de la personalidad, el hijo imaginario y los efectos secundarios del tratamiento.

Como parte de los resultados obtenidos de acuerdo a esta estrategia metodológica, se elaboró un diagrama del proceso que relaciona estos factores (codificación axial), la narrativa de dicho diagrama (codificación selectiva) y una trayectoria matricial de los niveles que abarca el fenómeno. Paralelamente, se realizó un análisis interpretativo desde el enfoque psicoanalítico de las categorías obtenidas, localizando la centralidad de dichas categorías para cada uno de los casos.

Con la finalidad de profundizar en los alcances de esta investigación, proponemos lineamientos para una estrategia psicoterapéutica específicamente dirigida a la población estudiada.

## ABSTRACT

The main purpose of this research is to establish the criteria that may help in the comprehension of the causes that leads a woman to insistently take complicated fertility treatments, many of which have a low possibility of being successful. The study took into consideration in which way the difficulty of getting pregnant may intensify previous conflicts or may develop others.

The research took place in a Social Security Institute in Mexico City, with women that were previously diagnosed with *primary sterility*, and that have experienced various gynecological treatments, all of them with negative results. These women were derived to assisted reproduction treatments as a last alternative, particularly of *in vitro* fertilization and embryo transfer (FIV-TE), in a third level hospital.

The methodological instrument that was used was the psychological interview in the open and deep character. In the research it was investigated the influence and the contexts in which the desire of getting pregnant is developed. A hundred of women patients were interviewed; ten of them were deeply studied and followed up.

Our research was based on the qualitative-interpretative method, and inside this methodology we worked with *grounded theory* (Glasser & Strauss, 1967).

Based on fact analysis we have found that gender, family pressures, the medical institution, the narcissist structures of personality, the imaginary child and the side-effects of the treatment were important elements that influenced the "desire of maternity".

From the results obtained, and according to this methodological strategy, we made a diagram of the process in which these elements were related (axial coding), the narrative diagram (selective coding) and matrix path from the levels that involved in this phenomenon.

At the same time, we made an interpretative analysis from the psychoanalytical point of view, considering the different categories obtained and focusing the main problem in each case. With this analysis two central elements were discovered in the desire of maternity: the narcissistic structure and the imaginary child.

As a conclusion, and from all the results obtained, we consider that some investigations may develop specific psychotherapeutic treatments. This psychotherapy will have the aim of giving elements to treat the factors that influence women who are constantly looking for pregnancy through assisted reproductive treatments, specially *in vitro* fertilization.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT.....	ii
INDICE.....	1
INTRODUCCIÓN .....	4
SUPUESTOS TEÓRICOS .....	11
1. DESEO DE MATERNIDAD .....	12
1.1 INFLUENCIA DE LA CULTURA MEXICANA .....	12
1.2 INFLUENCIA DEL GÉNERO.....	16
1.3 IDENTIDAD FEMENINA .....	22
2 NARCISISMO Y DESEO DE MATERNIDAD.....	30
2.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL NARCISISMO.....	30
2.2 FALLAS EN LA ESTRUCTURA NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD.....	33
2.3 FALLAS DEL NARCISISMO Y DESEO DE MATERNIDAD .....	41
MÉTODO .....	47
3 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	49
3.1 PUNTO DE PARTIDA .....	49
3.2 OBJETIVO.....	49
3.3 MUESTRA.....	50
3.4 INSTRUMENTO .....	51
3.5 PROCEDIMIENTO .....	53
3.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	54
3.7 INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DE LOS CASOS .....	63
3.7.1 <i>Centralidad de los casos</i> .....	63
3.7.2 <i>Construcción de la Voz Narrativa</i> .....	64
RESULTADOS .....	69
4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN .....	71

4.1 DESDE LA <i>TEORÍA FUNDAMENTADA</i> .....	71
4.1.1 <i>Resultados con base en la codificación axial</i> .....	70
4.1.2 <i>Resultados con base en la codificación selectiva</i> .....	72
4.1.3 <i>Resultados de la Matriz Condicional:</i> .....	76
4.1.4 <i>Nivel teórico alcanzado</i> .....	79
4.2 RESULTADOS DESDE EL PSICOANÁLISIS .....	82
4.2.1 <i>Centralidad de las categorías</i> .....	82
4.2.2 <i>Voz Narrativa</i> .....	99
4.2.3 <i>Interpretación de la voz narrativa</i> .....	104
4.2.4 <i>Aportaciones Teóricas</i> .....	112
4.2.4.1 <i>Deseo de Maternidad</i> .....	112
a) <i>El problema del deseo</i> .....	112
b) <i>El mito de la maternidad</i> .....	114
d) <i>Imago corporal</i> .....	119
e) <i>Sacrificio y soledad</i> .....	123
4.2.4.2 <i>El hijo imaginario</i> .....	124
a) <i>El hijo como borde</i> .....	124
b) <i>El hijo como doble</i> .....	125
c) <i>El hijo como representante del objeto perdido</i> .....	126
d) <i>el hijo como investidura narcisista de objeto</i> .....	127
4.2.4.3 <i>El tiempo y la esterilidad</i> .....	128
a) <i>Tiempo mítico</i> .....	128
b) <i>Tiempo y repetición</i> .....	129
c) <i>Tiempo y sacrificio</i> .....	131
d) <i>Tiempo y narcisismo</i> .....	132
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	135
DISCUSIÓN .....	136
CONCLUSIONES .....	152
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	169
<b>ANEXOS</b> .....	181
I <b>FACTORES QUE IMPIDEN LA FERTILIDAD</b> .....	183
II <b>TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA</b> .....	187
III <b>PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA</b> .....	193
IV <b>GUÍA DE ENTREVISTAS</b> .....	196
V <b>CONCEPTOS DE TEORÍA FUNDAMENTADA</b> .....	201
VI <b>RESUMEN DEL DIARIO DE TRABAJO</b> .....	204
VII <b>EJEMPLO DE ANÁLISIS DE DATOS POR TEORÍA FUNDAMENTADA</b> .....	211



# **INTRODUCCIÓN**

La presente investigación se realizó en mujeres a las que se les ha diagnosticado previamente esterilidad primaria<sup>1</sup> sometidas a estudios y tratamientos previos con resultados negativos que como última alternativa fueron derivadas a tratamientos de reproducción asistida (TRA)<sup>2</sup>, en particular a fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE).

En México se utilizan varias TRA, entre las que se encuentran:

- a) inseminación artificial
- b) transferencia intratubaria de gametas (GIFT)
- c) transferencia intratubaria de cigotos (ZIFT)
- d) fecundación *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE)<sup>3</sup>

Estas técnicas son recientes, y su demanda es grande. En la mayoría de los casos se realizan a nivel mundial, en contadas instituciones. En México se ha aplicado a nivel privado desde hace diez años y, gracias a un esfuerzo gubernamental se puso en marcha recientemente el programa de FIV-TE en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer); sin embargo, debido a políticas internas, este tratamiento se suspendió de manera temporal.

Dado el interés científico del tema y la gran demanda del tratamiento, el Instituto de Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) determinó que el Estado no debía quedar rezagado en investigaciones de punta, como el FIV-TE, por traer beneficios a mediano y largo plazo para una parte importante de la población. Por esto, el ISSSTE decidió invertir un monto considerable de recursos humanos y económicos en la aplicación de esta técnica en el C. M. N. "20 de Noviembre" que es uno de sus hospitales de tercer nivel.

---

<sup>1</sup> La esterilidad primaria es definida por la literatura médica como un año de coito no protegido, sin concepción.

<sup>2</sup> Las explicaciones conceptuales de cada una de estas técnicas, así como un glosario de factores que dificultan o impiden la fecundación, se presentan en el Anexo I y II de acuerdo con los conceptos de Márquez-Orozco (1996).

<sup>3</sup> La descripción del protocolo de FIV-TE se presenta en el Anexo III.

En el campo de la Psicología, las investigaciones sobre los TRA han sido limitadas, ya que se desarrollan de manera predominante en instituciones privadas, que tienen como único requisito solventar su alto costo económico.

Los TRA casi siempre son complicados, frustrantes, tediosos y dolorosos <sup>4</sup>: *El tratamiento sobre la esterilidad es una experiencia que provoca gran estrés, adecuarse a un control estricto de citas, actos sexuales programados, tiempo fuera del trabajo y del hogar, un alto costo económico, conjuntamente con el temor que algunas personas experimentan ante intervenciones quirúrgicas, pruebas hemáticas, terapias hormonales, etc. (Carreño y cols. 1996:90).*

La relación entre estrés y participación en TRA ha sido documentada y estudiada por Abbey y cols. (1992) en el Instituto de Investigación Social y Salud Pública de la Universidad de Michigan, y ellos informan que el estrés es significativamente mayor en las mujeres sujetas a tratamientos de esterilidad que en sus parejas. Por su parte, Matarasso (1992) concluye: *Un alto porcentaje de parejas infecundas sufren una vivencia emocional considerable; el impacto afectivo provocado por la infertilidad es de mayor importancia que los factores físicos en cuestión. Los hombres resultan menos afectados psicológicamente por la infecundidad que las mujeres. Éstas son más vulnerables, tienen más sentimiento de devastación y sufren más las consecuencias de los tratamientos médicos.*

Existen una gran cantidad de estudios que muestran los efectos estresantes de estos tratamientos. Facchinetti y cols.(1997) en la Universidad de Modena, Italia encontraron la relación que existe entre una alta vulnerabilidad al estrés y la posibilidad de concepción por medio del FIV-TE. Los autores mencionan así mismo, que el alto nivel de ansiedad registrado en algunas parejas es proporcional a la caída en un estado de depresión, si fracasan los TRA. Freeman y Boxer (1986) definen a la esterilidad como el evento más estresante de vida.

Morales Carmona (1995), aplica una serie de instrumentos psicológicos y demuestra que existe una relación entre ansiedad, depresión y TRA. Carreño y cols.

---

<sup>4</sup> Consultar Anexo II y III para detalles sobre el procedimiento de FIV-TE.

(1997:180) del Departamento de Psicología del INPer, refieren que en ausencia de buenas estrategias de afrontamiento al problema de esterilidad y redes de apoyo apropiadas para dar un buen sostén emocional, las mujeres estériles, sujetas a TRA, caerán en estados más agudos de ansiedad y depresión que las que tienen mejores recursos internos para afrontar los aspectos difíciles de su situación. Proponen que mediante un programa de *Reevaluación Positiva* de su esterilidad, se puede conseguir un manejo más adecuado de la depresión, y obtener un aumento de la autoestima que les permita afrontar de la situación vital por la que atraviesan.

Así mismo, los trabajos publicados por parte del equipo del Departamento de Psicología del INPer encabezados por Carreño (1994, Carreño y cols., 1997), nos señalan que no se encontró una relación directa entre tipo de tratamiento y depresión causada por éste en las pacientes sometidas a inseminación artificial, ni en las de fertilización *in vitro*. Estos investigadores plantean la hipótesis de que los síntomas que se presentan en ambos tratamientos son estructurales más que coyunturales, y nos sugieren que las mujeres que se someten a tratamientos de esterilidad presentan conflictos con factores de identidad y proponen el estudio del autoconcepto como predictor del comportamiento de la paciente que está sujeta a estos tratamientos. En un estudio más reciente (Carreño y cols., 2000), este equipo refiere que la depresión se instala en las mujeres estériles como una forma de adaptación, cuando han fallado sus estrategias de afrontamiento al estrés provocado por los tratamientos. Otra investigación basada en una *escala de ajuste de la fertilidad* (Glover y cols., 1999), nos menciona que la incapacidad de la mujer estéril para afrontar su problema de concepción, está correlacionado con estrés, ansiedad y depresión<sup>5</sup>.

A partir de estos antecedentes, y de estudios preliminares que realizamos para la presente investigación, determinamos que entre las fuentes de ansiedad y depresión detectadas, se encuentran:

---

<sup>5</sup> Cook (1997), define a la esterilidad en los medios de divulgación como la montaña rusa emocional.

a) Efectos físicos y psicológicos debidos a tratamientos exploratorios, hormonales y quirúrgicos de mediano y largo plazo, de más de tres años, previos a su inclusión en el programa.

b) Manifestaciones de tensión, angustia y a veces agresividad producidos por los distintos procedimientos terapéuticos.

c) Influencias sociales o familiares, generadas ya sea por el centro de trabajo, por amigos, familiares y principalmente por el compañero sexual en su anhelo de ser padre. Estas influencias se traducen en actitudes ambivalentes de tristeza y agresividad.

d) En la mayoría de los casos, preocupación intensa por encontrarse cercanas al límite de edad para ser candidatas al FIV-TE (en general se considera como límite superior 35 años, aunque existen excepciones dependientes del estado fisiológico de la mujer). Esta preocupación puede reflejarse en actitudes persecutorias y/o agresivas contra la institución o tristeza y depresión periódicas.

Por los resultados obtenidos, el personal médico de los Servicios de Reproducción Asistida del INPer, y del ISSSTE, han considerado necesario hacer un seguimiento psicológico de las pacientes con un promedio de asistencia mínimo de un año. Por un convenio de colaboración interinstitucional "Facultad de Psicología UNAM-ISSSTE", realizamos en esta población un trabajo de investigación sistematizado y supervisado, con una relevancia significativa tanto por sus aportaciones como por su incidencia práctica, ya que se coordinó con un programa importante para la seguridad social.

La búsqueda de la realización de la maternidad a través de métodos artificiales, sobre todo los de TRA, está influido por variables socioeconómicas y médicas. Sin embargo, no se han tomado en cuenta de manera suficiente, la influencia de las representaciones psíquicas que inducen a estas mujeres a someterse al FIV-TE, en lugar de buscar salidas colaterales como la adopción o la aceptación de la esterilidad.

En esta investigación, realizamos un trabajo asociativo y elaborativo aplicando el método del psicoanálisis y el enfoque de la *teoría fundamentada* (*grounded theory*: Glaser y Strauss, 1967), para identificar factores de la historia personal intra e intersubjetiva, que producen una salida específica al deseo de maternidad. Por medio de la investigación clínica, analizamos las causas por las que mujeres con esterilidad primaria, presentan una marcada insistencia en someterse a los TRA, en especial el FIV-TE.

Los supuestos teóricos que sustentan esta investigación y que aparecen en el primer capítulo son: la influencia de la cultura mexicana y el género en el deseo de maternidad, así como las fallas básicas del narcisismo y su relación con este deseo. El plan de trabajo incluye la metodología empleada en dos campos: la *teoría fundamentada* y el psicoanálisis, así como los resultados obtenidos. En la sección de discusión y conclusiones, comentamos los alcances de nuestra investigación así como las propuestas de trabajo terapéutico para el problema estudiado.



## **SUPUESTOS TEÓRICOS**

## 1. Deseo de maternidad

### 1.1 Influencia de la cultura mexicana

Para comenzar la revisión teórica, es preciso iniciar con una breve mirada sobre diversos abordajes relativos a la cultura mexicana. Especialmente, queremos hacer énfasis en aquellos autores que han trabajado los temas sobre la mujer y la maternidad en el pensamiento del mexicano, así como la forma en que algunas premisas socioculturales de género penetran en el imaginario social. De una manera particular, es preciso hacer referencia a la forma como la cultura se introduce en las concepciones individuales y llega a constituir lo que algunos autores denominan *la identidad nacional: Una estructura mítica, profundamente enclavada en el espíritu humano envía señales o mensajes que son traducidos por cada individuo a formas concretas* (Bartra, 1999:133). Para este autor, coincidiendo con Octavio Paz (1981), estudiar la identidad nacional es un trabajo de desciframiento de mitos, donde a su vez, los ensayistas sobre el tema quedan atrapados en éstos. En su obra, *La jaula de la melancolía* (1987), Bartra nos habla de los mitos fundacionales del "alma mexicana": la Guadalupana y la Malinche; la virgen-madre protectora y la madre violada y fértil. Ambas se funden en los arquetipos de la mujer mexicana: la pecadora o la virtuosa. Estos arquetipos son utilizados en los modelos prefabricados de las figuras literarias femeninas como devoradoras o sufridas. Son un reflejo de la imagen que se forma el hombre mexicano de su compañera.

Si bien la figura de la madre trasciende a todas las culturas, en México toma formas específicas. Una de ellas está muy relacionada con la religiosidad popular: "Las deidades indias eran diosas de fecundidad, ligadas a los ritmos cósmicos, los procesos de vegetación, y los ritos agrarios. La Virgen católica es también una Madre (Guadalupe-Tonantzin la llaman aún algunos peregrinos indios), pero su atributo principal no es velar por la fertilidad de la tierra sino ser el refugio de los

desamparados" (Paz, 1950). La virgen de Guadalupe es la *imagen femenina con valor afectivo mexicano y maternal*, nos señala González Pineda (1985). Este icono cubre una necesidad de búsqueda de protección y consuelo, *terrible anhelo de madre*, nos dirá S. Ramírez (1979)<sup>6</sup>. Y aquí nos encontramos con la principal afrenta para la mujer estéril: la imagen idealizada de la mujer mexicana queda atrapada en la exaltación religiosa de la maternidad, virgen y madre a la vez.

Las prácticas sobre la maternidad en México pasan por un lugar común que es el sentimiento de abnegación y victimización, que acompañan un tipo especial de pareja y una manera peculiar de educación a los hijos. Estas prácticas han sido descritas desde los años 30 en los estudios sobre *el mexicano*. Entre los trabajos más significativos encontramos por ejemplo, las aportaciones de Santiago Ramírez (1979: 66,114): "La mujer al no realizarse en su relación femenina con su compañero, al no poder lograrse como esposa, vicariamente busca la maternidad, cuantitativamente intensificada para repararse a través de uno y otro hijo [...]. La madre se siente poseedora del niño, siendo éste lo único que la compensa de la ausencia del esposo: la madre mexicana en función de las condiciones culturales ha hipertrofiado la necesidad emocional de contacto con el hijo para compensar la frustración".

Un aspecto que Ramírez (1979: 133) explicita, es la sustitución que se hace en nuestra cultura de la sexualidad por la maternidad: "Acepta pasivamente ese papel en el que se le veda sexualidad y se le premia la procreación. Todas las instituciones culturales, desde antes de la conquista, aplauden y premian los aspectos maternos de la mujer y, por el contrario, censuran sus expresiones sexuales [...], interponen a los hijos en su relación de pareja". Otro factor adicional que influye desfavorablemente en el peso desproporcionado que se le atribuye en México a la maternidad, es el papel que juega la pareja sexual de la mujer: padre abandonador, ausente o prepotente. Como menciona este autor (1979:51), al mexicano le gusta sentirse superior frente a la mujer para obtener servicios

---

<sup>6</sup> De acuerdo con Lagarde (1997:366), la Virgen simboliza a la mujer como madresposa. Desde luego que contiene un conjunto de atributos de comportamiento, de relación con los hombres y de la definición de su ser que, como en todas las vírgenes, se concreta en un cuerpo intocado, sólo materno, al que se asemeja con la naturaleza.

incondicionales: "si se presenta [en la casa] es para ser servido y admirado, que abandona cuando embaraza a la esposa".

En su capítulo *la manera de ser del mexicano*, Jorge Segura Millán (1964:554), explica la educación de la mujer mexicana en el medio familiar: dócil, sumisa, callada, sufrida, abnegada (*ideales de una esclava perfecta*). Así mismo, narra las formas como en la mujer-madre cae toda la agresividad explosiva (*chingar a la madre*), que muestran la ambivalencia del cariño maternal del hijo, quien ante todo tiene que colocar a la figura maternal como la reina del hogar. Rogelio Díaz-Guerrero (1991), en su estudio titulado *La mujer y las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana*, nos habla de un patrón psicocultural de la familia mexicana basada en dos patrones: la supremacía indiscutible del padre, y el necesario y absoluto autosacrificio de la madre. La percepción que se tiene de la mujer mexicana es que sufren más en su vida que los hombres, y que el lugar de la mujer es el hogar. En cuanto a la maternidad, la mujer mexicana debe de ser profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora del infante y con sus actitudes, ser la fuente de toda la ternura y sentimentalidad. En la contundencia de respuestas afirmativas en su estudio estadístico ante la pregunta: *¿Es para usted la madre el ser más querido que existe?* (1982:44), podemos observar la fuerza de estas premisas culturales y que muestran, en dado caso, la dificultad que tiene la mujer mexicana para salirse de estos estereotipos.

Si bien otros estudios confirman que estas prácticas son aún vigentes (Sandoval, 1987, González Núñez, 1996), es cada vez más patente que es la propia mujer la que busca una pareja de este tipo, a la que se le sirve y obedece, pero donde la sexualidad es dejada a un segundo plano en beneficio de la maternidad, y en muchas ocasiones, busca interponer a los hijos en su relación de pareja. Este proceso cobra relevancia cuando pensamos el problema de la esterilidad, ya que si la mujer está condicionada culturalmente al cuidado de los hijos y delega a un segundo plano sus satisfacciones genitales; entonces, son pocas las satisfacciones que esta cultura les provee en principio fuera de la maternidad (pensemos, por ejemplo, que el símbolo de la seguridad social en México (IMSS), es una madre amamantando a su hijo).

Existe también otro factor que influye en el rol de ser madre y es que la maternidad en México representa una forma de movilidad social y el único modo de adquirir un estatus social más elevado (Ehrenfeld, 1998: 97), aunque en la práctica, tenga que regresar con el nuevo hijo a la familia de origen. En su estudio sobre los embarazos adolescentes en las clases medias-bajas mexicanas concluye: *Si la sociedad y sus miembros institucionales o no, persisten en enfatizar la reproducción y la maternidad como valores centrales y máximos del ser mujer, entonces no se debe sorprender de la respuesta a este código. En este sentido, adolescentes que no encuentran otras instancias de intercambio, de contención emocional, de formación educativa y de producción; de participación ciudadana, social y política; encuentran en un embarazo una mayor valoración social, una resignación que permite la adaptación pasiva al nuevo papel; una movilidad social que, de otro modo, aparece muy lejana.*

En su investigación sobre los valores desde una perspectiva etno-psicológica, Emily Ito (1996) nos muestra cómo entre las figuras de *hiperidentidad*<sup>7</sup> aparece, como figura femenina positiva, la de la madre-esposa: comprensiva, dedicada al hogar, que atiende al marido y educa a los hijos. La madre mexicana, por lo tanto, ocupa siempre un lugar de deseo y envidia, además de ser la responsable de que la tradición continúe. Es muy importante el pasar de ser la compañera de la madre, a tener sus propios hijos. El ser madre recompone los lugares de poder tanto social como familiar. En particular se reorganizan los papeles del hogar incluyendo la toma de decisiones ya sean éstas domésticas, económicas o educativas.

En el medio social mexicano, el papel del hombre es el de asegurar una procreación que le permita continuar una línea sucesoria patriarcal y al mismo tiempo reafirmar su virilidad, que está relacionada imaginariamente, con la potencia sexual. Es por ello que la esterilidad no sólo cuestiona a la mujer, sino también de paso, el lugar del hombre en esta sociedad. De esta manera, es muy frecuente que el hombre presione a la mujer a tener descendencia, muchas veces bajo la amenaza del abandono o del desprecio.

---

<sup>7</sup> Las figuras de hiperidentidad son creaciones culturales acerca de los seres humanos que activan implícita o explícitamente las representaciones de personas como prototipos o ejemplares en base a valores, rasgos y características, que emergen como la expresión de procesos de identidad más amplios (Zavalloni 1984: 31, citado por Ito, 1996)

Desde la religión católica, predominante todavía en la cultura mexicana, la esterilidad ha tenido dos vertientes en la Biblia: su condenación, pero también la elección en la historia del pueblo judío de mujeres estériles como mensajeras divinas: Sara, Ana, Isabel. La mujer estéril mexicana fantasea que, como en la historia bíblica, ella todavía tienen posibilidad, vía el milagro divino, de tener descendencia (en estos momentos instrumentado por la tecnología médica).

De acuerdo con patrones culturales, otro de los problemas con los que se enfrenta la mujer estéril es el de encontrar su lugar en relación con otras mujeres que ya son madres siendo éstas representadas principalmente por su propia madre, su suegra, sus hermanas, amigas y compañeras de trabajo. La mujer estéril provoca sentimientos de compasión y lástima. Al mismo tiempo, perciben un reproche, a veces explícito, de que no ha hecho lo suficiente en pos de la maternidad. Vemos entonces como estos aspectos culturales son coadyuvantes en la construcción de la identidad genérica de la mujer mexicana e influyen de manera importante en las decisiones que tomará la mujer imposibilitada para gestar.

## 1.2 Influencia del género

Se ha estudiado desde diferentes marcos teóricos y metodologías que el concepto de maternidad no aparece de manera espontánea en un individuo adulto que decide en un momento determinado de su vida acceder a la procreación. Por el contrario, es necesario que hagamos la distinción entre la reproducción como hecho biológico, de la maternidad como hecho cultural. La maternidad, como concepto y como forma de vida, está influida por una serie de determinantes culturales, sociales, económicos y en muchos casos religiosos.

No se puede separar la idea de maternidad de la representación que se tiene de género, entendido éste como la *construcción cultural de la diferencia sexual*, es decir, "es un conjunto de disposiciones por las que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en la cual se satisfacen esas necesidades humanas" (Rubin, 1996), por lo cuál el género se reconoce "como

una variedad de formas de interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en las relaciones humanas" (Lamas, 1996). Si queremos analizar el problema de la maternidad desde el punto de vista de un sujeto particular, necesitamos ampliar la visión para encontrar la influencia que tuvo la identidad de género en su concepción de lo que es ser madre.

Para realizar este análisis es conveniente apoyarnos en el estudio realizado por Ana Ma. Fernández (1993) sobre los mitos sociales de la maternidad, cuyo referente teórico principal se encuentra en el concepto de *imaginario social*<sup>3</sup>. Sus aportaciones nos ayudaran a analizar a través del discurso de las mujeres estudiadas aquellos aspectos subjetivos de género que pudieran haber influido en su deseo de maternidad. La construcción del concepto *imaginario social* se debe al filósofo y sociólogo griego Cornelius Castoriadis (1983, 1988). Este autor considera que toda sociedad crea su propio mundo en el que está incluida, lo que para ella tiene sentido y de lo que carece, en pocas palabras, construye su propio mundo de interpretación. Señala también que la dimensión imaginaria de una sociedad se manifiesta por la lengua y lo histórico-social, lo que crea un tipo de orden, unidad, cohesión y diferencia dentro de esa sociedad.

Las construcciones imaginarias no corresponden a elementos "racionales" o "reales" sino que están dadas por la creación social que las instituye objetivándose en un ente colectivo, impersonal y anónimo. Estas construcciones forman históricamente un *magma* de significaciones imaginarias sociales que orientan y dirigen la vida de la sociedad y a los individuos que la constituyen. Para Castoriadis (1983), el hombre y la mujer van más allá de las definiciones anatómico-biológicas, son lo que son, en virtud de las significaciones imaginarias sociales.

Toda sociedad produce y reproduce un universo de significaciones imaginarias, constitutivas de lo femenino y lo masculino y que forman parte no sólo de los valores de la sociedad, sino también de las subjetividades de hombres y mujeres. Esto es lo que este autor denomina *mitos sociales*, y los concibe como modos en

---

<sup>3</sup> Concepto que tiene puntos en común con lo que Paz (1981) y Bartra (1999), tomando las nociones de Levi-Strauss, denominan *estructura mítica* (Ver influencia de la cultura mexicana).

que la sociedad catectiza con significaciones, el mundo y la vida en el mundo. Estos *mitos sociales* son creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que lo femenino y masculino poseen, en un momento dado dentro de esa sociedad. Jerarquizan, entonces, de una determinada manera, los proyectos vitales de los individuos de esa sociedad.

El imaginario social ordena prácticas de hombres, mujeres y niños; prácticas públicas y privadas. Así, dibuja los bordes de lo posible de ser imaginado, actuado, pensado, teorizado o deseado en un momento histórico particular en relación a la vida concreta de hombres y mujeres. El imaginario social es lo que permite a un individuo pensar, actuar y representar (se), de una manera compatible, coherente y convergente, incluso cuando le produzca conflictos internos. No son inconscientes colectivos, se trata de equivalentes o traducciones complementarias entre significaciones imaginarias. El imaginario social, por lo tanto, remite a una producción histórica del sentido, ya que constituye los discursos científicos, políticos e ideológicos por los que una sociedad habla de sus mujeres. Los mitos que forman el imaginario social son muy sensibles a lo histórico, ya que las diferentes concepciones que se han tenido de lo femenino y masculino se han modificado a partir de los momentos históricos por los que estas concepciones han atravesado.

Existe en nuestra sociedad un discurso genérico sobre la mujer, que adquiere una eficacia simbólica basado en las significaciones imaginarias sociales. Por lo tanto, existen un conjunto de significaciones posibles que cada sociedad o grupo social va a jerarquizar y que todo sujeto va a interiorizar dentro de una realidad posible, y que dan lugar a prácticas concretas y a la constitución de una intersubjetividad determinada. Entre las significaciones más importantes sobre la mujer, que pueden ser complementarias o excluyentes, encontramos:

- Progenitora y sujeto de prácticas de maternaje
- Sujeto de placer erótico
- Sujeto de relaciones humanas
- Sujeto productivo- creativo
- Sujeto histórico

- Sujeto de discurso
- Sujeto de poder

Sin embargo, dentro de un imaginario social moderno occidental, muchas mujeres no han podido desprenderse de códigos ancestrales, donde el ámbito principal de acción es lo privado. Históricamente, los contratos sociales (leyes, códigos) han sido formados e interpretados por varones que circunscriben el papel social de la mujer al hogar, jerarquizando este rol como el de máxima valoración social en detrimento de los otros roles posibles, ya que las mujeres se someten mucho más a la ley social que los hombres: renuncia, postergación y represión del deseo (Jiménez, 1991).

El imaginario social, está íntimamente ligado con el problema del poder. La naturaleza social del poder supone no sólo la creación de leyes e instituciones sino también su inscripción en la subjetividad de hombres y mujeres (Fernández, 1993). Es por ello que las sociedades modernas han tratado de combatir tres mitos sociales que históricamente se han asociado a la feminidad como algo "natural". Estos mitos son el de la *mujer-madre*, la *pasividad erótica femenina*<sup>9</sup> y el *amor romántico*. Dichos mitos dan lugar a una dicotomía de las instituciones, donde el espacio público es lo *racional*, mientras que el privado es lo *sentimental*; asociándose éste último con lo femenino. Estos mitos sociales, como organizadores de sentido, legitiman de alguna manera las prácticas de poder masculino, sobre todo a través de la figura social del marido del que deriva una dependencia económica, subjetiva y erótica de la esposa y que articula un contrapoder relativo a través de la figura social de la madre. Esta figura social y sus significaciones forman parte de nuestro objeto de estudio.

En el imaginario social, la jerarquización del lugar maternal de la mujer, ha privilegiado su aspecto reproductor en detrimento de otros roles importantes que puede jugar dentro de una sociedad. La ideología de la esencia femenina maternal hace que en muchas sociedades se vivan a sí mismas más madres que mujeres, más

---

<sup>9</sup> Para Dio-Bleichmar, la sexualidad actúa en oposición al narcisismo femenino, no exalta el Yo. Toda mujer que hace de la sexualidad una práctica frecuente disminuye su valor como mujer, la convierte en *promiscua*, figura social que tiene un valor completamente distinto a *mujeriego* (Jiménez, 1991:111).

objetos que sujetos eróticos, más pasivas que activas y más parejas que protagonistas en las acciones y decisiones de dichas sociedades. Se constituye entonces para Fernández (1993), una realidad Mujer=Madre, que organiza de manera imaginaria muchos discursos, científicos, legales, políticos, creencias populares, entre otros, que estructuran de manera simbólica las relaciones sociales. Se considera “natural” que la mujer sea madre y la maternidad se concibe entonces como un fenómeno de la naturaleza y no de la cultura. Sin embargo, varían de una mujer a otra la significación de un hijo, su manera de imaginarlo, de cuidarlo, de situarlo en relación a un padre y a sus pares, y un sin fin de problemáticas particulares que quedarían obturadas desde enfoques naturalistas. Según Lagarde (1997:363), desde el nacimiento y aun antes, las mujeres forman parte de una historia que las conforma como madres y esposas. La maternidad y la conyugalidad son las esferas vitales que organizan y conforman los modos de vida femeninos, independientemente de la edad, de la clase social, de la definición nacional, religiosa o política de las mujeres.

Otro mito importante para esta autora, en relación con la maternidad, es el del “instinto materno”, que señala que la madre posee un saber-hacer instintivo que le permite entender mejor que nadie a su hijo, y por lo tanto ser irremplazable porque éste la necesita. Esto hace que la función materna sea vista socialmente como infalible, incondicional e indisoluble. Para el hijo, este instinto lo remite a la ilusión de estar inscrito en un orden necesario-natural en relación con su progenitora<sup>10</sup>. Este mito además, se transmite como atemporal, es decir, es como si en la historia de la humanidad la relación materno-infantil hubiese tenido el mismo devenir, de ahí la importancia de la conservación de la familia nuclear tradicional. Un mito más en relación con la maternidad es aquel que se refiere a que la mujer debe prolongar la crianza y el cuidado de los hijos el mayor tiempo posible, ocupando en las labores domésticas alrededor de los hijos, y después de los nietos,

---

<sup>10</sup> Para Marcela Lagarde parir es a la vez un hecho y un ritual simbólico de poder que realiza la mujer, como síntesis de la maternidad. Sin embargo, es desmerecido en el momento mismo de su conceptualización porque se le considera “natural”. Las funciones, actividades, trabajos, el despliegue afectivo y de energía vital, son desvalorizados, conculcados de su carga social y cultural: Las mujeres hacen todo, es decir son madres, en el cumplimiento de una fuerza ajena, extraordinaria, que es *la naturaleza* (1997: 387).

una parte importante de su vida productiva. Esta situación provoca varios fenómenos sociales (Fernández , 1993):

- a) La exaltación de *la madre* a través de los diferentes discursos sociales, lo que conlleva la aparición de aspectos idealizados y persecutorios en los fantasmas individuales.
- b) La agudización de conductas de sobreprotección o abandono sobre los hijos.
- c) Un papel preponderante otorgado a la madre en detrimento del padre, que fomenta las prácticas sociales de madres abandonadas, padres minimizados, irresponsables o poco cooperadores en la crianza de los hijos.

El uso del poder sobre los hijos y el marido que conlleva la maternidad da más satisfacciones afectivas que la propia vida sexual, que muchas veces es relegada o despreciada. La vida de la mujer durante el maternaje la hace un ser-para-otro, ensimismada en los hijos<sup>11</sup>. Por ello, cuando a una mujer se le prepara toda su vida juvenil para el matrimonio y los hijos, ante la ausencia de estos últimos, su vida cae en un terrible vacío, donde siempre falta algo que no puede ser completado con el ejercicio de otras prácticas sociales.

El discurso social sobre la maternidad señala que el deseo de tener un hijo debe de estar siempre presente en toda mujer. Este discurso tiene tanta fuerza que la maternidad es en la mayoría de las jóvenes la elección prioritaria femenina, por eso la mujer estéril cae imaginariamente en una exterioridad social marcada predominantemente por su comparación con otras mujeres, en especial su madre, sus hermanas, su suegra u otras mujeres idealizadas o temidas. Romper con estas inhibiciones, que tienen sus orígenes en un imaginario social ancestral, es un

---

<sup>11</sup> Emilce Dio-Bleichmar señala que la feminidad temprana se modela sobre el rol maternal. Las niñas juegan a la mamá, a la casa, a las muñecas, es decir, conforman su identidad temprana, su Yo femenino sobre el molde de ser madre, o sea sobre el patrón del cuidado del otro. A partir de estas experiencias los deseos centrales del Yo femenino, la motivación que va a vertebrar su vida entera, será estar al servicio y tratar de satisfacer los deseos de otro (Jiménez, 1991:104)

proceso doloroso ya que implica la ruptura de muchas significaciones estereotipadas, que a su vez tienen ganancias secundarias difíciles de superar.

Por todo lo anterior, es importante analizar en nuestra investigación los diferentes roles sociales que puede desempeñar la mujer estéril y descubrir el grado de identificación que tiene con cada uno de éstos y de esta manera encontrar el peso específico que el papel de madre representa en su vida cotidiana. De igual forma, investigamos las salidas que puedan encontrar estas mujeres en papeles distintos ante el enfrentamiento a un resultado negativo a su expectativa de maternidad.

### 1.3 Identidad Femenina

El problema de la identidad femenina ha sido planteado fundamentalmente a partir de los estudios de género producidos desde la segunda mitad del siglo veinte. El preguntarse por la mujer desde la misma mujer y no desde el lugar donde tradicionalmente la había puesto una sociedad, cuyas principales voces siempre habían sido las masculinas, abre un campo epistemológico que hasta la fecha ha dado una producción vasta e interesante de respuestas.

Desde el campo del Psicoanálisis, es a partir de pacientes mujeres llamadas o diagnosticadas como "histéricas" donde Freud empieza a cuestionarse primero sobre la sexualidad humana y después sobre el psiquismo en general. Pero sólo es al final de su obra y respondiendo a la presión de analistas mujeres que Freud escribe sus textos denominados *Sobre la sexualidad femenina* (1931) y *la feminidad* (1932). Estos escritos tratan de justificar la problemática psíquica femenina a través de la relación que tiene cada mujer con la castración, y de las diferentes transformaciones que deberá sufrir a partir de este hecho (cambio de objeto, zona y vueltas pulsionales).

El concepto de lo femenino desde el psicoanálisis abre para su estudio varias problemáticas que se ven reflejadas a lo largo de la obra freudiana:

- La masturbación tiene que ser renunciada por ser una actividad masculina (1919)
- Las fantasías femeninas posteriores al Edipo son las de ser castrada, soportar el coito y parir (1924)
- La fantasía edípica femenina es la de tener un hijo del padre (1925)
- Un deslizamiento hacia la posición femenina es la aceptación, por parte de la niña, de la promesa futura de engendrar hijos (1925)
- Reproches a la madre por no haberle dado un órgano completo (1931)
- Se define a la feminidad como la preferencia por actitudes y tendencias pasivas (1932)

Freud señala en estos dos últimos artículos, que todos los avatares de la feminidad se resumirían en un deseo de actividad que ha tenido que ser reprimido (transformación en lo contrario) a lo largo de su constitución, pero que no por ello ha desaparecido su fuerza y su fin. A pesar de que muchos autores han pensado que estas posturas son reduccionistas y determinadas histórica y culturalmente desde el imaginario social, Freud es el primero en poner en la mesa el problema de la identificación como una parte fundamental de la feminidad:

"La identificación-madre de la mujer permite discernir dos estratos: el preedípico, que consiste en la vinculación tierna con la madre y la toma por arquetipo, y el posterior, derivado del complejo de Edipo, que quiere eliminar a la madre y sustituirla junto al padre [...]. Empero la fase de la ligazón preedípica tierna es la decisiva para el futuro de la mujer; en ella se prepara la adquisición de aquellas cualidades con las que luego cumplirá su papel en la función sexual y costeará sus inestimables rendimientos sociales." (1932: 124).

De acuerdo con las ideas freudianas (1921), la identificación es la forma primitiva de enlace afectivo a un objeto. Puede surgir siempre que el sujeto descubre en sí un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus deseos sexuales. La versatilidad del yo implica modificarse para que la huella del objeto quede para siempre en ese yo. A partir de ese momento se dan dos movimientos: uno pulsional que es la investidura de la libido al propio yo y otro es la creación de

un espacio interno<sup>12</sup>, denominado Yo Ideal, donde van a quedar grabadas las representaciones (inconscientes) de este deseo parental. Este yo ideal es la ilusión de ser permanentemente ese niño amado sin condiciones por los padres. Los ideales son enunciados que se le proponen al yo como objetivo de su acción. Los primeros ideales son básicamente narcisistas: sentirse único, diferente, superior a todos los demás, buscando siempre una mirada que lo atestigüe. Las reglas de la identificación se adquieren en acontecimientos cotidianos (Bleichmar, 1981). A medida que el niño crece y las relaciones objetales edípicas de amor-odio se constituyen, se van formando ideales más complejos basados en la ilusión infantil de ganarse la admiración parental a través de un ajuste interno a la medida del juicio de sus mayores.

Este esfuerzo de ajuste al modelo social, sumado a las reglas y castigos que trae implícito, van conformando una nueva instancia denominada superyó. La severidad del superyó se basa en las reglas de cumplimiento de los ideales, es decir, es la medida de comparación entre el yo y esos ideales, e implica una valoración. En los ideales queda encuadrado cuánto puede el sujeto apartarse de ellos sin perder el amor del superyó. Un superyó severo es aquel que no tiene una gama intermedia para el cumplimiento de ideales los cuales, después del paso por el Edipo, forman el Ideal del Yo; es decir, o se es ese ideal o el yo deja de ser amado narcisísticamente y se convierte entonces en el Negativo del Ideal. El conjunto de ideales que conforman el Ideal del Yo se convierten en la medida con la que el superyó evaluará al sujeto basado en una serie de enunciados identificatorios sobre lo que se debe y no se debe ser. El yo se vuelve culpable no tanto por desear, sino por ser incapaz de responder a las exigencias del superyó.

La identificación es una posición que tiene cada sujeto dentro de una estructura intrasubjetiva; posición basada en la búsqueda permanente de alcanzar esos ideales para poder ser nuevamente amado por ese objeto primero. Esta satisfacción narcisista sólo se logra cumpliendo las exigencias del Ideal del Yo.

---

<sup>12</sup> Para Lacan, la identificación es el nombre que sirve para designar el nacimiento de una nueva instancia psíquica y la producción de un nuevo sujeto. Podemos distinguir dos categorías de identificaciones: la primera está en el origen del sujeto del inconsciente y la denominamos identificación simbólica; la segunda está en el origen del yo y la denominamos identificación imaginaria (Nasio, 1989:139, 152).

Transformándose y corrigiéndose para parecerse cada día más a esos ideales. De ahí que el cumplimiento de éstos genere un narcisismo secundario, resultado de las identificaciones secundarias. Sin embargo, los ideales pueden ser contradictorios o no, otros son detectables por el niño en el discurso manifiesto, pero existen algunos ideales excluidos que el infante tiene que inferir, así por ejemplo si sus figuras significativas admiran a los "güeros", éste puede dar por hecho un desprecio a otras razas o colores de piel. Una serie de enunciados identificatorios que han sido para el infante fuente de placer o conflicto se unen y modifican paulatinamente al yo infantil.

El discurso social se proyecta sobre el infante y éste busca referencias que le permitan a su vez proyectarse en un futuro y donde este infante pueda encontrar soportes a una parte de su libido narcisista en presencia de un modelo ideal. Esto implica la puesta en función de una serie de operaciones defensivas del yo, como son, la represión, y la construcción de un contrato narcisista y un proyecto identificatorio. El contrato narcisista (Aulagnier, 1985), es la función metapsicológica que cumple el registro socio-cultural. Es la catectización de un sujeto como perteneciente a un determinado grupo humano y la inscripción social a sus normas. Este grupo humano al que el sujeto desea pertenecer como parte de sus ideales infantiles, a su vez manifiesta una serie de ideales sociales, mismos que forman parte del imaginario social, en los que el sujeto debe proyectarse. Esta proyección en el grupo social y sus ideales permite al infante apropiarse de una historicidad colectiva, pero a su vez le impone una serie de deberes sociales que se manifiestan en una diversidad de emblemas y roles socio-culturales. En este momento el infante se encuentra con que la única posibilidad de satisfacción libidinal (dar y darse placer), se presenta en la construcción de un proyecto con el que se tiene que identificar<sup>13</sup> y que sus enunciados comenzarán con la frase: "Cuando sea grande quiero ser..."

---

<sup>13</sup> Según Aulagnier (1994:178) con este enunciado se presenta en el psiquismo la división, producto de la represión, entre principio de placer y principio de realidad. Se van a marcar las fronteras entre los registros narcisista y objetal. El niño se confronta con los límites de su poder y de la necesidad de sujetarse a la ley. Aparece el ideal como esa imagen de sí mismo que si se realiza cumplirá en el futuro con el deseo ahora anhelado. Esa separación temporal en el psiquismo entre el ahora y lo que podría ser es el movimiento que lo lanza a buscar identificaciones secundarias con modelos o ideales que van más allá del cuerpo de la madre y de su habitat infantil.

El proyecto identificatorio es el lugar imaginario, subjetivo, en el que se quisiera estar y que busca salidas no prohibidas por el entorno social. Este proyecto conjuga de manera más o menos estable las necesidades provenientes de la historia libidinal del sujeto, con la búsqueda de pertenencia a los emblemas sociales que privilegia el discurso de los padres. Este proyecto se construye gracias a mecanismos inconscientes propios de la identificación y donde el yo sólo puede ser valorado en la medida en que se acerque a ese proyecto. Se produce entonces un compromiso narcisista entre lo esperado y lo vivido, compromiso que une básicamente las esperanzas narcisistas y la prueba de realidad que busca las posibilidades concretas del yo para realizar estas expectativas. Las necesidades del Yo Ideal tratan de embonar con las del Ideal del Yo a través de este proyecto identificatorio. Por ello, si en el futuro del infante se produce un derrumbe o desvanecimiento de este proyecto, y no existe posibilidad de construir otro que lo sustituya, entonces se produce un colapso narcisista, ya que son estos ideales simbólicos los que sostienen el narcisismo.

Conforme el sujeto se va constituyendo, en la pubertad surge la posibilidad de que se sustituyan ciertas partes del ideal del yo, por un objeto exterior, lo que Freud conceptualiza como los mecanismos básicos del enamoramiento y la identificación secundaria (1921). Los modelos por los que se van a dar las últimas modificaciones del yo, no serán los edípicos, sino en general, aquellos idealizados culturalmente. Estos objetos idealizados post-edípicos se introyectan en el yo en la medida en que el sujeto reconozca rasgos en común; estas identificaciones posibilitarán la reactualización o reestructuración del proyecto identificatorio de cada sujeto. Las identificaciones tempranas tienen por definición un carácter ambivalente (Freud, 1921, 1923), ya que representaciones amorosas y hostiles hacia los padres conforman dichas identificaciones. En un momento dado, por las circunstancias externas, el sujeto se ve en la necesidad de elegir ciertas identificaciones y renunciar a otras; esta elección inconsciente es la génesis de la identidad (Kristeva, 1988: 53). El sujeto va buscando paulatinamente una serie de imágenes de sí mismo y de enunciados que le den cierta semejanza con sus ideales, que lo aproximen al objeto amado, y le proporcionen una unidad.

imágenes de sí mismo y de enunciados que le den cierta semejanza con sus ideales, que lo aproximen al objeto amado, y le proporcionen una unidad.

La identidad es la búsqueda de una imagen narcisista de máxima valoración; imagen que se constituye alrededor de la falta creada por el objeto primordial. Para Bleichmar (1981:69), es una posición que se tiene en una estructura intersubjetiva. Esta identidad tiene que estar en concordancia con el proyecto identificatorio que marca los ideales sociales. La identidad psicosocial se desarrolla a partir de una integración gradual de todas las identificaciones (Erickson, 1978). El proceso formativo de la identidad del yo es paulatino, a veces por ensayo y error, pero al final del proceso se va a constituir lo que muchos autores ("teóricos del yo" fundamentalmente), conceptualizan como núcleo de la identidad. La identidad se forma por la interacción de procesos individuales y sociales, una vez que se cristaliza forma tipos psicosociales relativamente estables. Para Erickson (1978), sólo una identidad firmemente anclada en el patrimonio cultural puede producir un equilibrio psicosocial eficaz.

El género tiene una función legitimadora de una serie de actividades y representaciones culturales con las que los miembros de un sexo determinado se identifican. La identidad de género por tanto, se constituye de todos aquellos territorios sociales y culturales que han sido históricamente asignados a mujeres y hombres (Rubin, 1996). El género es un sistema binario que opone siempre lo masculino a lo femenino y es en general un medio de conceptualización cultural y de organización social. A través de éste se produce la creación social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, sobre todo, las relaciones entre los sexos. La identidad de género varía de cultura en cultura, pero como soporte de una diferencia sexual, su interpretación permanece como una referencia universal; empieza a formarse en la primera infancia, pero se redefine constantemente en la vida de cada sujeto en contextos diferentes. Cada infante comienza a comprender el sistema de diferenciación sexual al que está inscrito culturalmente, lo que le produce una crisis de identidad que sólo resuelve cuando acepta en mayor o menor medida su lugar genérico social y decide introyectarlo para poder acceder en un futuro a él.

La identidad de género permite un aprendizaje del rol sexual diferenciado (Chadorow, 1984). Esta diferenciación es producida por una educación y organización social distinta para los varones y las niñas que pertenece al *imaginario social*. Por nuestras tradiciones occidentales no existe mucho espacio social para que la mujer busque un proyecto identificador con mayores alternativas. Todo esto trae como consecuencia, la dificultad de la mujer para encontrar en su feminidad una verdadera satisfacción narcisista. A diferencia del hombre, que busca su identidad en el afuera, en actividades, proyectos y la satisfacción sexual inmediata, la identidad femenina en general se basa en la interioridad: la belleza, la vida en pareja, la maternidad y el cuidado del hogar; estos son los lugares asignados por el imaginario social, donde la mujer puede y debe moverse. Si comparte aquellos propios del hombre, estos deben de quedar supeditados a los primeros, so pena de un juicio social que varía de una sociedad a otra. Si en una sociedad el discurso implícito en su imaginario social señala que lo femenino es el negativo de lo masculino, u ocupa un lugar inferior, esto se traducirá en prácticas discriminantes para la mujer.

En el ámbito de las identificaciones, es muy difícil para la niña aceptar que al nivel del ideal se tiene que ubicar en un lugar poco valorado socialmente. El rechazo edípico a la madre, se debe en gran medida a una resistencia a identificarse con un lugar inferior socialmente determinado. Esta búsqueda del cariño del padre, y su deseo inconsciente de darle un hijo, la marcarán en una lucha, generalmente con otras mujeres, por ocupar ese lugar de deseo y valoración por parte del hombre. Así, el ideal de feminidad se convierte en un modo de buscar la aprobación masculina. Esta búsqueda activa sólo concierne a una capacidad de transformación y adaptación a un modelo de feminidad social que implica, en muchas de las culturas occidentales tradicionales, volverse pasiva ante el hecho de ser escogida y deseada por ese hombre al que se aspira; esto implica que la constitución psíquica de hombres y mujeres es diferente.

Mientras que para el hombre el ideal masculino es diferente de tener o poseer el objeto de satisfacción, para la mujer, el ideal femenino necesita tener o poseer ese objeto de satisfacción que puede ser en algunos casos la pareja y en otros el hijo. Para las mujeres que han sido creadas en un concepto tradicional de la

feminidad, el obtener una satisfacción sexual es secundario al hecho de que a través de su cuerpo y de su hijo, ellas se encuentran y se reconocen como sujetos. Como nos dice Emilce Dio Bleichmar (1989), la mujer sólo se sentirá valorada a través del encuentro con el hombre que la garantice como mujer. Es una catectización narcisista de la mirada del hombre. La catectización del cuerpo femenino está cruzada por mitos sociales que determinan la esencia de la mujer: procurar el cuerpo como símbolo del deseo del hombre y de la envidia de otras mujeres, o buscar la maternidad como un lugar de reconocimiento y prestigio dentro de su vida conyugal y de su entorno social.

Cuando una mujer se enfrenta ante el diagnóstico de esterilidad, es muy común que en ese momento se cuestione toda una serie de certezas que sobre sí misma y su futuro había venido elaborando, ya que como señala Françoise Doltó (1991), todo sentimiento de maternidad está ligado al narcisismo puesto que éste es el *centro coherente de mismidad*. Principalmente cuatro posiciones quedarán vacías o en suspenso provenientes de su identidad genérica:

- \* Ser madre: concebir, dar a luz, ejercer el maternaje
- \* Darle un hijo al compañero
- \* Continuar una genealogía
- \* Tener un lugar de reconocimiento en la comunidad (social y religiosa)

El estudio de la identidad femenina es necesario para comprender la complejidad de los temas maternidad/esterilidad. Ambos quedan enmarcados en un escenario compuesto por la cultura y religión, las ideologías y mitos en los que se inscribe el imaginario social y la dinámica familiar y de pareja. Todo esto va a permitir comprender la complejidad de la estructura de la personalidad, donde se juega el equilibrio psíquico que, como hemos visto, es la conjunción de identificaciones, ideales, proyectos con las exigencias y representaciones tanto sociales como culturales.

## 2 Narcisismo y deseo de maternidad

### 2.1 Conceptualización del narcisismo

El narcisismo es un sistema que se constituye con el aparato psíquico: es el eje que estructura el psiquismo en todas las etapas de la vida y como nos dice Rosolato (1978), *es la fijación o retorno a una etapa bisagra*. El psicoanálisis se ocupó, desde los comienzos, del campo narcisista. El narcisismo significa la descripción de la ubicación relativa que los sujetos tienen con base en una lógica de la preferencia y el relegamiento, el deseo de ocupar el lugar de privilegio para otro y los atributos que deben poseerse como medios para realizar este deseo (Bleichmar, 1981:11, 14). La estructura intersubjetiva toma sus variantes específicas de la combinatoria de las posiciones en que los sujetos tienden a ubicarse a sí mismos y a los demás, y de los encuentros y desencuentros de estas aspiraciones.

Laplanche (1987: 94), nos resume las tres tesis freudianas sobre el narcisismo:

- El narcisismo es una catexización libidinal de uno mismo, *amor a sí*.
- La catexización libidinal de uno mismo pasa necesariamente por una *catexización libidinal del yo*.
- La catexización libidinal del yo es inseparable de la *constitución* misma del yo humano.

Para los fines prácticos de este trabajo, consideramos pertinente glosar los conceptos centrales freudianos alrededor del narcisismo:

*Narcisismo primario* (primer concepto): Es el primer narcisismo, el del niño que se toma a sí mismo como objeto de amor antes de elegir objetos exteriores.

Aparece ligado a la constitución del Yo; momento del desarrollo libidinal entre el autoerotismo y la elección de objeto (1912)<sup>14</sup>.

*Narcisismo primario* (segundo concepto): primer estado hipotético en el que el organismo formaría una unidad cerrada con relación al entorno. En él estaría acumulada toda la reserva disponible de libido (1923). Su prototipo lo constituiría la vida intrauterina, mito primario del retorno al seno materno. Expresión de la tendencia a la reducción de las investiduras al nivel cero (1921)<sup>15</sup>.

*Narcisismo secundario*: Narcisismo del yo sustraído de los objetos. El Yo repliega sus investiduras externas y las dirige hacia sí, por lo que el Yo se impone como objeto de amor. Es el narcisismo que fluye al Yo por las identificaciones (1923).

*Identificación primaria*: El yo se fusiona con un objeto que es mucho más una emanación de él mismo que un ser distinto reconocido en su alteridad (Yo y Ello, 1923).

*Identificación secundaria*: Marcha en el sentido de una desexualización que consuma la transformación de la libido de objeto en libido narcisista, para salvar la integridad narcisista amenazada por la angustia de castración (1923).

*Identificación narcisista*: El Yo se identifica secundariamente con la imagen de un objeto deseado y perdido (1916).

*Organización narcisista del Yo*: Adviene antes de la represión, es definida por dos destinos de la pulsión: vuelta sobre la persona propia y transformación en lo contrario (actividad en pasividad) (1915).

---

<sup>14</sup> Esta conceptualización de narcisismo primario es en la que se apoya básicamente el presente trabajo.

<sup>15</sup> Desde el punto de vista de los hechos la existencia de esta fase es muy problemática, y algunos autores estiman que en el lactante, existen desde un principio relaciones de objeto, de forma que consideran como mítica la noción de un narcisismo primario, entendido éste como una primera fase anobjetal de la vida extrauterina (Laplanche y Pontalis, 1983:231).

*Yo Ideal:* El Yo todavía no organizado, que se siente unido al Ello, corresponde a una condición ideal (1923). Formación consecuyente al tiempo reflexivo; es un fantasma que escenifica imaginariamente *a posteriori* el lapso que se da entre investidura directa de objeto y la vuelta hacia la propia persona.<sup>16</sup>

*Ideal del Yo:* Junto con el Yo ideal forma un conjunto de certezas que dan cuenta del origen del sujeto. Es una forma de reconquistar el amor del objeto satisfaciendo ciertas exigencias: representaciones culturales, sociales, los imperativos éticos, tales como son transmitidos por los padres (1921).

*Elección narcisista de objeto:* Todo amor por el objeto compromete una parte del narcisismo: Amarse a sí mismo a través de un semejante.(1914).

El sujeto pasa a través de su historia por una serie de encuentros con lo otro y con su cuerpo, estos encuentros van a formar diferencias en los niveles de investidura de las representaciones psíquicas. El buscar un objeto de satisfacción pulsional para cumplir con la actividad fantaseadora no es fácil ni sencillo, por ello es necesario buscar este objeto no en el afuera, sino crear cierto tipo de representaciones meta (intermedias). Esta capacidad del yo de satisfacer sus pulsiones en sí mismo es en cierta forma efímera. La realidad impone nuevos modelos, por lo que este niño magnífico que no necesita nada de nadie empieza a quedar atravesado por deseos e imposturas que vienen de otro lugar ( fase edípica), y que lo obligan cada vez más a crear un nuevo ideal formado en gran parte por esos anhelos que otros imponen sobre este sujeto: *El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera, la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal* (1914).

---

<sup>16</sup> Según Lacan (1981), el yo ideal constituye una formación esencialmente narcisista, que tiene su origen en la fase del espejo y que pertenece al registro de lo imaginario. Para Leclair (1977:11), es una representación inconsciente primordial en la que se anudan los anhelos, nostalgias y esperanzas de cada uno.

Como heredero de esta ilusión narcisista abandonada, queda formado dentro del yo lo que Freud (1914) denomina *sentimiento de sí*, y que algunos autores traducen como autoestima: *es una expresión de la "grandeza del yo". Todo lo que uno posee o ha alcanzado, cada resto del primitivo sentimiento de omnipotencia corroborado por la experiencia, contribuye a incrementar el sentimiento de sí. Este sentimiento se realza en el hecho de ser amado (1914)*. Con el pasaje por la experiencia de la castración, la introyección de códigos morales, su castigo por el no cumplimiento y la instauración de ideales para el yo, la represión original termina su labor fundante<sup>17</sup>. Cuando el sujeto asume para sí el contrato narcisista que le imponen los representantes sociales (Aulagnier, 1985), entonces puede crear su propio proyecto identificadorio y con éste unir en un movimiento las aspiraciones pasadas (narcisistas) en una esperanza de cumplimiento en el futuro.

## 2.2 Fallas en la estructura narcisista de la personalidad

### ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS

Para nuestra investigación hemos decidido hacer los análisis y clasificaciones de los elementos que conforman la estructura narcisista tomando como eje los estudios realizados por Hugo Bleichmar (1981, 1991, 1997)<sup>18</sup>, ya que es un autor que se ha especializado en los últimos años en el estudio del narcisismo, y que ha tratado en su obra de reunir las más importantes aportaciones teóricas sobre el tema, como son las de Kohut, Kernberg, Rosolato, Rosenfeld y Aulagnier, entre otros, además de incluir sus propias aportaciones al tema y las clasificaciones del manual de diagnóstico DSM-IV.

---

<sup>17</sup> La perspectiva lacaniana nos muestra la forma como el narcisismo viene a dar vestidura al objeto pulsional, lo envuelve. De ahí que el narcisismo estará compuesto por un conjunto de imágenes investidas que circulan en derredor de una falta. El agujero es la causa del montaje del narcisismo y será por consiguiente, la fuente de todo el deseo humano (Nasio 1989).

<sup>18</sup> Todas las definiciones del apartado 2.2 pertenecen a los textos de H. Bleichmar.

**I CONDICIONES NARCISISTAS:** Toda estructura narcisista, es decir aquella formación basada en fallas del narcisismo, presenta ciertos elementos constantes que se denominan condiciones narcisistas.

a) Aspiraciones narcisistas (1981:109): Todo sujeto se ubica ante otro con la expectativa de cómo debe actuar frente a él, expectativa dentro de la cual el anhelo de recibir reconocimiento narcisista es central. El deseo de ser alguien para otro, de ser deseado, queda enclavado en el inconsciente como una escena fantaseada en la que el sujeto aparece recibiendo la admiración de otros. Entre los deseos de reconocimiento narcisista encontramos:

- Deseo de ser reconocido como un Yo Ideal único, donde el sujeto quiere ser admirado en los rasgos donde se le ubique como el grado máximo de perfección. La aspiración frustrada de ser un Yo Ideal es la base de su falta de interés, dificultad para entusiasmarse por las cosas y personas.

- Deseo de ser reconocido como un yo ideal; aquí el sujeto aspira a que se le vea como suma de perfecciones, pero no en exclusividad. Puede pertenecer a un yo ideal colectivo, como una familia, una raza superior o un pueblo elegido.

- Deseo de ser reconocido como la personificación del Ideal del Yo; en esta modalidad el sujeto no quiere ser reconocido en su totalidad sino en un rasgo, intelectual, moral o físico que es valorizado por el sujeto, aunque los otros rasgos no sean tomados en cuenta.

- Deseo de ser alguien que goce del reconocimiento narcisista del otro, sin aspirar a constituir un modelo de perfección global o parcial; se depende de la mirada y los favores de un otro idealizado.

b) Posesiones narcisistas (1997:45): Todo aquello, personas o cosas con las que se mantiene una relación tal, que el mérito del objeto recae sobre la representación del Yo. La valía del objeto se suma a la del propio sujeto (automóviles, premios de los hijos, amigos famosos, por ejemplo). Con la posesión narcisista existe una

identificación parcial, exclusivamente en una de sus dimensiones, la de su valor ante los otros.

c) Objetos de la actividad narcisista (1997:46): Las actividades o funciones del sujeto se constituyen a través del contacto con los objetos, donde se termina amando aquello que le hace sentirse amado. A los objetos que ayudan a la satisfacción de una zona erógena se les denomina objetos pulsionales, mientras que a los objetos que ayudan a exaltar al Yo se les llamará objetos de la actividad narcisista. Es un objeto-instrumento para una actividad del sujeto que ha sido narcisísticamente catectizada. Son actividades, oficios (sexualidad, maternidad, carrera profesional, etc.) que permiten que una función dotada de valor narcisista se realice. Para Rosolato (1978), son objetos valorados por una proyección masiva, idealizante y positiva. Ante la ausencia de objetos de la actividad narcisista, se produce un desequilibrio del sujeto, que puede conducir a la depresión, a la irritación o a fenómenos de aburrimiento. Los objetos de la actividad narcisista pueden ser personas, cosas hipervaloradas por el sujeto, actividades o adicciones, cuya condición es que proporcionen al sujeto bienestar o una sensación de potencia del Yo.

d) Identificaciones narcisistas (1997:58): La identificación con figuras patológicas desempeña un papel importante en la génesis de diferentes cuadros psicopatológicos. Dentro de las identificaciones narcisistas se registran los siguientes tipos:

- la identificación con padres que hacen sentir culpa, permite que el sujeto interiorice un sentimiento de culpabilidad por la imposibilidad de llegar al ideal, cuya causa se desconoce fundamentalmente, y que impiden la valorización del Yo.
- la identificación con el padre potente que proyecta en el hijo su parte desvalida, lo que provocará que para sostener su autoestima necesitará de las alabanzas y el estímulo de un personaje externo idealizado.
- identificación con padres que ubican al sujeto en un Yo Ideal que supone un mandato donde el sujeto no puede apartarse de una posición de admiración constante y a la que tiene que responder con superioridad y desdén ante los demás.

- identificación con padres fríos, indiferentes que ignoran al sujeto como tal y donde éste último aspira a encontrarse con un lugar o momento idealizado donde en su fantasía fuese querido y reconocido como perfecto.

## II CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LOS DIFERENTES

**TRASTORNOS NARCISISTAS:** Los trastornos narcisistas están relacionados con el sistema de significaciones narcisistas como indicadores de la valía o inferioridad del sujeto. Es el resultado de una autoevaluación como única perspectiva desde donde el sujeto se relaciona consigo mismo y con el mundo. Son considerados como trastornos narcisistas los casos de autoestima aumentada y disminuida, patologías que reflejan la dificultad o fracaso en el mantenimiento de ésta. Entre los trastornos más importantes encontramos:

*Hipernarcisización primaria* (1997:249): Sujeto identificado a la grandiosidad parental y/o a la imagen grandiosa bajo la cual le vieron sus figuras significativas. Estos padres megalómanos vuelcan sobre sus hijos sus propios sentimientos de grandiosidad y excepcionalidad. Su entorno le establece metas ambiciosas, pero fuera de sus posibilidades. Haga lo que haga siempre quedará por debajo de sus expectativas, con el consiguiente sentimiento de fracaso ya que busca alcanzar a ese niño maravilloso (Yo Ideal perdido). No puede tolerar la imagen de ser inferior a sus padres o al lugar en que estos lo ubicaron. Continuamente se siente ofendido y herido por los demás. Busca la dependencia de la admiración y homenaje de los demás, ya que se considera superior, destinado a la gloria, pero como esto no ocurre desvaloriza su entorno y lo que reciben por lo que continuamente se siente ofendido y herido. Su sentimiento predominante es la envidia y la rabia narcisista, de ahí su dificultad para establecer lazos de empatía con los demás.

*Déficit primario de narcisización* (1981:121 y 1997:247): Sujeto cuyos padres no le aportaron una imagen valorada de sí con la cual pueda identificarse o porque la rivalidad edípica le impidió identificarse con la imagen valorada de los padres, o bien porque el entorno lo vio como inferior por una condición física o psíquica que le hizo sentirse inferior desde su temprana infancia. Aquí la problemática del sujeto gira en torno a no poder ser como los demás. Está lleno de hostilidad contra

sí mismo y habla continuamente de sus defectos, por lo que siempre es inadecuado y merecedor de rechazo, ubicándose así en el Negativo del Yo Ideal.

*Hipernarcisización secundaria* (1997:247): Sujeto que se defiende frente a traumas narcisistas infantiles por falta de gratificación, que pudo surgir en los avatares edípicos o al perder su lugar como Yo Ideal. Se presenta agresividad en contra de objetos poco gratificantes ya sea internos o externos. Este trastorno puede presentarse bajo dos modalidades:

a) Personalidad narcisista libidinal, donde el sujeto es expansivo y engloba a los demás en su megalomanía, siempre quiere incorporar a los demás en su circuito de admiradores, queriendo ser siempre el centro de la reunión.

b) En la personalidad narcisista destructiva, el sujeto sostiene un sentimiento de omnipotencia destructiva, con fantasías de que se puede forzar al objeto mediante amenazas y agresiones y que en último caso, se puede prescindir totalmente de éste, su grandiosidad se expresa cuando percibe que es capaz de infligir respeto, temor o miedo. No puede tolerar la dependencia por envidia y construye defensivamente un sentimiento de grandiosidad, omnipotencia y distancia afectiva (en algunos casos frialdad).

**III ANSIEDAD Y DEFENSAS NARCISISTAS:** Cuando se presentan fallas en la investidura narcisista de un sujeto se produce el llamado sufrimiento narcisista. Es una situación de humillación que se teme volver a experimentar, por lo tanto se genera un mecanismo de alerta que es la ansiedad narcisista. Ante esto, el psiquismo tiene a su alcance otras operaciones defensivas tendientes a disminuir el displacer que produce esta ansiedad. Entre las defensas narcisistas más importantes encontramos:

a) Retracción, evitación o renuncia narcisista (1981:172): Cuando el sujeto se halla en presencia de los demás o en situaciones incómodas que le producen ansiedad y desasosiego, se presenta la fantasía de ser atacado por lo que evita ese contacto buscando actividades solitarias, produciéndose por consecuencia un retiro

tranquilizador. La renuncia aparece como una forma de evitar el dolor narcisista cuando consideran que el resultado final no va a ser exitoso.

b) Desnarcisización (1981:123): También se le conoce como déficit secundario. Una vez que la narcisización de una función ha tenido lugar, si por cualquier causa se produce una falla de la misma, surge el sufrimiento narcisista. Generalmente se presenta la desnarcisización en áreas que pudieran provocar ansiedad narcisista como la sexual, la mental y la social donde el sujeto teme experimentar una humillación.. Si está dirigida al goce sexual, pueden presentarse fallas en la erección, eyaculación precoz; falta de orgasmo, donde la mujer es incapaz de procurárselo o sentirlo. La mental pueden ser fallas en la actividad de pensar, inhibición en el estudio o desconexión con los estímulos externos. Por último la social implica inhibiciones en el trabajo, en las actividades físicas que impliquen relaciones humanas y en las actividades mentales.

c) Mecanismos de defensa específicos (1981:127).- En algunos casos, la defensa narcisista puede articularse con ciertos mecanismos de defensa del Yo, entre los principales encontramos la proyección, la represión y la negación cuya función sería la de excluir recuerdos, afectos o pensamientos dolorosos que ataquen una función narcisista idealizada.

d) Confusión mental (1981:154): Con la finalidad de restablecer un estado de bienestar físico y mental y de autoestima, se producen alteraciones de la representación del cuerpo, del pensamiento, del proceso secundario, del estado de ánimo y del sentimiento del cuerpo. Pueden crearse estados mentales que se caracterizan por la obnubilación, la desconexión de los estímulos externos o un flotar por encima de las circunstancias.

e) Compensaciones narcisistas (1981:127): Cuando las fallas en el narcisismo son muy graves, se producen compensaciones donde su magnitud y rigidez serán proporcionales a dicha falla. Entre las compensaciones más importantes reconocemos:

*Megalomanía* (1981:117, 1997:248): Es una forma de reafirmación narcisista cuyo objetivo es el de ocupar una posición narcisista privilegiada respecto a otro. Es frecuente el sentimiento de superioridad, cuyo fruto es el cultivo del resentimiento con respecto a otro que se le considera inferior.

*Exhibicionismo* (1981:170): Cuando no hay en el sujeto un sentimiento arraigado de la propia valía, siente que cada oportunidad es la única que posee para lograr el reconocimiento de los otros. Su angustia por ganar el reconocimiento del otro es la que determina tanto su incapacidad de callar como su necesidad de mostrar, ya sea conocimientos, posesiones o el propio cuerpo.

*Rabia narcisista* (1981:162): Se manifiesta cuando se produce un sentimiento de impotencia porque afirma que el Yo es incapaz de ser algo que debiera ser. La rabia cuando es expresada como agresión externa, vuelve como mensaje reasegurador para el narcisismo; en una forma más racionalizada puede manifestarse como venganza.

*Masoquismo narcisista* (1981:168, 1997:85): Es una búsqueda consciente o inconsciente de sufrimiento por el placer narcisista que éste entraña. Es un sentimiento de superioridad que se genera a través de la conducta de sacrificio, y eleva al sujeto por encima de los demás. El autosacrificio se lleva a cabo por puro placer narcisista. Se diferencia del masoquismo moral, porque en este último la persona intenta disminuir su sentimiento de culpabilidad mediante la autoagresión, el sufrimiento o provocando que otros le castiguen. En el masoquismo moral se produce una autoprivación de placer por sentimiento de culpa.

f) Experiencia de satisfacción sustitutiva (1981:171): Son formas de salida de las situaciones narcisistas angustiosas y se relacionan, por lo menos en un primer momento, con experiencias placenteras. Entre las más importantes podíamos mencionar a las adicciones, la obesidad, formas erotomaniacas o la masturbación compulsiva. Es una articulación defensiva ante diversas ansiedades, que produce una tendencia a la repetición que con facilidad se vuelve compulsiva.

#### IV DESCOMPENSACION O FRACASO DE LA ESTRUCTURA

**NARCISISTA:** Se produce un colapso en la estructura narcisista cuando se da una caída desde la identificación del Yo Ideal hasta la identificación con el negativo del Yo Ideal; así mismo, aparece cuando se presenta una falla en el contrato narcisista que el Yo tiene con un otro significativo. Este colapso produce un estado doloroso, angustiante, cuando fallan todas las defensas y compensaciones y que se denomina depresión. La depresión es un sentimiento de impotencia o desesperanza para la realización de un deseo significativo al cual el sujeto está fijado. Se produce un empobrecimiento yóico de relaciones interpersonales, perturbación del juicio de realidad y no libidinización de proyectos, lo que genera fracasos, sentimientos de impotencia y minusvalía. Existen varias formas de depresión donde están implicados los ideales y el narcisismo, por lo que es conveniente hacer una diferenciación de su dinamismo interno:

*Depresión por pérdida simple de objeto* (1991:131): Se produce cuando no existe descenso de la autoestima ni sentimiento de culpabilidad, pero no se cumple con el ideal de que el objeto esté sano, feliz o presente. Puede producirse porque el ideal acerca del estado del objeto es tan elevado y existe una intolerancia al apartamiento de este ideal, que se sigue anhelando el logro de ese ideal, lo que genera esta depresión. Esto sucede cuando al objeto se le representa en la realidad o en la fantasía como dañado, infeliz, muerto o irreparablemente ausente. La pérdida es fundamentalmente libidinal y el compromiso narcisista es menor.

*Depresión culposa* (1991:129): En ella está presente un sentimiento de culpabilidad donde el sujeto se vive como responsable de violar una norma. Su ideal es el de "no dañarás el objeto" y el sujeto se siente como malo. Puede tener elementos de depresión narcisista, pero siempre está presente el elemento de culpabilidad. Generalmente existe una identificación con figuras culposas, por lo que el juicio que hace de sí mismo es de una persona agresiva, donde existe siempre un objeto dañado.

*Depresión narcisista* (1991:129): En ella está presente el sentimiento de inferioridad y la angustia está referida exclusivamente a la representación de sí mismo. Su ideal es el de perfección narcisista. La desvalorización se produce

cuando se compara con un ideal que es desmesuradamente importante (ideal elevado). También se puede producir cuando la imagen de sí está tan disminuida que no puede ser como los demás (Yo representación desvalorizado). Contribuye a la formación de este cuadro que el sujeto manifieste una intencionalidad agresiva contra sí mismo a través de construir un ideal que no es elevado por sí, sino que se hará tan elevado como sea necesario con la finalidad de que la brecha nunca se cierre, desvalorizando la representación del Yo para que no alcance su fusión con el Yo Ideal (conciencia crítica ensañada). Es importante mencionar que muchas depresiones se manifiestan durante los momentos de cambio del ciclo vital: ingreso a la escolaridad, pasaje a la adolescencia, la menopausia, jubilaciones, entre otras, donde se ven alteradas las condiciones en las que se era una imagen del Yo Ideal, y este se vuelve una meta inalcanzable.

## 2.3 Fallas del narcisismo y deseo de maternidad

Para entender cómo se organiza la relación entre deseo de maternidad y fallas narcisistas de la personalidad, es preciso además, retomar las cuestiones de identidad y género, ya que de acuerdo con los antecedentes socioculturales, religiosos y muchas veces económicos que hemos mencionado, encontramos en la mujer mexicana una imposibilidad profunda de verse como no madre.

Se ha reconocido empíricamente y por investigaciones ya documentadas, que el diagnóstico de esterilidad trae como consecuencia casi inmediata un periodo de depresión más o menos larga. Muchos estudios de identidad y género refuerzan este presupuesto (Langer, 1978, Koffman, 1982, Lemoine, 1982, Dio Bleichmar, 1989). Pero no sólo la identidad social y la de género son cuestionadas, también se presentan movimientos en sus representaciones psíquicas, sobre todo las referentes al narcisismo. Freud nos dice en su Introducción al narcisismo (1914): *En el hijo que dan a luz se les enfrenta una parte de su cuerpo propio como objeto extraño al que ahora pueden brindar desde el narcisismo el pleno amor de objeto*. El hijo se presenta mayormente como el vínculo entre las promesas edípicas de la infancia y el proyecto futuro de identificarse como mujer.

Piera Aulagnier (1985:121), nos muestra como se transforman los enunciados inconscientes infantiles femeninos, en relación con el deseo en el transcurso de la evolución psíquica:

- 1 - *ser el objeto del deseo de la madre*
- 2 - *tener un hijo de la madre*
- 3 - *tomar al objeto del deseo de la madre*
- 4 - *ser el objeto deseado por el padre*
- 5 - *tener un hijo del padre*
- 6 - *dar un hijo a un padre*
- 7 - *anhelar que su propio hijo se convierta en padre*

El complejo de Edipo femenino se forma con base en la representación psíquica del segundo al quinto de los enunciados anteriores. Estas representaciones serán siempre complicadas y contradictorias, pero que necesariamente constituirán la red primaria de identificaciones sobre las que el yo se habrá de construir.

Esta red identificatoria es por definición ambivalente, por una parte estará constituida por la propia personalidad de los padres, y por otra por la serie de proyecciones y fantasías (originarias) que el infante depositará sobre las imágenes parentales. Al decir ambivalente, nos referimos a que son relaciones tanto amorosas como agresivas, es decir, libidinales. Estos movimientos han sido muy bien descritos por Melanie Klein a lo largo de su obra. En este terreno, nos encontramos que para la mujer, el tener un hijo podría ocupar diversos lugares cuando se presenta un retorno de lo reprimido de contenidos psíquicos:

1. Reparatoria: darle un hijo a la madre como compensación del daño y la agresión infringidos imaginariamente en el transcurso de la relación edípica. (Freud, 1932).
2. Envidiosa: darle el hijo al padre que la madre no pudo o no quiso darle; también darle mejores hijos que sus hermanos (Freud, 1920).
3. Imago infantil: que el niño le recuerde ese lugar de deseo (fantasías de seducción) que ocupó respecto a su padre (Freud 1919).

4. Fruto edípico: que el hijo sea producto de la relación incestuosa infantil (Freud, 1924).
5. Prueba de amor: que el hijo sea una resultante de la relación idealizada (enamoramiento) que se tiene hacia un hombre que se le colocará en el lugar de un padre para ese niño deseado (Freud, 1914, Aulagnier 1985, Doltó 1991).
6. Contrato narcisista: el hijo se prohíbe a su propio deseo, se reconoce el deseo del hijo y se da un acuerdo esencial con el discurso cultural (Freud, 1929, Aulagnier, 1985).

La representación del hijo en los dos últimos registros psíquicos, se podría considerar como resultado de las transformaciones y constitución de un aparato psíquico femenino proyectado hacia los otros; se construye en función de proyectos identificatorios dirigidos más hacia el futuro que hacia el pasado. Cuando predomina en el psiquismo los cuatro primeros enunciados, éstos son exponentes de fallas en la estructuración narcisista, ya que al no quedar constituido el ideal del Yo como polo de investidura de los ideales a los que el yo debe aspirar (en este caso fundamentalmente los del contrato narcisista), el hijo quedaría como una aspiración de un retorno al pasado y no como promesa de un futuro propio.

Por la noticia de la esterilidad empieza a cuestionarse tanto el proyecto identificatorio como las representaciones narcisistas tempranas. El sentimiento de omnipotencia y control sobre su cuerpo y su deseo empiezan a resquebrajarse. Se ha observado que en esta situación se presentan problemas con el autoconcepto (Morales, 1995). Este cuestionamiento del sentimiento de sí es mirado por el propio yo como una herida narcisista. Reactualiza y resignifica toda la historia pulsional del sujeto y, como hemos mencionado, las certezas en las que se basa el Yo. Ante esta resignificación de representantes psíquicos, los proyectos a futuro quedan en suspenso, por lo que las sujetos con esterilidad necesitan suturar esta herida. En este momento se presenta un regreso de la investidura que se tiene en los objetos externos al yo. La libido narcisista busca un nuevo objeto de satisfacción ya que el hijo deseado no puede ser concebido.

Nuestra investigación clínica preliminar apoyada en la teoría psicoanalítica nos muestra datos que nos llevan a decir que existen dos vías sustitutivas para

conseguir una nueva satisfacción. Una de ellas sería la aceptación de su esterilidad y la búsqueda de salidas alternas que podrían ser sublimatorias: *Creación artística, investigación intelectual y en general actividades a las que una sociedad concede gran valor* (Laplanche y Pontalis, 1983:400). Otra salida sería la de no aceptar, por lo menos por un tiempo, esta esterilidad y someterse a tratamientos de alta tecnología con el afán de cumplir ese deseo. Cabe mencionar que esta salida puede ser sobredeterminada en mayor o menor medida por presiones sociales o familiares y médicas. Sin embargo, desde una perspectiva psicoanalítica, nosotros sostenemos que un gran peso en esta decisión se debe a esas representaciones psíquicas productos de fallas narcisistas que regresan al yo, y que buscan su cumplimiento de una manera determinada.

Freud (1917), nos señala que, cuando la libido deviene narcisista, le es difícil encontrar de nuevo el camino a los objetos, y esta disminución de su movilidad es lo que resulta patógeno. La patología caracterizada como narcisista (Chamizo, 1989:57), vendría a ser uno de los destinos posibles de las fallas de estructuración de algunos de los momentos constitutivos. La pulsión de muerte es una fuerza silenciosa y la patología narcisista puede llegar a ser el estruendo que la exprese. La estructuración narcisista fallida produce en las representaciones psíquicas un elemento de falta o carencia permanente, una imposibilidad imaginaria y simbólica de cubrir el agujero. Para Green (1987), son sujetos lastimados, carenciados desde el punto de vista del narcisismo. Buscan permanente una autovaloración, que eclipsa cualquier otra perspectiva desde la cual el sujeto se relaciona consigo mismo y con el mundo. Según Bleichmar (1997: 245), resulta indispensable cuando se ubica a una persona como afectada por un trastorno narcisista, especificar los códigos y perspectivas desde las que se capta y articula al mundo. Por ello, este autor postula unificar las aportaciones de Kenberg y Kohut (1997), así como las suyas propias en la clasificación psicopatológica denominada *trastornos narcisistas*, producidas por las fallas en la estructura narcisista de la personalidad.

En las estructuras narcisistas de personalidad, los sujetos buscan más un deseo de satisfacción (de sus carencias narcisistas), que una satisfacción del deseo como movimiento constitutivo de su subjetividad. Consideramos que el deseo de

maternidad en mujeres con fallas narcisistas corresponden a la primera categoría; en otras palabras, el hijo no es sino un medio para satisfacer estas carencias básicas. Encontramos en nuestra experiencia y la de otros autores, un tipo de mujeres donde el sufrimiento se tolera en búsqueda de un placer postergado que sería la felicidad de poder concebir un hijo. Se mantiene o busca un dolor para sostener en el futuro una promesa de placer: *se metaboliza una causa de sufrimiento en una causa de deseo para poder preservar el objeto* (Aulagnier, 1994:252). Como búsqueda de dolor nos referimos a un deseo consciente de someterse a tratamientos ya descritos anteriormente como dolorosos, frustrantes, agresivos y que desordenan su entorno vital.

Postulamos la hipótesis de que no bastan las presiones externas para justificar el someterse a dichos tratamientos. Es necesario la influencia de algo más que explique este comportamiento, existiendo salidas colaterales no sólo sublimatorias sino también la adopción (en el caso mexicano también se presenta la posibilidad de recoger niños abandonados por conocidos o extraños), que pueden servir de soporte para la identidad femenina buscada por estas mujeres. Sostenemos que el género y su efecto en la identidad femenina, no es un factor excluyente, sino complementario a la hipótesis de las fallas de estructuración narcisista como base del deseo de maternidad de estas mujeres. Tal complementariedad está basada en la idea freudiana de *series complementarias* (1917 b)<sup>19</sup>. Es necesario por lo tanto, proponer categorías que muestren la manera en como influyen los distintos factores en el deseo de maternidad de las mujeres estudiadas.

---

<sup>19</sup> Término utilizado por Freud para explicar la etiología de la neurosis y superar la alternativa que obligaría a elegir entre factores exógenos y endógenos; estos factores son, en realidad, complementarios, pudiendo cada uno de ellos ser tanto más débil cuanto mas fuerte es el otro (Laplanche y Pontalis, 1983:400).



## **MÉTODOS**

## 3 Trabajo de investigación

### 3.1 Punto de partida

Nuestra pregunta de investigación basada en los antecedentes ya mencionados, así como en nuestras propias observaciones, nos lleva a cuestionarnos, desde un punto de vista cualitativo, si los problemas psicológicos que presentan las mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida pueden ser explicados a través del análisis de las historias personales de estas mujeres.

¿Cuáles son los factores psíquicos que inciden para que cierto tipo de pacientes se sometan a estudios que se ha demostrado son en sí estresantes, dolorosos, causantes de gran ansiedad y que tienen un impacto emocional en su vida cotidiana y familiar? si esto es así, ¿cuáles son las categorías con las cuáles podemos estudiar dichos factores?

Sostenemos que las mujeres que deciden participar en un tratamiento de reproducción asistida no están conscientes de todas las motivaciones psíquicas que las llevan a tomar esta decisión, ni de las repercusiones afectivas de las mismas.

### 3.2 Objetivo

El interés de esta investigación es ir más allá de un estudio de los factores actuales que están produciendo en estas mujeres las manifestaciones ya mencionadas en la Introducción. Nuestro objetivo es, en consecuencia, definir los criterios que nos permitan comprender las causas que llevan a una persona a someterse reiterada e insistentemente a tratamientos complicados y con bajas probabilidades de éxito.

El eje central de esta investigación versa sobre el estudio del deseo de maternidad de estas mujeres. Es decir, consideramos que el deseo de maternidad no

es un factor que se presenta solamente en el momento en que una mujer decide tener un hijo, sino que este deseo se va conformando a través de su historia personal, donde intervienen tanto su estructura inter como intrasubjetiva. Por lo tanto, planteamos la siguiente hipótesis de trabajo:

El deseo de maternidad en la mujer que quiere ser cumplido por medio de métodos artificiales (especialmente el de FIV-TE), está influido de manera importante por factores diacrónicos provenientes de su historia inter e intrasubjetiva

Objetivos específicos:

- Identificar los factores que influyen en el deseo de maternidad de la población estudiada.
- Mostrar la importancia de las categorías teóricas en el deseo de maternidad de dichas sujetos.
- Construir un modelo conceptual que explique la relación entre las categorías encontradas.
- Realizar una interpretación de corte psicoanalítico de los resultados obtenidos.
- Aportar elementos para la construcción de una intervención terapéutica dirigida a la población estudiada.

### **3.3 Muestra**

El escenario de la investigación es el Servicio de Ginecología de un Hospital de Tercer Nivel del ISSSTE, dentro del área de Reproducción Asistida. La muestra estuvo constituida por mujeres derechohabientes atendidas en dicho servicio, que acuden a solicitar TRA. Estas pacientes previamente han sido estudiadas médicamente, y se les ha canalizado al FIV-TE, por lo que son incluidas en una lista de candidatas al procedimiento. Las mujeres inscritas en dicha lista (103 sujetos), fueron estudiadas por nosotros en su totalidad en un periodo de tres años. Realizamos la integración de la muestra solicitando la participación voluntaria de las candidatas al tratamiento de FIV-TE, a quienes planteamos el propósito de la

investigación. La mayoría de estas mujeres proviene de un estrato socioeconómico medio-bajo y bajo, divididas en tres grupos ocupacionales:

- a) mujeres trabajadoras asalariadas del Estado (maestras, secretarias y enfermeras, principalmente)
- b) esposas de trabajadores asalariados del Estado, mismas que tienen a su vez un trabajo remunerado.
- c) esposas de trabajadores asalariados del Estado que trabajan en su hogar.

Los dos primeros grupos tienen una dificultad real para acudir a las entrevistas clínicas debido a sus situaciones laborales y en muchos casos debido a los medios de transporte, por lo que nos vimos en la necesidad de limitar las entrevistas a siete encuentros.

Los criterios de inclusión de los casos fueron los siguientes:

- edad en rango de 25 a 40 años
- con diagnóstico de esterilidad primaria
- escolaridad mínima de primaria
- con pareja estable
- sin trastorno mental severo que es evaluado a través de las entrevistas clínicas

### 3.4 Instrumento

Dado que el método de investigación es el psicoanalítico, proponemos como instrumento la entrevista clínica que nos proporciona los medios de análisis pertinentes. La entrevista psicoanalítica es un medio adecuado para obtener información cualitativa y como nos señala Anguera (1984:69), para encontrar viabilidad en la estructuración de datos, hay que privilegiar la importancia de las vertientes diacrónicas y sincrónicas. La entrevista clínica permite una concatenación sólida de información histórica, contextualizándola en una teoría que dé cuenta de la problemática intra e intersubjetiva. Para tener una mayor

amplitud en la captura de la información escogimos la modalidad de entrevista focalizada a profundidad. En esta situación clínica las preguntas sirven como estímulo para invitar a hablar sobre el tema, sin que exista un momento preciso para su respuesta. En el siguiente apartado exponemos los ejes temáticos de las entrevistas, mismos que exploraron las categorías de análisis de nuestra investigación<sup>20</sup>.

### **Tema I - Rol de género**

Bajo este apartado, investigamos la función que ejerce el rol de género en el deseo de maternidad, específicamente la influencia del imaginario social en relación a la importancia de ser madre.

### **Tema II - Presiones sociales o familiares**

A través de este eje exploramos si existen presiones externas que obligaron a este grupo de mujeres a someterse a tratamientos de reproducción asistida. Se tratará de ubicar el sujeto o sujetos que ejercen la presión y los resultados de ésta.

### **Tema III - Continuidad de los tratamientos**

En este tema indagamos si existió una presión médica para la continuidad del tratamiento o bien si hay una necesidad institucional de no terminar un tratamiento en función de la relación costo-beneficio, así como el papel que tiene el centro hospitalario en esta materia.

### **Tema IV - Efectos secundarios de los tratamientos**

En este apartado exploramos los antecedentes ginecológicos y de otros padecimientos y su percepción de los efectos fisiológicos y psicológicos de los tratamientos médicos y si éstos han influido de alguna manera en la continuidad o insistencia en el tratamiento.

---

<sup>20</sup> Se presenta la guía de entrevistas en el Anexo IV

### **Tema V - Causas psíquicas del deseo de maternidad**

En este apartado se investigaron tanto el eje intersubjetivo, como intrasubjetivo en la constitución del deseo de maternidad. Para lograr este objetivo se privilegiaron los siguientes núcleos temáticos:

- los contenidos narcisistas que se juegan tanto en el eje corporal como en los roles genéricos y el deseo de maternidad.
- la formación de ideales y proyectos de vida como parte esencial de la estructura psíquica.
- Imaginarización del hijo: analizamos las fantasías y proyectos sobre el hijo deseado
- Problemática actual: asociaciones sobre preocupaciones, sentimientos y afectos relacionados a su problemática presente.
- Expectativas sobre el tratamiento y respuestas probables ante su fracaso
- Conclusiones personales sobre el trabajo subjetivo realizado a lo largo de las entrevistas.

Estos ejes temáticos tienen como función el de ser focos para que por medio de asociaciones espontáneas surjan las categorías de análisis de nuestra investigación. Para cumplir con los temas anteriores, se utilizaron de seis a ocho sesiones de entrevista, de una hora aproximada de duración.

## **3.5 Procedimiento**

La recolección de los datos se realizó de la siguiente manera: Después de un acuerdo con el equipo profesional responsable del área de Reproducción Asistida, los médicos tratantes canalizan a las pacientes que están en la listas de candidatas a técnicas de FIV-TE a entrevistas psicológicas previas al tratamiento, se les informa que su participación es voluntaria, consigna que volvemos a recordar durante la primera entrevista clínica. Las entrevistas se realizan en un pequeño salón del área hospitalaria del Servicio de Ginecología, privado, acondicionado especialmente para las entrevistas.

El proceso fue el siguiente: En primer lugar, se obtiene su consentimiento informado de manera verbal, se garantiza la confidencialidad, y se exponen tanto los objetivos del estudio como la duración de éste. Hicimos énfasis en que en ningún momento se condicionaría su inclusión o permanencia en los TRA a la participación en estas entrevistas. Registramos en forma escrita las ideas y secuencias principales alrededor de los temas propuestos, y posteriormente realizamos resúmenes clínicos para formar un archivo de estas entrevistas. De todos los casos registrados se seleccionaron diez de ellos para su análisis a profundidad, los cuales cumplieron con cabalidad los criterios de inclusión antes expuestos.

El proceso de devolución por la ayuda y colaboración en el estudio, se produjo en tres niveles:

- Elaboramos con la interesada al final de cada entrevista cierres parciales, con el objeto de buscar un cierto nivel de *insight* sobre los contenidos que aparecieron durante la misma, de manera que les permitiera comprender de manera paulatina su problemática actual.
- Realizamos el compromiso con el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de participar de manera permanente durante el tiempo de la investigación en los programas académicos de la Coordinación de Enseñanza con el fin de difundir los avances de la investigación a los médicos tratantes y demás personal responsable.
- Nos comprometimos a participar en las Jornadas Médicas del Hospital para comunicar el resultado de la investigación.

### 3.6 Análisis de la información

Dada la complejidad del problema de investigación y de nuestro deseo de abordar el problema a mayor profundidad, vimos la pertinencia de utilizar como herramienta de análisis de la información a la *teoría fundamentada en los datos*

(*grounded theory*)<sup>21</sup>. El método de análisis de la información que la teoría plantea es el siguiente según Strauss y Corbin (1990):

**1.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:** Se recaba información de los antecedentes en la literatura publicada. En este método la literatura tiene usos específicos:

- Identificar las investigaciones previas en el área; en nuestro estudio preliminar se realizó una búsqueda lo más exhaustiva posible del material publicado tanto en México como en el extranjero sobre el abordaje psicológico de la esterilidad y en especial de los TRA, causas y efectos psíquicos. De acuerdo con los antecedentes mencionados, se construyeron preguntas que aparecieron en las observaciones preliminares de campo.
- Sugerir marcos teóricos y conceptuales que puedan ser usados como guía para la investigación cuantitativa e interpretación de los descubrimientos realizados. En nuestra investigación se utilizó el enfoque psicoanalítico para dar un marco teórico que pudiera guiar las preguntas de investigación y que fuera consistente con las interpretaciones realizadas al final de la investigación a partir de los hallazgos de campo.

**2.- RECOLECCIÓN DE DATOS (MUESTREO TEÓRICO):** Para Strauss y Corbin (1990), se tienen que llevar a cabo entre 20 a 30 entrevistas basadas en varias visitas "al campo", para recolectar datos que saturen las categorías. Se tienen que utilizar observaciones no muy estructuradas, tomando en cuenta los posibles sesgos del investigador, de manera que se den las mejores oportunidades para que aparezcan los datos más relevantes sobre el fenómeno a investigar. En nuestra investigación se llevaron a cabo 20 entrevistas preliminares para sondear el campo y junto con nuestro marco teórico hacer las primeras preguntas de investigación que nos ayudaron a construir las categorías preliminares.

---

<sup>21</sup> La conceptualización teórica y metodológica de la *teoría fundamentada en los datos* se resume en el Anexo V.

**3.- CODIFICACIÓN ABIERTA (OPEN CODING):** La finalidad de una codificación abierta es la de descubrir, nombrar y categorizar el fenómeno a estudiar. Aquí el investigador forma categorías iniciales acerca del fenómeno estudiado a través de información segmentada proveniente del muestreo teórico. Este proceso se llevó a cabo según los siguientes pasos:

- a) *Nombrar el fenómeno:* A partir de las observaciones dar a los eventos nombres que traten de representar un fenómeno. Se compara incidente por incidente para que a los fenómenos similares se les de el mismo nombre. En nuestra investigación el fenómeno central es el análisis del deseo de maternidad.
- b) *Descubrir y nombrar las categorías:* Ya que se identificó un fenómeno en particular, se empiezan a agrupar los conceptos a su alrededor. Se trató de reducir el número de unidades con las que se trabaja. Al fenómeno representado por una categoría se le da un nombre conceptual; este nombre debe de ser más abstracto que los que se dieron a los conceptos agrupados. El primer nombre de las categorías se da en general por lógica. Más adelante se debe llegar a un nombre más apropiado que pueda ser desarrollado analíticamente. Es importante tratar de no usar conceptos prestados de otros estudios, a menos que se llegue a las mismas conclusiones.
- c) *Desarrollar categorías en términos de sus propiedades y dimensiones:* Cada vez que se desarrolla una categoría, se tienen que *dimensionalizar* sus propiedades. Es decir, buscar las características y atributos de esas categorías. Así mismo, encontrar las relaciones entre las categorías y las subcategorías.<sup>22</sup>

En esta fase las herramientas del investigador son: Memos, notas codificadas, notas teóricas, notas operacionales y diagramas<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Un ejemplo de esta forma de codificación se presenta en Strauss y Corbin (1997: 72).

<sup>23</sup> Un resumen del diario de trabajo, que muestra algunos de estos contenidos, se expone en el Anexo VI.

Nuestra forma de codificación abierta, de acuerdo con los parámetros establecidos fue la siguiente<sup>24</sup>:

## I CONDICIONES CAUSALES

*Categoría: Fallas en la estructura narcisista*

<u>Subcategorías:</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Valoración del cuerpo	Interés  Aliño Salud e higiene	demasiado, mucho, poco, nada
Valoración de la madre	Género Belleza Carácter Inteligencia Cooperación	máxima, mediana, mínima
Valoración del padre	Género Belleza Carácter Inteligencia Cooperación	
Aceptación social	Hija Hermana Pareja Amiga	mucha, poca, ninguna

<sup>24</sup> Presentamos dos ejemplos de la forma como se realizó el análisis de datos de acuerdo con la teoría fundamentada en el Anexo VII.

Compañera de trabajo  
Empleada

*Categoría: Imaginario social*

<u>Subcategorías</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Mitos sobre maternidad	introyección de la transmisión	fuerte, débil
Género		
a) roles	materno doméstico laboral académico	máxima, media, mínima
b) feminidad	dulzura abnegación sumisión sensualidad fidelidad hacendosidad	

## II RESULTADO DE LAS CONDICIONES CAUSALES

*Categoría: Deseo de maternidad*

<u>Subcategoría</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Deseo de embarazo	presencia	fuerte, media, débil
Etapas:		inicial media
Persistencia		si no

### III EVENTO DESENCADENANTE

*Categoría: Diagnóstico de esterilidad*

<u>Subcategorías</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Causas	obstructivas hormonales	presencia, ausencia
Diagnosticador	Hosp. 3er nivel Hosp. 1er nivel medico particular medicina alternativa	

### IV CONTEXTO

*Categoría: Historia de pareja*

<u>Subcategoría</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Relación de pareja	tiempo de relación calidad de relación	larga, media, corta buena, regular, mala

*Categoría: Institución médica*

<u>Subcategoría</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Presiones Institucionales	fuerza de la presión	alta, media, baja

### V CONDICIONES INTERVENTORAS

*Categoría: influencias externas*

<u>Subcategorías</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Valores culturales	fuerza	mucha, poca, nada

Creencias

## Presiones familiares:

Esposo	frecuencia	a menudo, de vez en cuando, nunca
	extensión	más, menos
	intensidad	alta, media, baja
	duración	larga, media, corta
Padre/Madre		
Parientes políticos		
Hermanos		
Cuñados		
Presiones sociales		

## VI ESTRATEGIAS

*Categoría: Efectos físicos del tratamiento*

<u>Subcategorías</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Dolor	Frecuencia	a menudo, de vez en cuando, nunca
	Extensión	más, menos
	Intensidad	alta, media, baja
	Duración	larga, media, corta

## Cambios metabólicos:

- a) aumento de peso
- b) falta de apetito
- c) insomnio

*Categoría: Efectos psíquicos del tratamiento*

<u>Subcategoría</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Sentim. de tristeza o vacío		
Desesperanza		
Cambio de estado de ánimo		
Miedo o ansiedad		

*Categoría: Formas defensivas*

<u>Subcategorías</u>	<u>Propiedades</u>	<u>Posibles dimensiones</u>
Desmentida del tratamiento		
Proyección y búsqueda de agresor		
Victimización		
Expectativas sobre el hijo presencia/ausencia	perpetuación familia	
	autorealización	
	demonstración feminidad	
	compensación de carencias	

**4.- CODIFICACIÓN AXIAL:** En este punto el investigador reúne los datos de una manera diversa, que pueden ser mediante un diagrama lógico en el que el investigador<sup>25</sup>:

- identifica el fenómeno central,
- explora las condiciones causales, que serían las condiciones que influyen en el fenómeno central,
- especifica las estrategias, que son las acciones o interacciones que resultan del fenómeno central,
- identifica el contexto y las condiciones que intervienen, que serían las condiciones que influyen en las estrategias
- delinea las consecuencias del fenómeno central.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Un ejemplo de esta codificación axial nos la muestra Creswell (1998:305) mediante un diagrama.

**5.- CODIFICACIÓN SELECTIVA:** En esta fase el investigador identifica una "línea narrativa" y escribe una historia o narración que integre las categorías de la codificación axial. En esta fase se pueden presentar proposiciones condicionales o hipótesis en un nivel más abstracto de análisis.

**6.- MATRIZ CONDICIONAL:** En este momento, el investigador desarrolla un retrato objetivo que se denomina "matriz condicional" que muestra las diversas condiciones e influencias del fenómeno central descubiertas a través del análisis sistemático de los datos.

A través de la matriz condicional se consigue:

- lograr una sensibilidad teórica de la amplitud de condiciones que intervienen en el fenómeno estudiado.
- lograr una sensibilidad teórica del rango de consecuencias potenciales de los resultados de la acción/interacción.
- ayudar a sistematizar condiciones y consecuencias del fenómeno.

La matriz condicional está representada por círculos concéntricos. A cada uno de ellos les corresponde diferentes aspectos de los ámbitos del fenómeno. En los círculos externos están los más lejanos a la acción/interacción, mientras que en los más cercanos pertenecen a la secuencia interior de la acción/interacción<sup>27</sup>.

**7.- NIVEL TEÓRICO ALCANZADO:** Finalmente, el investigador buscará a través de todo el proceso de recolección de datos y análisis teórico, acercarse al problema que afecta a una población determinada. El crear una teoría más general puede ser el tema de otra investigación. El aporte de una investigación de este tipo es el de crear nociones teóricas desde las cuales pueda emerger una teoría más sólida y estructurada.

---

<sup>26</sup> El trabajo de la codificación axial, como de la codificación selectiva y matriz condicional forma parte de los resultados del trabajo de investigación que serán expuestos en el siguiente capítulo.

<sup>27</sup> Un ejemplo de este modelo nos lo presenta Strauss y Corbin (1997:163)

Dentro de los resultados, además de los aportados por la *teoría fundamentada*, se contempla la interpretación de los datos desde el psicoanálisis dentro de dos modalidades: La centralidad de las categorías y la voz narrativa. La forma de construcción de ambas interpretaciones se dará a continuación.

### 3.7 Interpretación psicoanalítica de los casos

Acompañando la interpretación de los datos desde una *teoría fundamentada*, realizamos un análisis interpretativo de las categorías obtenidas en la *teoría fundamentada* con base en un marco teórico psicoanalítico. Este trabajo tiene como finalidad ampliar la comprensión a profundidad de la problemática estudiada.

A través del análisis de cada una de las categorías en los casos seleccionados, obtuvimos una interpretación desde el marco teórico psicoanalítico de los factores que intervienen en el deseo de maternidad. Como una forma de análisis, buscamos la presencia desde un punto de vista subjetivo de estas categorías. Posteriormente, identificamos la centralidad, periferia, o ausencia, como una forma auxiliar para la interpretación de los datos.

#### 3.7.1 Centralidad de los casos

1.- CENTRALIDAD es decir, se utilizará la palabra *Central* si en los datos analizados se encontraron elementos que reflejen si un constructo aparece de manera nuclear o medular en el texto narrativo producido por las entrevistas ya que este constructo permitiría entonces articular contenidos con otros referentes teóricos. Esta centralidad puede ser de dos tipos:

- a) Centralidad manifiesta: Las categorías que pretenden analizar un constructo teórico están presentes abiertamente en el discurso de las sujetos
- b) Centralidad inferida: Las categorías que pretenden analizar un constructo teórico tienen que ser inferidas teóricamente a partir del discurso de las sujetos (historia de vida, fantasías, anhelos, etc.).

2.- PERIFÉRICO, significa que en los datos analizados aparece sólo de manera secundaria o indirecta y que no juega un papel relevante en el fenómeno estudiado.

3.- AUSENTE, significa que en los datos analizados no se encontraron elementos que puedan relacionar los referentes teóricos con el fenómeno estudiado.

Es importante señalar que el análisis de la centralidad de las categorías se hizo con posterioridad a las entrevistas, mediante un análisis supervisado por el tutor y el experto de las entrevistas seleccionadas. Para preservar el anonimato de las diez mujeres seleccionadas, las nombramos con la primera letra del alfabeto griego que concordara con nombres femeninos, a fin de lograr una idea de comunidad y al mismo tiempo, de diferencia en su problemática: Alfa, Beta, Delta, Eta, Gama, Kappa, Lambda, Sigma, Tau, Omega.

### **3.7.2 Construcción de la Voz Narrativa**

A continuación exponemos las formas de construcción de una voz narrativa que utilizamos como modelo para expresar la complejidad de los casos estudiados:

De acuerdo con Enríquez (1999), la narración oral es una de las principales prácticas lingüísticas humanas y se encuentra presente en casi todas las interacciones conversacionales. Sus funciones son distintas en cada sociedad, pero se puede decir que sirve para transmitir los valores culturales y sociales, y para confirmar y crear las ideas y las representaciones que el individuo tiene de la realidad, del mundo y de sí mismo. Relatar su experiencia sirve para construir y construirse una imagen de uno mismo. En efecto, el individuo compone su relato dejando correr libremente sus pensamientos, deteniéndose de pronto para ordenar sus recuerdos, esforzándose por encontrar el recuerdo preciso, contradiciéndose a veces, para reconstruir así una historia que le pertenece, para hacerla pública y compartirla, siempre frente al fantasma de sí mismo y de su propia personalidad.

En esta investigación, utilizamos este recurso metodológico de las Ciencias Sociales para mostrar de una manera dinámica y viva la problemática de las mujeres estudiadas. De esta forma, logramos cierta congruencia entre los relatos obtenidos durante las entrevistas y la metodología cualitativa-interpretativa seleccionada. Dentro del estilo narrativo escogimos la forma denominada *Discurso reportado libre*, donde sus formas no están marcadas y se deben de interpretar en el contexto. Se trata de ecos, sugerencias, polifonías, discurso interior. Su atractivo resulta de su ambigüedad, discurso equívoco donde se fusionan el narrador y los personajes (1999:16).

Para nuestra voz narrativa decidimos que una voz anónima, libre, de acuerdo a la figura anterior, reúna el material común de todas las mujeres estudiadas, y refleje la riqueza y colorido de su problemática. Por lo anterior, para redactar una voz narrativa de acuerdo con estilo literario (1999:128), seguimos los siguientes referentes:

1. La narración presenta una macroestructura temática formada por una entrada, un desarrollo y una salida.
2. Los temas se organizan de una manera compleja dentro de la narración; algunos temas se presentan de manera lineal y otros de manera circular.
3. Los temas se estructuran en una red temática que debe de respetar dos restricciones: una de coherencia y otra de progresión.
4. Los relatos de vida de la narración muestran una estructura dialéctica entre el antes y el ahora.
5. La narrativa busca trasladar a la audiencia el universo del relato a través de una serie de estrategias como la alternancia en los tiempos verbales, el habla reportada y el uso de una estructura con saltos de tiempo y lugar.
6. Presenta las emociones como una estrategia para comunicar vivencias e involucrar al lector en ellas.
7. Construye el relato como un todo coherente a partir de las experiencias de vida.

Por último, la finalidad de esta voz narrativa es la de evitar que el lector sea un espectador pasivo, y dirigir su mirada al mundo que se está representando frente a

él o ella, para que ese mundo deje de serle ajeno y se convierta en algo que le pertenece.

### 3.7.3 Uso en el psicoanálisis de la voz narrativa

El mismo Freud desde la fundación del psicoanálisis se preocupó por darle un carácter epistemológico a sus historiales clínicos (*Krankengeschichten*): "Las características del objeto constituyen una dificultad en tanto que el relato debería articular un cúmulo de elementos heterogéneos y entrelazarlos en una narratividad coherente. Para Freud, según De Certau, *la novela psicoanalítica se caracteriza por combinar, en un mismo texto, por una parte los síntomas de la enfermedad y por otro la historia del sufrimiento* (González,1998:164).

Para González (1988:166), "la especificidad de la novela psicoanalítica es la de vincular acontecimientos y cuadros clínicos con la particularidad de los itinerarios. Lo real representado no corresponde a lo real que determina su producción. Este último esconde detrás de la figuración de un pasado el presente que lo organiza". De lo anterior podemos afirmar que el uso de la novela en psicoanálisis posee las siguientes características (González, 1998: 207, 211; De Certau, 1995:108):

- la historia individual no puede ser transformada y traducida en relato completamente
- el objeto psicoanalítico no es algo consistente sino que parte del presupuesto de una ausencia que organiza la representación.
- los tiempos de la constitución de la novela son variados; a veces se constituye desde un principio, otras a partir de un suceso "traumático"
- es un relato heterogéneo, que en el caso de grupalidad se convierte en colectivo
- es un relato sujeto a discontinuidades y fisuras que cuestionan la unidad
- se sustituye el discurso "objetivo" por otro que declara su relación con el lugar singular de su producción
- descubre, en los eventos decisivos, los puntos de construcción de estructuras psíquicas
- la narración autobiográfica tiene forma de autocrítica

- el estilo tiene que ver con la enunciación de los afectos
- es una interpretación limítrofe entre lo subjetivo y lo objetivo

Por último, lo que la novela psicoanalítica devela es la forma como la estructura patológica se convierte en el marco donde se producen los acontecimientos que esa estructura no integra. Como nos señala Ricoeur (1995:57), es la apropiación del pasado mediante el habla y la escritura. La constitución de la voz narrativa se armó a partir de los elementos comunes encontrados tanto en el análisis de la codificación axial y selectiva de los datos como en la centralidad que apareció a partir del análisis interpretativo psicoanalítico. El trabajo interpretativo de la voz narrativa tiene como intención buscar la adecuada proporción que se debe dar a cada interpretación a partir de las categorías alcanzadas, acordes con la fidelidad del texto (Beuchot, 1998).



## **RESULTADOS**

## 4. Resultados e interpretación

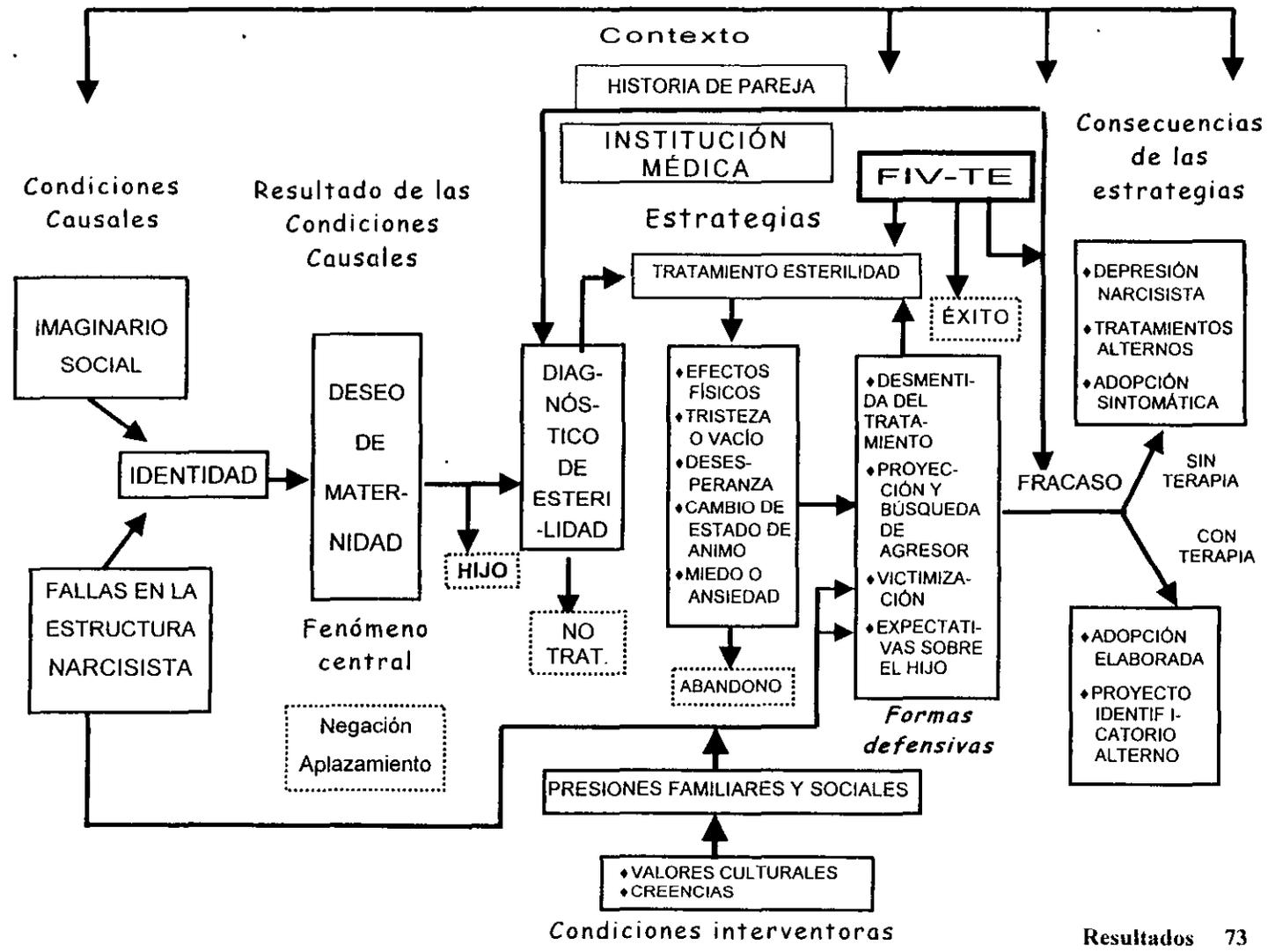
### 4.1 Desde la teoría fundamentada

De acuerdo con la estrategia metodológica de la *teoría fundamentada en los datos* (Strauss y Corbin, 1997), los resultados del análisis y sistematización de los datos serán codificados en cuatro apartados:

- Codificación abierta: En este apartado se muestran las categorías y subcategorías obtenidas, sus definiciones y gráfica del resultado del análisis de los diez casos para cada una de las categorías y subcategorías obtenidas en el muestreo teórico.
- Codificación axial: Dado el análisis obtenido en la codificación abierta, se procede a la generación de un diagrama que reúne los resultados, haciendo conexiones y relaciones entre las diferentes categorías:
- Codificación selectiva: A partir del esquema gráfico que se obtiene de la codificación axial de los datos, se realiza una narración de dicho esquema que muestra los resultados finales del trabajo metodológico realizado.
- Matriz condicional: De manera gráfica y narrativa se explican los ámbitos de influencia del fenómeno estudiado:
- Nivel teórico alcanzado: En este momento de la investigación se describen los siguientes aspectos:
  - \* relevancia teórica (buscar si conceptos llegan a categorías por repetición)
  - \* maximizar las diferencias (personas o documentos extremos)
  - \* saturación teórica

#### 4.1.1 Resultados con base en la codificación axial

En este apartado exponemos, de manera gráfica, la forma como las categorías quedaron unificadas en un esquema que da cuenta del proceso que denominamos: *insistencia de un grupo de mujeres de someterse a tratamientos de reproducción asistida*. En este quedan reunidas: Las condiciones causales, los resultados de las condiciones causales, el contexto, las condiciones interventoras, las estrategias, así como las consecuencias de las estrategias.



#### 4.1.2 Resultados con base en la codificación selectiva

A continuación proponemos la narración elaborada a partir del esquema gráfico:

##### *I Condiciones Causales*

Hemos detectado que existen dos factores básicos que intervienen en la insistencia de ciertas mujeres de permanecer en los TRA; a estos factores los hemos denominado el imaginario social y la estructura psíquica.

El imaginario social.- Hemos encontrado que los mitos e ideologías sobre la mujer que están presentes en los imaginarios sociales de la comunidad de origen de estas sujetos, determinan de manera significativa la percepción que tenga de sí misma en cuanto género, así como las posibilidades identificatorias y de proyección en un espacio social determinado. Estas posibilidades identificatorias se ven reducidas si dentro del imaginario social que permea las creencias sociales el papel de la mujer está centrado en el hogar y la ecuación mujer=madre ha marcado las expectativas e ideales que se tienen para el sexo femenino.

Estructura psíquica.- Hemos detectado a lo largo de nuestra investigación, que si en la historia personal de las sujetos, las señales identificatorias dadas por figuras significativas han sido de devaluación o sobrevaloración, éstas producen una estructuración de su personalidad donde el eje narcisista cobra una importancia mayor que otros ejes. Entonces, cuando estas sujetos se encuentran con eventos de vida que cuestionan su lugar identificadorio, como pueden ser primeramente fracasos o duelos mal elaborados y en forma posterior la esterilidad, se presenta una resignificación de su historia personal, marcada por las defensas y angustias propias de estas fallas narcisistas.

Estos dos factores que aparecen en el origen de la constitución psíquica de las mujeres estudiadas, influyen de manera significativa en la construcción de su *identidad*, entendida ésta como la interacción de procesos individuales y sociales que una vez que se cristaliza, forma tipos psicosociales relativamente estables.

Dentro del núcleo de la identidad, el género tiene una función legitimadora de una serie de actividades y representaciones culturales con las que los miembros de un sexo determinado se identifican. La importancia de la incorporación en la identidad de cada mujer del imaginario social, es que ésta va a introyectar prácticas cotidianas que se jerarquizan en función de una cierta valoración social de lo femenino y de lo masculino. La identidad tiene que estar en concordancia con el proyecto identificador que busca una imagen narcisista de máxima valoración, por lo que si existen fallas en la estructura narcisista, éstas van a quedar registradas en la identidad femenina.

### *II Resultados de las condiciones causales*

En un determinado momento de su vida reproductiva, cada mujer tiene que tomar la decisión de si quiere ser madre, decisión consciente-preconsciente, que replantea su identidad genérica que a su vez resignifica todo su proyecto identificador. Consideramos que el deseo de maternidad es el fenómeno central en nuestra investigación, ya que éste determina la necesidad de estas mujeres a someterse a los tratamientos de esterilidad. Si encontramos que ante esta decisión, algunas mujeres que presentan las condiciones causales antes mencionadas, pueden manifestar los mecanismos defensivos de negación y aplazamiento de la decisión de embarazo, sujetos que salen de los objetivos de nuestra investigación.

Cuando la mujer junto con su pareja sexual deciden un embarazo, lo más frecuente es que empiece a sujetarse a los diferentes estudios de esterilidad hasta el momento en que le dan un diagnóstico probable de su causa. En este momento, puede tomar la decisión de no someterse a dichos tratamientos (sujetos fuera de nuestro estudio). Sin embargo, si deciden seguir en el proceso que fijan los criterios médicos reconocidos, en ese momento empiezan a acudir, ya sea a instituciones de salud pública o particulares, para realizarse estudios y tratamientos más especializados.

### III Contexto

Un elemento que podemos separar y que acompaña el proceso investigado es la historia de la pareja, entendida esta como la relación imaginaria que se espera de una pareja ideal, y que se compara y contrasta con la pareja real y los acontecimientos cotidianos y significativos por los que han pasado como pareja. Esta historia de pareja va a ser importante para comprender tanto las diferentes decisiones tomadas por las mujeres en relación con el tratamiento, como las redes de apoyo que van a encontrar para continuarlos.

Otro contexto presente en el proceso es el de la institución médica. Se trata de un hospital correspondiente al tercer nivel de atención, cuyos objetivos principales son la enseñanza, la investigación, la asistencia y rehabilitación con procesos complejos y sofisticados.

### IV Condiciones interventoras

Tanto las creencias y mitos, como los valores culturales, no sólo forman parte de las condiciones causales originarias, sino que intervienen permanentemente como un referente indispensable en las expectativas sociales del medio sociocultural que las rodea. Encontramos, así mismo, que en su deseo de maternidad, tanto la familia ya sea natural o política, como otras relaciones significativas, son vividas por ellas como presiones o exigencias que las llevan, de acuerdo a nuestra cultura, a desear someterse a estos tratamientos, buscando así obtener reconocimiento y una valoración social profundamente anheladas, sobre todo para compensar las fallas narcisistas originarias.

### V Estrategias

Dentro del concepto diseñado por la teoría fundamentada como estrategias, hemos encontrado que el tratamiento al que se someten estas mujeres produce una serie de efectos directos e indirectos, conscientes y pre-conscientes-inconscientes, que han convertido a las sujetos en agentes pasivos o activos frente a dichos tratamientos.

Dentro de los efectos pasivos aparecen de manera evidente, aquellos efectos físicos propios de los tratamientos a los que han sido sometidas como son el dolor físico y los cambios metabólicos sufridos por los tratamientos hormonales. Entre los efectos psíquicos sufridos y manifestados por estas sujetos encontramos los sentimientos de tristeza o vacío, desesperanza, cambios en los estados de ánimo y miedo o ansiedad. No hemos detectado en el grupo estudiado un deseo manifiesto de abandonar el tratamiento como resultado de las dificultades antes mencionadas.

Por otra parte, encontramos formas defensivas, que ayudan al sujeto a persistir en los tratamientos como vía para conservar el valor identificador que marca su deseo de maternidad. Entre las formas defensivas más importantes aparecen, en primera instancia, la fantasía sobre el hijo idealizado (imaginario), ya que éste colmaría el vacío interior creado por las fallas identificatorias narcisistas constitutivas de cada una de estas sujetos. Este mecanismo va muy unido a otro de victimización (masoquismo narcisista) que hace que ante el sufrimiento y el dolor, estas mujeres vivan una suerte de exaltación y valorización que compensa, de alguna forma, la frustración producida por la falta de la maternidad. Así mismo, están presentes otros mecanismos defensivos como es el no tomar conciencia de su realidad ginecológica y de las posibilidades médicas de éxito de los tratamientos a las que se someten (mecanismo de desmentida). También aparece en mayor o menor medida la necesidad de proyección y búsqueda de un agresor para justificar un maltrato real o imaginario al que son sometidas; generalmente el sujeto de este mecanismo es un médico en particular o algunas personas que forman parte de la institución médica

#### *VI Consecuencias de las estrategias*

Es importante señalar que la fase de análisis dentro de esta investigación comienza a partir del momento en que son candidatas a técnicas de reproducción asistida (en especial FIV-TE); dicho análisis finaliza antes de que sean sometidas a dicha técnica. De manera pronóstica, como la probabilidad de fracaso de dicha técnica todavía es alta, proyectamos tres escenarios virtuales:

a) se produce una fertilización exitosa, donde sería importante hacer un seguimiento tanto del embarazo como del vínculo materno-infantil.

b) se reconoce el fracaso del tratamiento y si no se proporciona a estas mujeres una terapia psicológica que ayude a elaborar dicho fracaso, puede aparecer, en primer lugar una resignificación de las fallas narcisistas estructurales, por lo que estaríamos en presencia de una depresión narcisista, que traería como consecuencia mecanismos de aislamiento y retraimiento severos, o bien, en el peor de los escenarios, una falta del deseo de vivir que puede llevar a alguna de ellas incluso al suicidio. También pueden insistir de manera irracional, y a veces loca, en la búsqueda de tratamientos alternativo o mágicos. En algunos casos, insistirían en la búsqueda de una adopción que denominamos sintomática puesto que el nuevo niño cargaría con una misión imposible: la de ocupar el lugar y realizar las expectativas inalcanzables del hijo maravilloso, con las repercusiones psicopatológicas que se pueden inferir de este hecho.

c) Se reconoce el fracaso del tratamiento pero se ofrece un trabajo psicoterapéutico institucional que permitirá a la pareja la posibilidad de comprender las vicisitudes de su deseo de maternidad y paternidad, para lograr ya sea una adopción consciente y elaborada o la búsqueda de un proyecto identificador alternativo que resignificara su historia personal y la hiciera más compatible con sus posibilidades de realización personal.

#### **4.1.3 Resultados de la Matriz Condicional:**

De acuerdo con la *teoría fundamentada*, la matriz condicional es un sistema de análisis que examina la acción/interacción de las condiciones y sus consecuencias. Esta matriz posibilita distinguir los niveles de las condiciones y sus consecuencias.

##### Niveles

- 1) de acción: Deseo de maternidad
- 2) de interacción: manejo de la esterilidad
- 3) individual, grupal y colectivo: historia familiar, individual y de pareja

- 4) suborganizacional: tratamientos específicos para la esterilidad
- 5) organizacional: políticas institucionales de Reproducción Asistida
- 6) nacional: imaginario social, cultura y valores en relación a la maternidad
- 7) internacional: avances tecnológicos en TRA

Trayectoria matricial (*path*): El fenómeno a investigar, que corresponde a la acción central, es el deseo de maternidad. La interacción son las acciones que realizan estas mujeres para satisfacer este deseo a lo que denominamos manejo de la esterilidad. Por otra parte, estas acciones y las decisiones que toman sobre este manejo de la esterilidad van a estar influidas por sus biografías personales. En la búsqueda de esta maternidad, dichas mujeres van a someterse a diferentes tratamientos para la esterilidad, en especial las de TRA, por lo que entran en un circuito de tratamientos de alta especialidad regidos y normados por políticas hospitalarias e institucionales. Por último, todas estas esferas están influidas por valores, creencias y un imaginario social donde el valor de la mujer está asociado con el de la maternidad como ya hemos descrito anteriormente.

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



#### 4.1.4 Nivel teórico alcanzado

Los aportes teóricos de esta investigación provienen de la comparación de los datos recabados; a través de los procedimientos de codificación, los conceptos surgen como categorías de análisis. Las categorías encontradas para nuestro estudio fueron, por orden ascendente de acuerdo a su nivel de abstracción:

- 1.- Búsqueda de embarazo (Manifiesto)
- 2.- Diagnóstico de esterilidad (Manifiesto)
- 3.- Efectos físicos de los tratamientos de esterilidad (Manifiesto)
- 4.- Historia de pareja (Inferido)
- 5.- Presiones familiares (Inferido)
- 6.- Imaginario social en relación a la maternidad (Manifiesto)
- 7.- Efectos psíquicos del tratamiento (Inferido)
- 8.- Formas defensivas (Inferido)
- 9.- Hijo imaginario (Inferido)
- 10.- Fallas en la estructura narcisista (Inferido)

Es importante señalar que las categorías anteriores lejos de excluirse entre sí, por el contrario, se complementan dando una mayor profundidad al fenómeno estudiado, ya que todas ellas intervienen en un grado y proporción variable en un proceso que denominamos *insistencia en participar en sofisticados tratamientos de esterilidad*. El tiempo de estudio y análisis de la información han sido constantes durante toda la investigación (tres años y medio), lo que nos ha permitido obtener una dinámica de contrastación entre las hipótesis y la realidad estudiada. Hemos observado, a lo largo de este proceso, una saturación de los datos, donde nuevas entrevistas proporcionan una mayor profundización o especialización de los temas y categorías, pero no aportaron datos relevantes adicionales para abrir nuevas categorías de análisis.

Los casos no incluidos en la muestra estudiada, permitieron a su vez una maximización de las variaciones posibles entre las categorías y el proceso analizado, como por ejemplo, todos aquellos casos que no fueron incluidos por los criterios establecidos. A través de esta estrategia metodológica obtuvimos especificaciones precisas de las condiciones que sustentan el fenómeno estudiado, momento teórico que quedó plasmado en la narrativa de la codificación selectiva. Bajo estas condiciones, las formulaciones teóricas anteriores sólo podrán ser aplicadas a las situaciones y circunstancias descritas.

## 4.2 Resultados desde el psicoanálisis

### 4.2.1 Centralidad de las categorías

En este apartado exponemos la interpretación de los resultados para cada una de las categorías encontradas, que presentamos de manera gráfica en la tabla de centralidad. La interpretación de los resultados de cada una de las categorías analizadas en los diez casos estudiados<sup>28</sup> (columnas), se expone en el estudio de una voz narrativa. En los renglones de dicho cuadro, encontramos que existe un común denominador en todos los casos:

Estructura narcisista: Central  
 Hijo imaginario: Central  
 Institución médica: Ausente  
 Efectos secundarios: Ausente  
 Otros: Ausente

En las categorías de Género y Presiones familiares no encontramos un denominador común. Estos resultados podemos atribuirlos al hecho que estos

---

<sup>28</sup> La relatoría e interpretación de cada uno de los casos estudiados a profundidad fueron presentados en las reuniones del Comité de Doctorado (mayo 1999 y septiembre 1999). Para resguardar el anonimato de las pacientes, se presentan ejemplos de las narraciones más representativas de la centralidad de las categorías estudiadas.

factores, a su vez, dependen de otros, como son: estrato socioeconómico, escolaridad, historia familiar, comunidad de origen y religión entre los más relevantes. Un dato que aparece en las entrevistas referente a la influencia de las presiones familiares en el deseo de maternidad, es la frecuencia del contacto con la familia de la pareja, en especial la madre política.

A continuación presentamos algunos ejemplos de los relatos de las mujeres estudiadas<sup>29</sup>, que a nuestro criterio, exponen la influencia de cada una de las categorías estudiadas en relación al deseo de maternidad. Cuando para todos los casos, la categoría se encontró ausente, se buscaron ejemplos de aquellos casos donde la narrativa empleada sea representativa de la ausencia de esta categoría.

*a) Ejemplos de la influencia del género en el deseo de maternidad:  
Lambda y Eta*

*Lambda*

Con respecto a su rol de hija, Lambda nos señala que le gusta que sus hermanos estén unidos, que se respeten y convivan. Sin embargo, menciona que existen muchos conflictos con sus hermanas por el cuidado de su padre, enfatiza: "son unas desobligadas con mi padre". Se ubica como una buena hija, que siempre vivió con sus padres y los procuró hasta los 27 años, cuando se casó con un vecino. Para ella sus hermanos varones siempre han sido una preocupación y se ha encargado de ellos desde la muerte de su madre. Como hermana, comenta que siempre trata de ayudar a sus hermanos, pero que con las que mejor se lleva es con las mujeres, pero que casi no las frecuenta porque ya tienen su familia. En cambio, señala, sus hermanos se comunican entre sí y "sólo me hablan cuando tienen problemas".

En su rol de amiga, menciona que se lleva mejor con mujeres más grandes, ya que las de su edad o más chicas "son creídas y presumidas". Como trabajadora, señala que lo que hace no le gusta. Comenta que en su trabajo es difícil convivir ya

---

<sup>29</sup> Para sustituir sus nombres originales, utilizamos de forma arbitraria otros tomados del alfabeto griego: Alfa, Beta, Delta, Eta, Gama, Kappa, Lambda, Sigma, Tau y Omega.

que son muy "pachangueros" y como ella no va a esas fiestas, la critican y hablan mal de ella.

Le gusta ser mujer, ya que dice que está unida a la familia a diferencia de los hombres, "es la que mantiene al hogar", por eso le gustaría tener hijos, "para tener un hogar unido". Si pudiera dejar de trabajar, se dedicaría a su casa. Se refiere a sí misma como "hogareña" y que nunca le ha molestado hacer labores de casa, ya que las viene realizando desde muy pequeña y se siente bien de haber ocupado el lugar de su madre cuando ella faltó.

Por todo lo anterior, para Lambda ubicarse en el rol tradicional para la mujer de ama de casa y madre, es un factor importante en el deseo de maternidad, por lo tanto, el género es un factor central (CM), en su deseo de maternidad.

#### *Eta*

Con respecto a su rol de hija, cree que ha tenido buena relación con su padre y que ha cumplido correctamente con las labores caseras que le asignaban de niña, pero que se hartó de su pueblo y de su casa, ya que su madre nunca la iba a dejar ser otra cosa que ama de casa, por ello se fue a estudiar a México. Su relación con sus hermanas es bastante mala, los sobrinos de los que habla y con los que se relaciona, son los de su esposo. Es muy amable con estos sobrinos a los que les gusta llevar a su casa por temporadas, pero no se lleva bien con su familia política. Le gusta mucho ejercer el rol materno con estos sobrinos, sobre todo cuando fueron bebés porque se imaginaba que eran los propios, fantasía que se ve reflejada en muchos de sus sueños. Señala que cuando se bañaba con ellos se los pegaba al pecho.

Como amiga, señala que lleva una existencia muy solitaria ya que dejó a sus mejores amigas en su pueblo y que aquí las relaciones son "interesadas e hipócritas". Como trabajadora expresa que no le gusta su trabajo, que ella hubiera querido ser maestra de preescolar, pero que por no tener dinero tuvo que seguir una carrera corta. No le gusta trabajar en la "burocracia", pero dice que con lo que le da su marido no le alcanza para nada.

Como mujer, se siente que no ha podido llenar su ideal, que es una pésima ama de casa y que su suegra se lo recuerda constantemente; pero está convencida que sería una buena madre, porque lo ha probado con los sobrinos que la quieren mucho.

Por todo lo anterior, creemos que para Eta existe en su imaginario femenino la ecuación mujer=madre, por lo que ante una vida social pobre y poco reconfortante, pone todas sus esperanzas de género en su realización como madre. Por lo tanto, creemos que el género es una presión central manifiesta (CM) en su deseo de maternidad.

***b) Ejemplos de la influencia de las presiones familiares en el deseo de maternidad: Eta y Sigma***

*Eta*

Por parte de su esposo: Eta menciona que su esposo deseaba tanto tener un hijo que hasta embarazó a otra. En una entrevista, éste reconoce el hecho, sin embargo, menciona que su único anhelo es tener un hijo con ella; que la ha apoyado siempre en todos sus tratamientos, pero que si no se logra, estaría dispuesto a suspender los tratamientos, siempre y cuando ella así lo quiera.

Padres: Su padre murió cuando era adolescente, la relación con su madre es tan conflictiva que evita visitarla y tocar el tema. Sucede lo mismo con sus hermanas, a las que envidia porque ellas si han podido embarazarse. Por otra parte, Eta cree que su suegra dejaría de presionarla si tuviera hijos y se ocupara en ellos.

Todos estos relatos nos llevan a inferir que la presión que Eta siente con respecto a sus familiares respecto a su propio embarazo es una construcción imaginaria, lo que sucede también cuando se compara con "la amante", donde ella interpreta una serie de datos (suegra, amante) desde un sentimiento de inferioridad por no haber podido embarazarse.

Por lo anterior, no creemos que exista una presión familiar sobre su deseo de maternidad (A).

*Sigma*

Esposo: Sigma menciona que su esposo la cuida y se preocupa por los tratamientos, no le gusta que la maltraten. Añade: "Me ayuda en todo, cuando estoy triste después de los tratamientos me manda con mi papá"

Padre: Sigma comenta que cuando visita a su padre éste le señala: " Si no has podido, sólo Dios sabe".

Suegra: Sigma relata que la visita una vez al año, pero que ella si la molesta y le reclama: " Ya queremos verte cargando... lo que hace falta es un nieto... ¿cuándo voy a salir y encontrar la sangre de mi hijo?" También su suegra comenta con otros familiares: "mi hijo se casó con una mula". Sigma lo resiente: "por dentro me siento muy mal".

Tía materna: la tía con la que convive, por el contrario la compecede y le comenta: "Yo que tú ya no me hacía nada".

Por lo anterior, consideramos que sólo los comentarios de la suegra son una presión periférica (P) manifiesta ya que no son permanentes y que estos se ven magnificados por otros factores adicionales como son el género y el hijo.

*c) Ejemplos de la influencia de la institución médica sobre el deseo de maternidad: Beta y Gamu*

*Beta*

Beta separa en su discurso entre su inclusión al FIV-TE, al que anhela e idealiza, y los demás tratamientos ginecológicos previos a los que ha sido sometida. Ella manifiesta desesperación y rabia contra los médicos porque después de un año de tratamiento no le hayan podido quitar una infección genital recurrente. Ella reconoce que ha sufrido mucho por los diferentes tratamientos a los que se ha sometido. Es más, menciona que en una ocasión en la que salió

adolorida, mareada y confusa, le habló a su esposo desde el hospital y cuando oyó la voz de éste, se soltó a llorar hasta que él le dijo que lo esperara, que saldría inmediatamente de su trabajo para ir por ella.

Beta se siente muy maltratada físicamente por los tratamientos, que podríamos pensar que aumenta su efecto psíquico por el hecho de que proviene de una comunidad donde todos los procesos íntimos femeninos y su cuerpo en general, deben de permanecer ocultos. Sin embargo, todos estos sacrificios "valen la pena" para ella, si con esto consigue su anhelada maternidad, por lo que concluimos que las presiones médicas son prácticamente ausentes en su deseo de maternidad.

### *Gama*

Gama se queja constantemente de que no le dicen los médicos lo que hacen. Comenta que ha sufrido el maltrato médico institucional: "Sólo el particular te dice lo que está pasando y te da más esperanzas, en cambio aquí me someto a todos los tratamientos y estoy en la misma, cada médico me dice una cosa diferente". Le preguntamos el por qué continúa tratándose en esta institución bajo estas condiciones, responde que no tiene dinero para hacerlo en otro lado. Dice que tiene miedo a llegar al límite de edad para permanecer en los tratamientos, que le dijeron es a los 38 años y que sigan sin resolverle nada. Todo lo anterior nos refiere que no hay una presión institucional para que realice su deseo de maternidad.

### ***d) Ejemplos de la influencia de la estructura de personalidad narcisista en el deseo de maternidad: Omega, Kappa, Lambda.***

#### *Omega*

De acuerdo con el eje narcisista, Omega presenta los siguientes indicadores:

Valoración del cuerpo: "Siempre he sido flaquita, delicada, un poco enfermiza. Durante mi primer matrimonio tuve unas infecciones genitales muy fuertes. Al principio que se me inflamaba el vientre pensé que estaba embarazada, después me di cuenta que mi esposo era muy coqueto y me pegó de todo. Por eso nos

separamos. Me vi mal, a punto de perder la matriz, desde entonces mi cuerpo quedó marcado". Es importante señalar aquí cómo el eje del cuerpo cruza por la matriz y la rabia contra el hombre que posiblemente la volvió estéril. Su desvalimiento marca una permanente devaluación de su ideal corporal a partir del eje narcisista.

Valoración parental: (Madre) Omega mantiene desde niña un rencor permanente hacia la figura materna, la describe como neurótica, enferma y frustrada. Omega refiere esa frustración a un noviazgo muy idealizado que su madre tuvo en la adolescencia, estuvo a punto de casarse con ese novio pero él se fue a trabajar fuera de México y ella por despecho, pensando que él nunca iba a regresar, se casó con un vecino que vivía con otra señora y tenía hijos, que es el padre de Omega. "Sólo si tiene problemas está a gusto, le tiene coraje a la vida, mi padre la golpeaba y se ausentaba con frecuencia, por eso su tristeza la aisló. Ahora le tiene asco, se vengaba con nosotros, era dura y nos pegaba".

(Padre) La relación con su padre no es mejor. Omega menciona que a éste siempre le gustaron las mujeres, "tuvo infinidad de ellas". Casi no lo recuerda de niña porque siempre viajaba. Regresó a vivir permanentemente con la madre de Omega cuando ésta ya estaba casada. Señala: "Es un inestable. No me gusta estar con ellos, siempre me peleo".

En estos dos relatos Omega habla de los sentimientos agresivos que tiene hacia sus padres. Pensamos que ello se deben a que su madre, atrapada por su pasado no la invistió libidinalmente de manera adecuada. Estos padres ausentes impiden la identificación libidinal necesaria para la constitución narcisística de Omega, por lo que su aspiración narcisista (Bleichmar, 1997) es la de ser alguien que goce del reconocimiento narcisista de un otro significativo que reemplace la falta de esa valoración o reconocimiento originario. La estructura narcisista de Omega corresponde a la definición de Bleichmar (1997) de *déficit primario de narcisización*, lo que le produjo un duelo temprano que se encuentra enquistado en su Yo.

Comprobación externa: Omega comenta que nunca le ha importado lo que dicen los demás: "cuando soy depresiva soy muy molesta, nadie me quiere hablar".

Refiere que se aisló mucho después de su divorcio. La condición narcisista de Omega se ve reflejada en un sueño: "Alguien había entrado a robar nuestra casa. Buscaban un Cristo que lo habían pintado con grafiti. Se llevaron una maleta llena de ropa. Después en una embarcación yo llevaba la maleta, iba a rescatar a mi hermano y a mi marido pero el mar se los llevaba. Me caí y llegué al fondo, me decía a mí misma, ¡tengo que salir!, pero nadie me ayudaba". Omega recuerda que ese Cristo ella se lo había regalado a su mamá y que en su sueño tenía escrito el nombre de su hermano menor, señala que este hermano está sobreprotegido por su mamá.

El sentimiento de robo, despojo, caída, nos habla de algo que ella viene señalando desde hace tiempo, la irrupción de una depresión narcisista ante el fracaso de sus defensas. El masoquismo narcisista que presentaba como valoración ante el sufrimiento por las enfermedades referidas anteriormente, está perdiendo su eficacia. La identificación con esos padres fríos e indiferentes retorna de manera aguda en este sueño, no hay nadie que la rescate de ese naufragio que es la percepción que tiene de su vida y de sí misma: "Por dentro me estoy haciendo polvo, no me gusta ser vulnerable; no me gusta ser débil, no me gusta sufrir, me hace daño hablar". Discurso de tintes narcisistas donde ella se ubica como Negativo del Yo Ideal.

Por todo lo anterior, se establece que la influencia de la estructura de personalidad narcisista es central (C) en su deseo de maternidad.

### *Kappa*

En la actualidad padece de una enfermedad de la piel desde hace cuatro años: "el médico dice que es nervioso. Con esas manchas no me gusta verme al espejo". Esto podría manifestar un complicado proceso psicossomático, posiblemente debido a una desinversión narcisista.

## Valoración parental:

(Madre): "Ella tenía un carácter bonito. Siempre me hablaba en diminutivo, al final era más mandona, le gustaba ser la jefa de la familia. Siempre extrañó como yo el campo, ahí fuimos más libres. No perdonó nunca a mi padre por haberla abandonado y quitarle a sus hijos mayores. Para mantenernos, tuvo que trabajar mucho. Sufrió demasiado con su enfermedad, para mí fue intolerable su agonía, la extraño tanto. Nos hablábamos todos los días. Todas las noches lloro diez minutos al ver su foto, no puedo soportar que ya no vive. Mi hermana no puede dejar el departamento donde vivía con ella, dice que sería una traición".

(Padre): "Nos trató bien pero era exigente, se burlaba de nosotros. Nos dejó por otra señora. De chica le tenía miedo, cuando visitaba a mamá me escondía porque ella me decía que nos quería secuestrar. Se repartieron a los hermanos, los grandes con él, pero al hermano mayor lo maltrataba y golpeaba. En cuanto pudo él regresó con mi mamá, ella lo consentía mucho, ahora le guarda rencor a mi papá".

Kappa presenta un *déficit primario de narcisización* (Bleichmar, 1997), ya que no sólo hubo una imposibilidad de colocarla en el lugar del Yo ideal, sino que su constitución narcisista se vio dificultada por la imposibilidad de diferenciarse de su hermana y posteriormente de esa madre que quedó pegada a las dos sin diferenciación; Kappa siempre vive bajo la nostalgia de un retorno a un momento imposible, a una tierra, a una familia, a un padre que la separara de la madre. Aquí, su identificación narcisista es con un Yo mítico. Su aspiración narcisista es la de desear ser alguien que goce del reconocimiento narcisista de un otro, depende de la mirada y favores de ese otro idealizado, en su caso la figura materna.

(Esposo): La historia de la relación de Kappa con su pareja la expresa de la siguiente manera: "mi marido es frío, no ha dejado de pensar en su primera mujer, no quiere tirar sus cosas del desván, hace poco le descubrí sus fotos ocultas. La primera relación sexual fue muy apasionada, luego pensé que le hacía el amor a ella". Kappa tolera la relación de pareja porque ambos cargan un secreto: están

unidos a alguien más, él lleva el duelo de su mujer y sus padres; ella, el de su madre. Vacío en el ser que ambos quieren tapar con un hijo.

Valoración externa: Desde pequeña tiene un problema con el exterior: no le gusta que la llamen por su primer nombre: "A mi abuela paterna no la quise, trató mal a mi mamá, para mí su nombre es un insulto, siempre me lo quito". También referente al nombre tiene un problema de identificación: "De chica me decían "la recogida" porque me llamo como la niña huerfanita de una telenovela de ese tiempo. Enunciado Identificador que en la actualidad ve su cumplimiento; se vive como huérfana, situación que la ubica en un lugar intolerable, donde esta ausente su madre.

Kappa menciona que desde que se casó, se olvidó de sus amistades, pero parece un pretexto ya que en su historia libidinal nunca hay mayor interés en lo social. Comenta que no fue noviera, hasta los 20 años empezó a salir, siempre le tuvo miedo a las relaciones sexuales.

Kappa está utilizando como compensación narcisista el denominado *masoquismo narcisista* (Bleichmar, 1997), donde el autosacrificio aparece por puro placer narcisista. La esterilidad y el sufrimiento por la pérdida de su madre y sus problemas maritales la hacen verse como superior ante los demás, nadie ha sufrido como ella. Sin embargo, esta compensación empieza a resquebrajarse y a dar entrada a una depresión narcisista, con toda la desinvertidura que ella acarrea. Este momento de *fading* (desvanecimiento del sujeto) queda ejemplificado en uno de sus sueños: "Trabajaba en mi oficina y empezaba a temblar y todo se caía; me preocupaba mi mamá que estaba en el hospital porque se había caído; quería buscarla, no creía que ya estaba muerta". El no poder ocupar ese lugar de maternidad, que tape el vacío de su madre muerta, se vuelve cada día más intolerable, por lo que las defensas narcisistas empiezan a fracasar.

Por todo lo anterior, encontramos que las fallas narcisistas tienen un papel central inferido (CI) en su deseo de maternidad.

*Lambda*

De acuerdo con el eje narcisista, Lambda presenta los siguientes indicadores:

Valoración del cuerpo: Lambda no recuerda su imagen corporal infantil o juvenil: "siempre he sido la misma, nunca he subido o bajado de peso". No obstante, cree que los tratamientos si han influido en su imagen corporal y en su sexualidad: "Me hicieron una incisión, pero me dejaron una cicatriz muy fea, pasé un año sin poder verme al espejo y no dejaba que mi marido me viera, me daba pena". Señala que sus relaciones sexuales mejoraron cuando les dijeron los médicos que se suspendían las relaciones sexuales obligatorias porque pasaban a los TRA.

También relata que le tiene mucho miedo al cáncer, que fue la causa de la muerte de su madre y que se explora frecuentemente los senos, porque "ya me han salido bolitas, dijo el doctor que fueron psicológicas".

La preocupación somática de Lambda nos muestra una identificación parcial con la madre enferma y doliente. El horror ante la cicatriz en el vientre puede apuntar a tres interpretaciones acerca de representaciones que pueden estar presentes en este sueño: "Me operaban del ovario y me sacaban una tripita y luego me ponían otra".

- Un problema de diferenciación entre el adentro y el afuera, donde la cicatriz es el representante de la imposibilidad de fijar límites (corporales), ya que ésta puede abrirse y dejar expuesto lo interior.
- Un vínculo imaginario entre su nacimiento y el hijo deseado (que asocia con la cesárea)
- Una representación fantaseada y condensada de diferentes heridas narcisistas al Yo.

Todo lo anterior apunta a que investiduras del Yo cuerpo son vividas como productoras de displacer, pero al mismo tiempo dan una valoración narcisista a ese cuerpo sufriente (*masoquismo narcisista*).

Valoración y aceptación parental: (Madre): Lambda nos narra: "Mi madre sufrió mucho porque mis hermanos son unos fracasados. Me parezco a ella físicamente; ella era noble y débil. Siempre estaba en casa cosiendo. Se inclinaba más por mis hermanos enfermos. Las dos lloramos mucho cuando murió mi hermano. Ella murió de cáncer y le quitaron el busto, pero no se quejaba, siempre preguntaba por los hermanos. Era distante con nosotras, nunca hablaba de cosas íntimas".

El parecido de Lambda con su madre no sólo es físico. La identificación con esa madre doliente y sufrida ha marcado de forma importante su identidad, su valoración y sus expectativas futuras.

(Padre): Lambda nos comenta de su padre que es "protector con los hombres, si mi hermano se endrogaba mi papá pagaba, siempre le tapaba sus cosas". Menciona que los hombres siempre han sido más débiles, ya sea con problemas o enfermos. Siempre tuve que cuidarlos porque mi papá me decía: "vigila a los niños". Enunciado Identificatorio que ressignifica las fantasías escópicas y las sitúa en la posición de guardián de la familia. Comenta que no se lleva muy bien con él: "Lo culpo por no haberle dado rehabilitación a mi hermano (de la polio) por cerrado y desidioso, era de carácter fuerte y no lo convencían. Me daba lástima mi hermano, recuerdo que de chiquito traía una chamarra roja y yo iba tras de él porque se caía mucho. También cuidé a otro hermano cuando tuvo bronquitis; el que se murió estuvo mucho tiempo en cama". Lambda recuerda un sueño reciente asociado con su padre "Soñé el otro día que mi hermano le pegaba a mi padre y le ponía un ojo morado".

Es interesante ver en estos relatos la posición de ella en la familia, sufriente pero fuerte, que contrasta con la de los varones, débiles, enfermos, manipulados. El sueño tiene una estructura similar al texto freudiano de "Pegan a un niño" (1919), pero donde la agresión no proviene del padre, sino de un hermano; ésta es una forma invertida del primer tiempo del fantasma, donde mediante a una transformación reflexiva (niño activo, padre pasivo), se trata de vindicar el recuerdo encubridor donde el padre abusa sádicamente del hermano débil y enfermo (doble de su Yo). Al ponerla el padre como guardián de la casa la coloca

en una posición activa, pero defensiva ante esa vuelta contra sí mismo (masoquista): La necesita para tapar la debilidad masculina (contrato narcisista), pero al costo de una elevación narcisista del sufrimiento y del papel femenino ambivalente central para esa familia. Estas identificaciones imaginarias conllevan no solo fantasías de seducción, sino también el deseo de castigar a ese padre "terrible" que no cumplió con su papel (de representante de la ley).

Comprobación externa: La vida de Lambda siempre ha girado alrededor de su familia; señala que su padre no le dejó estudiar más para que cuidara a sus hermanos y le ayudara a su taller. Su único novio fue su marido que era vecino del lugar. Sus preocupaciones siempre están alrededor de su familia por lo que ha sido incapaz de exponerse a ambientes extrafamiliares. Su vida externa se ha circunscrito a los diferentes tratamientos ya que, como hemos mencionado, sólo se relaciona con mujeres que pone en un lugar maternal, es decir, que le den consejos y aprobación.

Lambda tiene una pobre valoración de sí misma y de sus capacidades ya que sus identificaciones se realizaron con padres que la valoraron por el rol familiar que debía de sostener, lo que le produce ansiedades narcisistas ante las que se defiende mediante retracciones o evitaciones y principalmente mediante la puesta en escena de un masoquismo narcisista, que le ayuda a elevarse desde el sufrimiento.

Como Lambda todavía tiene puestas sus esperanzas (idealizaciones) en el tratamiento y en el papel de su hijo imaginario, no se ha presentado aún un colapso narcisista que le provoque caer en una depresión narcisista; pero esta circunstancia aparecerá en el momento que el contrato narcisista con el padre (de ser pilar y fuerza de la familia) se rompa ya sea por la imposibilidad real de tener ese hijo y continuar este contrato o por aspiraciones narcisistas parentales.

Por lo anterior, la estructura narcisista de la personalidad es un factor central (C) inferido en su deseo de maternidad.

*e) Ejemplos de la influencia del hijo imaginario en el deseo de maternidad:  
Delta y Sigma*

*Delta*

Para Delta es muy importante el tener un hijo, pero lo anhela con ciertas características: "No se me antoja la adopción porque no quiero a un niño que no se parezca a mi esposo. Me he obsesionado en que sea niño y se parezca a él". De ninguna manera Delta desearía tener una niña y ha fantaseado con la idea de pedirles a los médicos una manipulación genética para que en la fecundación se logre un varón; dice que quiere un niño "porque los hombres tienen un mundo menos conflictivo, cuando tenga un hijo lo pondría a estudiar karate y piano".

Estas fantasías hablan del anhelo del hijo como objeto de la actividad narcisista, ya que la proveería además de una valoración social, la de poder ubicarse por medio de ese hijo imaginario en ese niño idolizado que le hubiera gustado ser. También en relación con las fantasías edípicas podría ser ese hijo imaginario el representante del falo (ecuación simbólica pene=bebés) reducto del complejo de castración.

Sus fantasías narcisistas de manipulación genética confirman la necesidad del hijo, más como un objeto de la actividad narcisista que como un objeto libidinal, ya que este hijo le ayudaría a completar las necesidades y aspiraciones del Yo ideal que sólo ha podido construir fallidamente a lo largo de su vida. Entonces ella busca al hijo como un deseo de completud y perfección, puesto que no lo reconoce como alter, sino como aquel que le permite un regreso a un narcisismo perdido. Existe una competencia (¿por el afecto de la madre?) en relación con su hermana: "tengo envidia de mi hermana, porque ella si pudo tener hijos y no los aprecia".

De acuerdo a lo anterior, derivamos la idea de que para Delta, el hijo imaginario es central (C) inferido en su deseo de maternidad.

*Sigma*

Sigma señala continuamente que lo que le hace falta es un hijo, lo que se ve reflejado en sus sueños: "Me veo gorda y que mi esposo me compra vestidos. Me veía con un bebé al lado, peloncito. Desperté y dije: Diosito no me va a dar uno. Si Dios y la virgen quisieran..."

Menciona que le gustaría que fuera niño como su propio padre. Ésta frase nos habla de ese deseo imaginario de tener un hijo del padre. Es importante señalar, por otra parte, que existe una relación transferencial con la figura del médico del que imaginariamente espera el hijo: "El otro día soñé que un doctor vestido de blanco me dio la noticia de que estaba embarazada. Chillaba de felicidad, pero él me daba unas pastillitas no sé para qué y me decía que no le diera a mi esposo la noticia sino hasta en no sé cuantos meses".

La figura del marido como secundaria, relegada, no sólo aparece en la preeminencia de su padre, sino en el desplazamiento en el tratamiento y en el médico responsable en su papel en la paternidad de su hijo: "A mi hijo del tratamiento lo voy a querer más que si tuviera relaciones con mi marido".

Sigma nos muestra que su deseo de maternidad está referido más a un deseo de embarazo ( y de la posición identificatoria que lograría con éste), que a un deseo de hijo, visto éste último como un alter al que se le ayudará a construir un proyecto identificatorio. Por lo que consideramos que el hijo imaginario es central (C) inferido en su deseo de maternidad.

*f) Ejemplos de la influencia de los efectos secundarios del tratamiento médico en el deseo de maternidad: Tau y Beta.*

*Tau*

Tau menciona algunos efectos secundarios del tratamiento hormonal como son una subida importante de peso, insomnio y calor en la madrugada, efectos que

terminaron con el cese del tratamiento hormonal. Sin embargo refiere que padece de insomnio y de crisis de angustia por la noche, pero no los puede relacionar directamente al tratamiento. La insistencia de catorce años en todo tipo de estudios y tratamientos para la esterilidad nos hace pensar en la existencia de un masoquismo narcisista presente, ya que no ha estado su vida en ningún peligro físico que justifique la necesidad de seguirse sometiendo a los diferentes tratamientos.

Por lo anterior, inferimos que los efectos secundarios del tratamiento médico no tienen ninguna influencia (A) en su deseo de maternidad.

#### *Beta*

Beta no refiere ningún efecto secundario producto del tratamiento hormonal al que ha sido sometida. Solamente señala que "cada vez que termino los estudios (se refiere a los ultrasonidos y laparoscopías) me dan ganas de llorar". Es una sensación de desvalimiento que se ha presentado constantemente a lo largo del tratamiento, pero estos síntomas como se mencionó antes no son efecto del tratamiento sino más bien producto de sus defensas narcisistas, por lo que inferimos que los efectos secundarios del tratamiento son ausentes desde el punto de vista médico en su deseo de maternidad, sin embargo, no hay que dejar de resaltar que este factor ayuda a reafirmar su masoquismo narcisista.

En la siguiente página presentamos de manera gráfica el resultado de la centralidad de las categorías de los diez casos estudiados a profundidad:

## CENTRALIDAD DE LAS CATEGORÍAS

	$\alpha$	$\beta$	$\delta$	$\epsilon$	$\gamma$	$\kappa$	$\lambda$	$\sigma$	$\tau$	$\omega$
<b>GÉNERO</b>	CI	PI	A	CM	A	CM	CM	CM	CM	PM
<b>PRESIONES FAMILIARES</b>	PM	A	CM	A	A	A	PM	PM	A	A
<b>INSTITUCIÓN MÉDICA</b>	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
<b>ESTRUCTURA NARCISISTA</b>	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI
<b>HIJO IMAGINARIO</b>	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI	CI
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
<b>OTROS</b>	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

CM- Centralidad Manifiesta    PM- Periférica manifiesta    A- Ausente    I- Centralidad Inferida    PI- Periférica inferida  
 Alfa -  $\alpha$     Beta-  $\beta$     Delta-  $\delta$     Eta-  $\epsilon$     Gama-  $\gamma$     Kappa-  $\kappa$     Lambda-  $\lambda$     Sigma-  $\sigma$     Tau-  $\tau$     Omega-  $\omega$

#### 4.2.2 Voz Narrativa

Como señalamos anteriormente, utilizamos el recurso de la construcción de una voz narrativa que como caso "ideal", muestre los elementos comunes que comparten los diez casos estudiados a profundidad, así como la complejidad de la problemática estudiada. Decidimos nombrarla "María". A continuación exponemos en forma de relato esta construcción hipotética:

#### MARÍA

María toca con suavidad la puerta, me pregunta si soy la psicóloga. Sus movimientos son lentos y espaciados. Le explico en que consiste mi intervención y le aseguro confidencialidad.

Tiene 36 años, es de estatura baja, un poco regordeta, de tez morena; viste de forma sencilla, un par de aretes a lo más. El pelo lo recoge con una diadema. No usa maquillaje, apenas una tenue capa de labial. Existe una tensión en la expresión de su rostro. Siempre trae consigo una bolsa de mano grande que pone en su regazo, a veces la abraza ligeramente. Su voz es pausada, un poco baja, sin muchas tonalidades.

Estudió para ser secretaria bilingüe en una escuela comercial. En la actualidad trabaja en una oficina del gobierno federal. Está casada desde hace nueve años, su esposo tiene 40 años, es vendedor y trabaja como taxista por las tardes. Lo conoció en casa de unos vecinos; desde entonces se frecuentaron y al año y medio empezaron a vivir como pareja, pocos meses después se casaron. Menciona que "se cuidó" el primer año, pero al siguiente decidieron ya tener hijos, pero como pasaba el tiempo y no se embarazaba, comenzaron a ver ginecólogos particulares y curanderas sin ningún resultado, entonces se angustiaron y buscaron ayuda más especializada en las instituciones de salud pública.

Su historia médica condensa en buena parte la de muchas mujeres que solicitan el tratamiento de esterilidad. Se le diagnosticó la esterilidad en su clínica

regional desde hace seis años. Desde entonces, ella ha sido sometida a estudios y tratamientos que valora como molestos y algunos muy dolorosos: Salpingografías, dos laparoscopías para recanalización, además de secuencias hormonales, estudios de laboratorio y ultrasonidos; sin embargo, todos estos estudios y tratamientos han sido infructuosos. En el hospital de zona le dijeron hace un año que la única posibilidad de embarazo eran los TRA en un hospital de tercer nivel. Al llegar aquí le explicaron en qué consistía y en sus bajas probabilidades de éxito. A pesar de todo, ella cree que vale la pena seguir intentándolo hasta el final.

Su esposo, José, la apoya en el tratamiento; nos comenta que ya está un poco cansado de éste pero que la va a ayudar en lo que pueda. Menciona que se preocupa por ella cada vez que la han internado, pero no se lo dice para no mortificarla. Para él es importante tener hijos para formar una familia y educarla, pero que si no tienen herederos, estaría tranquilo, no quiere pensar todavía en la adopción.

María llegó de cuatro años al D.F., es la tercera de seis hermanos, tres de ellos varones; durante varios años ayudó a su madre con las labores del hogar. Su madre muere a los diez años de un cáncer mamario complicado con diabetes. Ella se quedó a cargo de sus hermanos menores, las más pequeñas mujeres ya que los mayores ya trabajaban. A continuación nos narra su historia:

*Yo era chica cuando mamá murió. Desde entonces me encargué de la comida, las pequeñas me ayudaban con las labores domésticas. Mi padre hizo una nueva pareja con la que tuvo dos hijos, pero esa relación sólo duró seis años. Ahora vive con uno de mis hermanos mayores que se acaba de separar. Mis padres eran de un pueblito de Michoacán; se vinieron a México siendo nosotros niños, porque el campo estaba muy seco y la familia era grande. Se instalaron en un terrenito en Xochimilco, y para ayudarse cultivaban algunas plantas que vendían en el mercado.*

*Mi papá trabajó como electricista en una empresa y ahora vive de su pensión. Mi mamá se dedicaba al hogar y a veces ayudaba a arreglar novias y quinceañeras. Ella era apacible, poco afectuosa, muy sufrida; si mi papá llegaba borracho se quedaba callada y se encerraba en su cuarto. Siempre nos defendió, la*

*extrañé mucho cuando se fue. Mi papá era buena persona pero corajudo, si tomaba sus copas la agarraba contra el primero que veía. Mis hermanos mayores se llevaron la peor parte, por eso están tan amargados. Uno se fue de mojado y no quiere ya regresar, mis hermanas chicas se casaron y las dos tienen niños pequeños que a veces me los llevan a cuidar.*

*Yo le ayudaba a mi mamá con el quehacer, ella sólo hablaba para dar ordenes o regañar a mis hermanos. Sufrió mucho en la vida, primero con sus padres que la pusieron a trabajar desde pequeña, después por los problemas con mi papá. A él lo conoció porque eran vecinos en el pueblo, se casó chica y luego luego tuvo hijos; nunca se quejó. Mi papá entristeció cuando dejó su tierra, se volvió muy retraído y regañón, cuando bebía nos insultaba. Yo trataba de no hacerlo enojar porque si no, sacaba el cinturón y agarraba parejo. Siempre me decía: "cuida a tus hermanos, ayuda a tu madre, estate atenta de la comida".*

*De niña no fui muy agraciada, como era un poco gordita, me daba pena, no quería que se burlaran, por lo que siempre me tapaba mucho, con suéteres y ropa holgada; además, nunca me compraban ropa nueva, usaba la que dejaban mis primas. Era muy solitaria porque como quedé en medio de los hombres no me dejaban salir con ellos a la calle y las pequeñas eran bebés y lloraban mucho. Prefería jugar con alguna muñeca vieja. A veces sueño con el pueblo de mis padres, estaba en el monte con los animalitos, y tenía que bajar porque era tarde y peligroso, de lejos veía mi casa, pero no podía entrar, todo estaba cerrado. Creo que ese sueño era una premonición de lo que me pasa ahora, veo todo desde lejos, sola; tengo miedo de caer y quedarme fuera.*

*No tenía amigas; en la escuela era un poco torpe, no me gustaba jugar en equipo por miedo a que se burlaran de mí. De repente tenía compañeros con los que platicaba, pero nunca hice una relación profunda porque creía que no les caía bien. Tampoco en el trabajo me relaciono mucho, son todas unas viejas chismosas que sólo están pendientes de lo que uno no hace. Yo sé que cuando se reúnen se la pasan criticando, no son constructivas, sólo presumen de sus hijos.*

*No fui noviera, le tenía miedo a los hombres; algunos muchachos me buscaban para las fiestas pero nunca tuve relaciones sexuales hasta que conocí a José, él era*

*mi vecino, al poco tiempo decidimos vivir juntos. Nunca me ha gustado mucho el sexo, con los tratamientos me he puesto un poco tensa, sobre todo en la época en que me pidieron tener relaciones sexuales programadas. Mi esposo me comprende, y dice que no me quiere presionar.*

*No me gustaba mucho la escuela, pero sí disfrutaba algunos libros que me prestaban. Ahora limpio mi casa cuando regreso de trabajar, como llego cansada, ya no tengo ganas ni siquiera de ver la tele. Los fines de semana arreglamos la casa con José y vamos de compras. Me cansa el trabajo doméstico, tendría más sentido si lo hiciera para mis hijos. Entre semana mi esposo llega de noche, mientras tanto la casa se siente sola, vacía.*

*José tiene su carácter, a veces explota, dice que lo saco de quicio porque no le contesto y me quedo callada, pero en general es amable y comprensivo, de vez en cuando bebe con sus amigos. No le gusta salir, pocas veces vamos al cine. Mis suegros son de Hidalgo, los vemos poco, de vez en cuando me lanzan indirectas, yo me hago la que no oigo, como cuando mi suegra comentó: "¿para cuándo el nieto?"*

*El tratamiento ha sido pesado y a veces muy doloroso, sobre todo cuando me inyectaron aire, esos tratamientos me dan miedo, nunca sabe uno lo que va a pasar. Creo que las hormonas que me dan me han hecho subir un poco de peso, a veces me cambia el humor y de repente me enojo con facilidad. Sobre todo, después de que me baja la regla me siento muy triste, me dan ganas de llorar. Mi marido dice que me ve desesperada y me comenta: "no sufras tanto, mejor nos quedemos así".*

*Tengo muchas ganas de tener un hijo, es lo que más anhelo en este mundo. Ya quiero verme al espejo con una panzota. Sueño a menudo que tengo a mi bebé en mis brazos y de repente desaparece, no sé si se lo llevan o lo pierdo, cuando despierto me siento más triste todavía y me pongo a llorar. Me gustaría que fuera niño, que tuviera mi carácter, pero que no sufriera lo que yo sufrí. Lo llevaría a la escuela y a las fiestas infantiles para que se sintiera orgullosa de mí. Quisiera darle todo lo que no tuve, que logre lo que yo no logré: educación, una familia unida y padres cariñosos. Si tuviera un hijo, ¡qué no haría por él!*

*Creo que soy una hija responsable, me preocupo por mis hermanos y mi padre; hasta mi esposo me dice que no me meta, que resuelvan su vida solos; pero no puedo, mi mamá me los encargó antes de morir, pero ellos sólo me buscan cuando tienen problemas. A mi mamá la recuerdo mucho y me da tristeza, me pongo muy sensible el mes de mayo, la recuerdo y la extraño. También lloro por mí, si no soy madre me voy a quedar muy sola. No sé si podré soportarlo. Si quedara embarazada dejaría de trabajar para dedicarme al bebé, ya lo hablé con José y está de acuerdo. Cada día creo más que necesito algo por qué vivir.*

*Me siento mal cuando tengo citas o estudios en el hospital, a veces me regañan y eso me molesta; siempre me cambian de médico, y cada vez tengo que volver a platicar todo de nuevo. Me confunden, ya no entiendo bien qué pasa, sólo me dan largas, y me repiten los estudios una y otra vez, sólo uno que otro médico me da esperanzas. Yo sé que este programa no tiene mucho éxito, pero Dios siempre hace milagros. Si no es aquí buscaré en otros lugares, he pensado regresar con las que soban, sólo sé que no hay que perder la fe. He sufrido mucho pero creo que si tengo a mi bebé, todo habrá valido la pena.*

*María termina sus entrevistas con un dejo de nostalgia en su voz. Hubiera querido ser diferente, poder cambiar su historia: *Tantas mujeres que abandonan y golpean a sus hijos y yo no puedo ni sentir, aunque sea por poco tiempo lo que es estar embarazada; algún pecado he de haber cometido para que Dios me castigue así, pero sólo Él dirá.**

#### 4.2.3 Interpretación de la voz narrativa

Análisis de los constructos teóricos del caso *María*

##### 1.- Influencia del género en el deseo de maternidad

Lo femenino y la feminidad están vinculados íntimamente en el imaginario social a la maternidad. Son las diferentes ideas, prácticas y discursos con los que una sociedad concibe o comprende a las mujeres en relación al hecho de ser progenitoras. La concepción de sí misma como mujer va a diferir si se comprende a la maternidad como una forma de vida o como la esencia de la feminidad y la justificación de la existencia de la mujer. Por eso es tan importante considerar, cuando una mujer se enfrenta a la esterilidad, qué concepto tiene de sí misma, relacionado con el imaginario social que la rodea, y que forma parte de su concepto de sí. De esta manera, analizaremos como se percibe María en su rol de hija, hermana, pareja, amiga, trabajadora si fuera el caso, ya que es través de estos papeles como podemos inferir su identificación con roles diferentes al de ser madre.

En su calidad de hija y hermana, María se vive como el eje de su hogar; ha ayudado a criar y educar a sus hermanos, desde muy pequeña ha interiorizado el rol maternal y de encargada de las labores domésticas. Atender al padre y cuidar y administrar la casa, son ocupaciones que ella ha aceptado y que constituyen parte de su identidad; ser hija y al mismo tiempo ocupar el lugar de la madre-esposa ausente son formas complementarias que fueron constitutivas de este papel social.

Como esposa, actualmente cumple con sus obligaciones tradicionales maritales y domésticas, sin embargo, esto no le satisface plenamente. Ella nos relata que quisiera utilizar su tiempo y esfuerzo en el cuidado del hijo anhelado.

Como trabajadora, de acuerdo con sus palabras, no se siente satisfecha con lo que hace; lo vive como rutinario y poco gratificante; es un medio de vida pero no

un espacio para la realización personal. Parece como si sus metas y proyectos se hubieran constituido de manera frágil y poco a poco se han ido debilitando para sustituirse por el de la expectativa de ser madre.

Como amiga, se percibe a sí misma con dificultades para la relación con sus compañeras de trabajo, a las cuales ve como rivales y persecutorias. Su aislamiento cada día va en aumento y su círculo social se restringe a algunas visitas familiares y al contacto cotidiano con su pareja.

Como mujer no se siente completa, vive como un fracaso el no poder cumplir con el imaginario social donde quedan reunidos los conceptos de mujer y madre. Al no existir otro papel social en la vida que la satisfaga, se acrecienta la importancia subjetiva de su esterilidad.

Por todo lo anterior, encontramos desde el imaginario social una explicación importante para su deseo de someterse a los tratamientos de fertilización. Lo que nos lleva a deducir que este constructo teórico influye de manera central (C) en su deseo de maternidad.

## 2.- Influencia de las presiones familiares en el deseo de maternidad

Las presiones familiares, especialmente las que provienen de la pareja, los padres y los suegros, ejercen un grado de influencia específico sobre todo en algunos estratos socioeconómicos, donde las relaciones con la familia extensa actúan de manera importante en la subjetividad de la mujer.

En general, en algunos casos suelen existir manifestaciones explícitas, sobre todo de la pareja en el sentido del abandono o de la infidelidad, pero creemos que es la interpretación subjetiva que da la mujer a las amenazas o insinuaciones del medio familiar, lo que las constituye como presión e influencia importante en la decisión de la maternidad.

María reconoce que se siente incómoda, molesta por las expresiones y actitudes de su familia, sobre todo en política. Sin embargo, estas presiones, leves

en sí, adquieren su fuerza en la red simbólica a través de la cuál ella se mira: la de alguien en falta, que no puede acceder a un lugar social de respeto y reconocimiento. Por parte de su marido no existe una amenaza o presión explícita alguna para que tenga hijos.

Inferimos entonces que si bien no encontramos una presión familiar directa en su deseo de maternidad, los comentarios, sugerencias y actitudes de su familia acerca de su esterilidad, constituyen un factor periférico (P) en dicho deseo. Proponemos que la metabolización que ella hace de estas frases y conductas se relaciona más bien con el sentimiento de sí, que se resignifica con la esterilidad.

### 3.- Influencia de la institución médica sobre el deseo de maternidad

Como habíamos mencionado, los tratamientos de fertilización de alta especialidad en México han tenido un mediano éxito a nivel privado. Sin embargo, las instituciones de salud pública o de seguridad social han tenido dificultad en llevar a la práctica dichos procedimientos en forma continua y/o exitosa. Es por ello que las mujeres que se someten a estos tratamientos dentro de la seguridad social, tienen que enfrentar algunos obstáculos específicos. En general, estas mujeres pasan por un periodo largo para el diagnóstico definitivo de esterilidad y la canalización al tratamiento adecuado.

En el caso de María, ella nos narra que ha tenido que soportar dificultades y demoras en sus tratamientos de fertilización. A pesar de esta frustración y el cansancio explícitos, no registra en su discurso un deseo de abandonarlos. Podemos inferir que ella ni siquiera puede plantearse cualquier posible deseo de abandono, porque todos sus ideales asociados a la maternidad quedarían cuestionados.

La institución médica está presente como un referente permanente. María ubica, al personal médico, en el lugar del perseguidor o del fertilizador, aquel que da la vida.

Sin embargo, la institución médica como tal es un factor ausente (A) en a su deseo de maternidad.

4.- Influencia de las fallas en la estructura de personalidad en el deseo de maternidad

Dentro de nuestra investigación, hemos determinado, como una hipótesis, que muchas de las mujeres que se someten a tratamientos de fertilización, poseen una estructura de personalidad de tipo narcisista y que la insistencia que demuestran para ser incluidas en dichos tratamientos y las depresiones que padecen cuando se les diagnostica la esterilidad, además de la franca dificultad para salir de ellas, expresan algo de base: una baja valoración de sí (autoestima) y un estancamiento libidinal, elementos centrales en el concepto de narcisismo y que están presentes en la mayoría de las patologías narcisistas, como lo mencionamos en el marco teórico.

Hemos observado que estas condiciones son estructurales y que son resignificadas y agravadas, pero no generadas por el hecho de la esterilidad. En particular, el eje narcisista que se constituye en la primera infancia y que es el generador del sentimiento de sí. Este está conformado por el sentimiento de integridad y aceptación corporal, el amor y reconocimiento de los padres, y por último por la comprobación exterior de los logros personales (relacionados con los ideales). Cuando este eje narcisista presenta fallas en alguno de sus componentes (o en todos como en la psicosis), nos enfrentamos a patologías narcisistas más o menos severas.

Es por ello que analizar los elementos del eje narcisista nos proporciona información que nos ayuda a concluir si existe o no una estructura narcisista de la personalidad, que influya de manera importante en su deseo de maternidad. En el caso de María, las fallas en su eje narcisista los inferimos de la siguiente manera:

Valoración del cuerpo: Al verse con sobrepeso y poco agraciada, hace de su cuerpo algo poco valioso. Esto se refuerza en la pubertad donde su cuerpo no es sinónimo de algo deseado sino que debe ocultarse. Su cuerpo se encuentra lejos de su ideal de perfección.

Aceptación de los padres: Independientemente de la realidad de si fue querida o valorada por sus padres, la percepción que tiene ella es que no la miraron suficientemente y no se ocuparon de ella, esto produce una tensión narcisista entre el Yo y el Ideal, lo que genera a su vez una valoración de sí pobre y un sentimiento de fracaso al no poder saber lo que sus padres desean de ella. Por otra parte, el duelo provocado por la muerte de la madre, hace que su lugar identificatorio sea cuestionado al no sentirse querida, abandonada y sin poder elaborar la rabia que produce una madre con tintes melancólicos o depresivos. Desinversión inicial que produjo una identificación defectuosa con la imago materna. El Yo Ideal como primera estructura narcisista, y antecedente del Yo, es una nostalgia de la mirada de la madre, y, en el caso de María, sus primeras identificaciones son con una madre y con un padre que la miran como quisieran que ella fuera y como no es.

María no puede separar lo que hace de la percepción que tiene sobre sí misma. Aparentemente no existen éxitos o logros que le permitan sentir una seguridad personal. Sus relaciones con el mundo exterior oscilan entre lo ideal y lo devaluado. La única persona que considera bondadosa es su esposo. En su discurso se manifiesta la presencia permanente de conductas de sufrimiento y resignación, lo que nosotros consideramos como una expresión del llamado *masoquismo narcisista*, que como señala Bleichmar (1997), le permite tener un sentimiento de superioridad a través de la conducta de sacrificio. Esta forma defensiva se refuerza con la asistencia a los tratamientos médicos, ya que para ella sufrir para ser madre la eleva ante los demás, como una forma de sacrificio que le permite alcanzar un nivel ideal en el Yo, y soportar de alguna manera el vacío interior.

Después de analizar la historia personal de María, concluimos que pertenece psicodinámicamente a la clasificación de *déficit primario de narcisización* (Bleichmar, 1997), ya que posee las cuatro características definitorias de la misma<sup>30</sup>. Podemos reconocer en la personalidad de María las siguientes condiciones narcisistas:

---

<sup>30</sup> Déficit primario de narcisización: La persona se deprime por no ser como los demás; sus padres no aportaron una imagen valorada de sí con la que pueda identificarse; se ubicó al sujeto como inferior por su condición física o psíquica lo que le hace sentirse inferior desde su infancia; no puede construir una imagen valorada de sí mismo y ha sido incapaz de compensar el déficit (Bleichmar, 1997: 247).

- Aspiraciones narcisistas: Deseo de ser alguien que goce del reconocimiento narcisista del otro. Ella depende de la mirada de los demás para sentirse valorada y así elevar su sentimiento de sí.
- Posesiones narcisistas: Para María su marido es una posesión narcisista porque le da un lugar social y la posibilidad de sentirse querida y valorada por alguien, pero que no le da una satisfacción libidinal desde la sexualidad adulta que le permita sentirse deseada y satisfecha en este terreno.
- Objetos de la actividad narcisista: La maternidad es para María la ilusión de una completud narcisista; su valoración depende de esta actividad, más que del hijo como sujeto libidinal (análisis más profundo en el siguiente constructo).
- Identificaciones narcisistas: Las identificaciones de María fueron con padres que no la valoraron, lo que la hace buscar un lugar de reconocimiento narcisista que no tuvo. Por otra parte, cuando en la estructura intrasubjetiva de María se presentan fallas en las compensaciones narcisistas, sobre todo cuando se entremezclan con su deseo de maternidad, comienzan a aparecer síntomas de *depresión narcisista*, que se caracteriza por la tensión ante un ideal elevado al que ella no puede llegar por estar situada fundamentalmente en su negativo, y que se manifiesta como un Yo desvalorizado y una conciencia crítica que le impide cerrar la brecha entre el ideal y la representación de sí. Ella no concibe esta esterilidad como un problema de salud, sino como algo que atraviesa toda su existencia y define su valoración como persona.

Consideramos que la decisión de María de someterse a TRA está generada de una manera Central (C) por el hecho de poseer una estructura narcisista de personalidad en la cual se inscribe su deseo de maternidad.

### 5.- Influencia del hijo imaginario en el deseo de maternidad

Las construcciones imaginarias que se crean alrededor del deseo de maternidad no son hechos aislados que se producen ante la expectativa de embarazo, sino que estas fantasías van en consonancia con la propia estructura de personalidad.

María señala en relación a su hijo imaginario: “quiero darle lo que no tuve, que logre lo que no logré”, de esta forma, ubica a ese hijo imaginario como cumplimiento de los ideales paternos, es decir, cumpliría sus anhelos y aspiraciones no realizados. Ella percibe su vida en carencia permanente, lo que produce el anhelo de que su hijo cumpla con esos ideales fallidos. Por lo tanto, su proyecto de vida también está íntimamente vinculado a su deseo de maternidad. Su hijo le daría una imagen de sí misma que nunca ha tenido, pero que con seguridad ha admirado en otras mujeres y que constituiría la base de sus anhelos futuros.

Así mismo, en su fantasía, la maternidad la llevaría a adquirir una imagen de feminidad que no ha logrado tener. El hijo, como deseo de completud y perfección, le permitiría el regreso imaginario a un narcisismo perdido. El hijo fantasmático ocuparía el lugar de todo aquello que su propia madre no le dio: apoyo, comprensión y una valoración adecuada a su subjetividad.

Para María, su hijo no sería una alteridad entendido como un objeto libidinal y representante de la diferencia, sino un objeto de la actividad narcisista, ya que más que una búsqueda de afecto, lo que ella necesita es alguien o algo que incremente su propia valoración. No hay una diferenciación de espacios: el hijo imaginario será la proyección de su propio ideal, su doble. Con esto queremos decir que el hijo fantaseado es su última posibilidad psíquica de poner en el afuera, en un objeto externo, la desinvestidura y ataques pulsionales contra sí misma y como efecto colateral, le permitirá, de manera imaginaria, alcanzar un reconocimiento genérico del que siente haber carecido.

Como constitución de sujeto psíquico, el hecho de que para María su hijo sea sólo un objeto narcisista, nos muestra a un Yo que sólo ha logrado advenir al segundo tiempo de constitución psíquica (meta pasiva). Su Yo fue poco significativo para un otro, en este caso la madre, quien nunca le dio el reconocimiento adecuado a sus necesidades y deseos; por eso ella está en permanente búsqueda de ese momento paradisiaco imaginario en el que hubiera podido ser deseada y aceptada tal como es. Por todo lo anterior, concluimos que este constructo resulta central (C) en su deseo de maternidad.

#### 6.- Influencia de los efectos secundarios del tratamiento médico en el deseo de maternidad

Existen algunos efectos secundarios que María califica como molestos y que desaparecieron al terminar el tratamiento hormonal al que estuvo sometido. Ella no le da mucha importancia a estos efectos, sólo lo necesario para ubicarse en un lugar de valoración. Ella esta dispuesta a someterse a cualquier procedimiento adicional y llegar hasta el final, por lo que nos preguntamos si la forma en que se relaciona con su cuerpo y con el sufrimiento no son sino manifestaciones de ese *masoquismo narcisista*.

Todo esto nos lleva a inferir que los efectos secundarios del tratamiento están ausentes (A) en su deseo de maternidad.

#### 7.- Otros

De acuerdo con el análisis que realizamos al discurso de María, no encontramos elementos externos adicionales a los factores anteriores que pudieran influir en su deseo de maternidad (A).

En el momento de las entrevistas, María todavía tiene puestas sus esperanzas e idealizaciones en el tratamiento y en el papel del hijo imaginario, hecho por el que no se ha presentado un posible colapso narcisista que le produzca la caída en una depresión narcisista. Estas expresiones de fallas narcisistas pueden aparecer en el momento en que su contrato narcisista, pilar de sus identificaciones, sea cuestionado por la imposibilidad real de tener un hijo.

#### 4.2.4 APORTACIONES TEÓRICAS

A partir del trabajo clínico con las mujeres estudiadas, las interpretaciones de los casos, las supervisiones y comentarios que los docentes hicieron sobre éstos, y la propia formación psicoanalítica, hemos elaborado un trabajo teórico que de cuenta de las explicaciones parciales que nos hemos planteado en relación a los resultados de esta investigación.

##### 4.2.4.1 Deseo de Maternidad

Un común denominador que encontramos en las mujeres investigadas son sueños relacionados ya sea con el embarazo o con un bebé en brazos. Esta fantasía desde una lectura manifiesta nos podría mostrar su ferviente deseo de maternidad, deseo similar al infantil donde el niño desea una fresa y sueña comiéndosela. Sin embargo, el psicoanálisis nos ha mostrado que los sueños de realización de deseo siempre son deseo de algo más. ¿Qué significa entonces el deseo de maternidad en la mujer?, ¿cómo lo podemos interpretar dentro de la estructura intra e intersubjetiva de estas mujeres?

##### a) El problema del deseo

La inteligencia y la imaginación no se mueven por sí mismos, sino que se aplican a los objetos para medirlos y compararlos. Sólo hay un solo principio motor: el deseo; donde los objetos deseados no son más que medios de ese principio motor. Para Birault (1978), existen diferencias significativas entre la voluntad y el deseo<sup>31</sup>: la voluntad es práctica, el deseo fantástico. La voluntad es finita, el deseo es infinito. La voluntad es realista, el deseo es idealista. La voluntad ordena, el deseo desordena. La voluntad compromete, mientras que el deseo se

---

<sup>31</sup> Tanto para Kant como para Nietzsche la voluntad no se distingue del deseo, para ambos lo que importa es aprender a querer y a desear de otra manera (Birault, 1978: 189).

eleva, aspira, sube. La voluntad es lineal y rectilínea, mientras que el deseo es circular e infernal (*circulus vitiosus deus*): *El deseo lo que quiere, no lo quiere y lo que no quiere lo quiere. ¿quién puede satisfacerlo sin destruirlo? Sólo las imágenes de los objetos son capaces de entretener el deseo, de mantenerlo haciéndolo perpetuamente morir y renacer (1978:188)*. El deseo tiene otra intención: desear más allá de todo lo que puede colmarlo; el desear para Levinas (1995) es la medida del infinito. Si se desea algo se busca cerrar esa apertura hacia lo infinito.

El deseo es un concepto que implica alteridad; siempre está enmarcado en un deseo de reconocimiento de que los otros (alter) nos vean como deseantes. Lacan (1981) resalta que el deseo es el soporte de la rajadura del sujeto. Es decir, es la actividad subjetiva por excelencia. El deseo muestra al propio sujeto un vacío que nunca podrá ser llenado. Es por ello que la función del fantasma es la de tratar de responder a la pregunta ¿qué quieres de mí? (Lacan, 1981). Es una llamada para que en la búsqueda de satisfacción del deseo del otro, éste a su vez lo reconozca como sujeto deseante. El fantasma es una formación imaginaria que trata de cerrar la distancia que aleja al cuerpo del niño del de la madre; busca poner en juego zonas erógenas que relacionen pulsión y carne, con ese deseo otro que se escapa. El Yo en su constitución va a identificarse con algunas posiciones de ese fantasma (pasivo-activo, fálico-castrado) para reconocerse como sujeto deseante, donde no hay un objeto único que pueda satisfacer ese deseo sino que, una serie de objetos sustitutivos (intercambiables) van a dar la posibilidad efímera y evanescente de esa vivencia de satisfacción perdida<sup>32</sup>.

Lo que el fantasma muestra es la profunda división del sujeto, su contradicción, su ser sexuado; *se trata siempre de la puesta en escena del deseo* (Leclaire, 1983:137). El lugar de la fantasía es entonces, la escenificación del deseo. No es un anhelo de objeto donde la necesidad tiende a su objeto natural. La fantasía (*wunschphantasie*), no se reduce a una intención del sujeto que desea. Las fantasías son guiones, enunciados en una frase de escenas organizadas donde el

<sup>32</sup> Deleuze (1988) menciona que, el fantasma es independiente no sólo de cualquier persona, sino de cualquier tiempo, cualquier voz, es neutro, acontecimiento puro. Es el proceso constitutivo de lo incorporal, el lugar del eterno retorno.

sujeto no se representa al objeto deseado (al que tiende el sujeto), sino que se representa a sí mismo participando en la escena, buscando que le sea asignado un lugar fantasmático. Para Laplanche (1984:143), en las fantasías operan las defensas más primitivas (vuelta contra sí mismo y transformación de lo contrario, proyección y negación), ya que el deseo mismo se constituye como prohibido. Podemos señalar con respecto a las fantasías que nos plantean las sujetos estudiadas, si para el deseo no existe un objeto único que lo colme, ¿cuál es el papel subjetivo que cumple en la escena fantasmática el hijo anhelado? ¿qué significa entonces el deseo de maternidad? ¿es un deseo que alguna vez podrá ser colmado?

#### **b) El mito de la maternidad.**

Como señala Laplanche, las fantasías originarias tienen en común con el mito que son representaciones de los orígenes: el mito es una propuesta sobre los orígenes, sobre las causas primeras, sobre la creación, fin y ordenación del mundo (Lagarde,1994:36). Los mitos históricos tienen en general una afición por dos temáticas: la reproducción y la muerte. De una forma analógica, las fantasías originarias nos hablan del origen del sujeto (escena primaria) y de la entrada en la sexualidad (seducción y castración). Si entendemos al deseo como una diferencia entre el placer vivido y el pensado, un anhelo por regresar a ese tiempo original, las fantasías de las mujeres estudiadas nos hablan más bien de una pregunta por el origen, de recuerdos encubridores en relación a otra maternidad; momento primordial, que se ve resignificado por un deseo de embarazo.

Es importante señalar que existe una profunda relación entre los recuerdos infantiles y los mitos como lo muestra Freud en su estudio sobre Leonardo Da Vinci (1910). En esta obra, Freud nos indica una probable asociación entre la imagen del buitre (milano para algunas traducciones) y el símbolo egipcio de la fecundidad: la diosa Mut, que lleva un buitre en su cabeza y un falo en su cuerpo. Ella es la diosa madre andrógina a partir de la cual se originan todos los dioses. Lo importante de este mito es que simboliza, junto con el de la Virgen María de la tradición cristiana, la fantasía que tienen muchas de las mujeres estériles que están en este tipo de tratamientos: la mujer autoengendradora, donde el papel del varón

es secundario u omiso. Estos mitos son referentes sociales que en estas sujetos tienen desplazamientos significantes que los ubican en nuevos órdenes temporales. Del imaginario social de la Virgen María, estas sujetos rescatan algunos simbolismos que marcan sus fantasías:

- la inexistencia de la voluntad en el ejercicio de la maternidad. El discurso sobre la reproducción como único fin del matrimonio o de la pareja (Rivas y Amuchástegui, 1994: 82-83). Su iconografía sería la Anunciación.
- la imagen de una madre sin genitor humano, que adora a su "niño dios", que nutre y cuida ante la mirada de su casto esposo (Doltó, 1991: 234). Su iconografía sería la Sagrada Familia.
- la imagen de la buena madre, serena, abnegada y dulce para aquel que sufre (Doltó, 1991:237). Su iconografía sería la Virgen de Guadalupe o la Inmaculada Concepción.
- la maternidad sufriente, como principio que regulará definitivamente su presencia en el mundo y sus relaciones con el hombre (Rivas y Amuchástegui, 1994: 77). Su iconografía sería la Virgen Dolorosa.

Estas imágenes las encontramos con variaciones en los relatos y asociaciones de las mujeres estudiadas. Cuando se habla de deseo de maternidad, estos símbolos sociales son sus ideales a seguir<sup>33</sup>. Son analogías con las que se comparan y esperan ser medidas. La maternidad como ideal necesita de figuras míticas que den un sustento lógico y coherente a un ideal social impuesto. Figuras que, como las caras de Jano, muestren una forma amable y compartida que se contraponga o ayude a mantener reprimidas esas imágenes terroríficas de destrucción y fragmentación provenientes de las imago maternas.

En algunos sueños de estas mujeres, el complemento a este anhelo de embarazo y de hijo es que éste se pierde en un aborto, se le hace daño o es robado.

<sup>33</sup> En relación a estas analogías, sería interesante investigar con más profundidad el papel que desempeña la figura de la Malinche en la constitución del imaginario social sobre la maternidad.

Curiosamente, el personaje que roba a los bebés siempre es una figura femenina: "tenía un bebé en mis brazos, de repente aparece una enfermera que me dice que se lo va a llevar porque tiene labio leporino, yo lo veo y no le encuentro la cicatriz, ella de todos modos se lo lleva". Un sueño similar de otra sujeto: " Tenía un bebé abrazado, mi mamá estaba conmigo, pero llegaron y me lo quitaron". Otra sujeto asocia lo siguiente con relación a su sueño: "Despierto y tengo un niño al lado, brinco, abro mis brazos, y empiezo a elevarme, pero el niño ya no estaba. Recuerdo que de chica me platicaban que las brujas volaban y se chupaban a los niños, le tenía miedo a la 'llorona' que mataba a sus hijos". Otra más señala: "Estoy en una casa lujosa, yo cuidaba a una niña idéntica a una sobrina de mi esposo, pero era mi hija; me asomé a la ventana, había barrotes, cerré con candado. Había una mujer pálida y fea y un hombre mugroso, me iban a hacer daño". Al preguntar por la descripción de la mujer dice: "era mechuda, pálida, de ojos blancos, parecía una momia" Le comenté si se relacionaba con su madre que creía muerta y señaló: "Durante muchos años creí que mi madre vivía en el cementerio". Estos ejemplos nos pueden mostrar la parte siniestra de la maternidad, no la virginal y amorosa sino la terrorífica, la Medusa, el lado mortífero de la fantasía originaria del retorno al vientre materno, representado en la iconografía infantil como la madrastra-bruja que aleja a los niños del padre para devorárselos o sacarles el corazón ( Blanca Nieves y Hansel y Gretel).

El aspecto perverso de la maternidad ha sido estudiado de manera interesante por Estela Welldon (1993:91). Esta autora explica cómo en muchas mujeres se transfiere el intenso odio que sienten por su madre hacia sus propios hijos, y concluye que la oportunidad que brinda la maternidad de tener el completo control de la situación crea un caldo de cultivo idóneo para que algunas mujeres que han sufrido experiencias perjudiciales o traumáticas, exploten y abusen de sus hijos. Se quiere ser madre como un ideal valorado socialmente, pero a la vez los fantasmas infantiles reaparecen como un retorno de lo reprimido, repetición de una excitación no ligada que produce angustia y temores de aniquilación. Podemos preguntarnos entonces, ¿tendrá el deseo de maternidad, como lo señala Freud en su interpretación de los sueños, dos cumplimientos de deseos opuestos, cada uno de los cuales tiene su fuente en un sistema psíquico distinto?

### c) La filiación.

Cabe mencionar que a partir de los mitos de la maternidad, queda en suspenso la pregunta por la filiación, ¿de quién es ese hijo que deseo?, que remite a la pregunta sobre los orígenes, ¿quiénes son mis padres? Como señala Levinas, la paternidad no es una simple renovación, es una fecundidad más allá de la concepción de un hijo. Es aquello que engendra el *Deseo*, no una renovación inútil del yo, que estaría en los orígenes, es lo que *articula el tiempo de lo absolutamente otro: el ser infinito, el ser que siempre vuelve a comenzar, se produce como modalidad de la fecundidad* (Levinas, 1995: 227-228).

El problema de la relación con el padre se centra en dos temáticas, el don y la deuda. Dar la vida es el don por excelencia; para Derrida (1995: 158), lo natural es una ilusión ya que se tiende a asociar falsamente engendrar, dar la vida, con un acto de generosidad<sup>34</sup>. Esta confusión entre la paternidad y la generosidad, permite que el padre obligue al hijo a contraer una deuda que no le pertenece. El hijo queda instalado por tanto en el circuito del intercambio, de la presencia, tiene que ofrecer algo (intercambio simbólico de Freud: niños-pene-dinero-regalos) para saldar de manera imaginaria esa deuda contraída con el padre. Podríamos detenernos un poco y analizar uno de los problemas de la esterilidad primaria: Si la mujer no puede ofrecer un hijo para pagar la deuda con ese Padre Simbólico, entonces, ¿cómo podrá pagarla? Si el efecto de la filiación es el de nombrar, transmitir el nombre paterno, la genealogía de la mujer estéril quedaría en suspenso. Es por ello que uno de los significantes más dolorosos de la palabra estéril es el de aquella que no puede gestar, dar a luz, la que no puede entrar en el circuito simbólico del intercambio y la generosidad. La esterilidad así mismo, interrumpe otro efecto de nombramiento, sin un hijo esta mujer no puede llamarse madre, queda vacío el lugar social tan anhelado por ellas y que es aquel que el hijo da.

La función primordial del padre es la de constituir un término que se opone y nunca satisface al deseo de la madre. Sin embargo, retomando el mito de la

---

<sup>34</sup> El don sería lo que no obedece al principio de razón; debería permanecer ajeno a la moral, a la voluntad. [...] el don comparte con el acontecimiento en general todas estas condiciones: el fuera-de-la-ley, la imprevisibilidad, la "sorpresa", la ausencia de anticipación o de horizonte. (Derrida, 1995:153)

virginidad maternal, existe además, para algunas de estas mujeres una separación entre sexualidad y procreación, y femineidad y maternidad. Siguiendo a Kristeva (1986:67), es la fantasía de tener un hijo sin la intervención del hombre, lo que permite de manera imaginaria buscar un placer originario donde el niño no es el tercero excluido sino que es el esposo: amar a la madre virgen y dejarse amar por ella sin rival. El hijo imaginario cumple en estas mujeres un papel que les permite ubicarse en tres modalidades que implican una falla en su femineidad: desprecio por la sensualidad, exaltación de la castidad, y una pasivización de la pareja (mitos de la Virgen María). Aquí el peligro estaría en creer que las generaciones pueden ser saltadas: de Hija de Dios a Madre de Dios (escena primaria y tercero excluido). Arquetipo de la fantasía narcisista, desear lo Uno (unicidad con la totalidad) negando lo otro que es la alteridad, representado por el lugar del padre, cuya función es de exterioridad y prohibición a esta fantasía omnipotente.

Como nos señala Doltó (1991:246), es muy diferente por sus consecuencias estructurales la fecundidad como fin valorizado, al deseo de un hijo de un hombre amado. Cuando la madre desea un embarazo, y no un hijo de un padre (pareja sexual), presumimos entonces que la ley paterna no está instaurada plenamente en ella y por lo tanto el deseo de maternidad no pasa por la aceptación de la castración y por el deseo infantil de tener un hijo de su padre (salida edípica), sino por un anhelo narcisista primario (mítico), de aspirar a ser una totalidad autosuficiente e inmortal (andrógina como Mut), cuya condición es el autoengendramiento: *muerte y negación de la muerte a la vez* (Green, 1983:220). La filiación es trágica porque el sujeto que desea descendencia no puede huir del destino y miseria humana; por eso se compara con dioses y en este caso con arquetipos religiosos. Sin embargo, todo lo que estas mujeres hacen para evadir el destino de la esterilidad a través de complicados tratamientos, hace más trágica la aceptación de ésta; al final, la herencia se interrumpe; se encuentran entonces ante el lamento de Yerma:

*Maldito sea mi padre que me dejó la sangre de padre de cien hijos.*

*Maldita sea mi sangre que los busca golpeando por las paredes.*

*García-Lorca*

#### d) Imago corporal.

Uno de los grandes cuestionamientos con los que nos enfrentamos al abordar el tema de la esterilidad primaria es que el cuerpo de estas sujetos (real, erógeno, imaginario), está involucrado. Es por ello que para hablar del cuerpo de la mujer estéril que se somete voluntariamente a tratamientos de alta especialidad, es necesario analizarlo desde diferentes aspectos que atraviesan su subjetividad.

Es importante partir de la base que a la mayoría de las mujeres que se someten a los TRA se les considera médicamente sanas, es decir, cualquier enfermedad o infección que han padecido ya ha sido tratada por especialistas a lo largo de los diferentes tratamientos para la esterilidad. Ahora bien, es inherente a estos tratamientos la presencia del dolor físico. Con excepción del ultrasonido externo y algunos estudios de gabinete y laboratorio (muy contados), la mayoría de las técnicas han sido clasificadas por los expertos como dolorosas y muy dolorosas. Nos preguntamos entonces, ¿que interpretación podemos encontrar sobre el hecho de que mujeres sanas se sometan a experiencias dolorosas? ¿Cuál es el nivel de representación de estos acontecimientos y de qué manera resignifican experiencias corporales anteriores?

Freud define al dolor en su Proyecto de Psicología (1885:351) como el más imperativo de todos los procesos; se caracteriza por la irrupción de cantidades excesivas de excitación que son de una magnitud mayor que el de los estímulos. El dolor deja tras de sí facilitaciones permanentes, *como la descarga de un rayo*. Piera Aulagnier (1985:59) señala que, en los orígenes del sujeto psíquico, el dolor se registra como inscripciones pictográficas, las cuales son puntuales de lo sentido en el cuerpo, pero que carecen de lugar en el registro de lo decible. Será necesaria entonces la formación de una instancia que, como envoltura narcisista, tenga la posibilidad de representar los contenidos psíquicos a partir de su experiencia de superficie de cuerpo, donde este Yo corporal atribuya al exterior el conjunto de sus sensaciones (yo placer purificado), y sólo en este momento, *el Yo hereda la posibilidad de establecer barreras y de filtrar los intercambios* (Anzieu, 1987:51),

que posteriormente hacen posible lograr un cierto nivel de representación de lo corporal.

En las mujeres estudiadas encontramos que a diferencia de otros padecimientos físicos o enfermedades, ellas no hablan, y si lo hacen, minimizan o aumentan los sufrimientos corporales a los que han sido sometidas durante largos periodos. Es como si no existiera un nivel de representación discursiva del dolor; por ello nos preguntamos ¿no existirá en ellas un movimiento similar a aquel del yo-placer purificado, donde el origen del dolor sería provocado por un otro (en muchos casos identificado con el medico tratante), pero donde la conexión lógica propia de un proceso defensivo, huir del dolor ( y por lo tanto desistir de los tratamientos), se vive como impensable? ¿ En su imagen inconsciente del cuerpo no queda excluido su aparato reproductor, ya que es en este espacio donde se producen las excitaciones dolorosas? Desde el eje corporal, ¿cómo podemos entender esta persistencia a tratamientos dolorosos donde la sobrevivencia física no está en juego?, ¿existirá un deseo de lastimar un espacio intolerable: el aparato reproductor?

Es importante apuntar, como nos recuerda Freud (1985:377) en relación al Proyecto, que no todo lo referente al cuerpo es representable, sólo lo que corresponde al manto del Yo, y algo permanece como cosa, inasible<sup>35</sup>. En el estudio de las mujeres estériles que se someten a estos tratamientos, hemos encontrado que existen diferentes niveles de representación de su aparato reproductor:

- genitales externos
- la vagina
- la matriz
- ovarios, trompas y funcionamiento hormonal

Los genitales externos son una zona erógena de gran relevancia, pero, ¿Si el fin de las actividades genitales sería la cancelación de la excitación de esa zona,

---

<sup>35</sup> "Con Freud, se puede decir que el cuerpo erógeno es ya una forma de hacer cuerpo respecto a ese otro que es el organismo". O. Chamizo (1998:16)

entonces, porqué es que muchas de estas mujeres se perciben frías o con una actividad sexual obligada para los fines de la procreación? ¿por qué el placer de la sexualidad adulta se ve desplazado o borrado por este deseo de maternidad? Una de ellas habla abiertamente del valor superior que va a tener el hijo producto de la fecundación artificial sobre el del acto carnal. La mayoría menciona el desgaste que como pareja, produce el tener relaciones sexuales obligatorias. ¿Por qué está consigna externa institucional no podría funcionar más bien como un pretexto para la puesta en escena de fantasías eróticas?

Según Leclair (1978:96), es como si la letra, aquella que delimita la diferencia entre zona erógena y objeto, estuviera anclada a otro lugar, fuera del área genital. Pensamos entonces, que el problema de fallas en la erotización de los genitales femeninos o en la valorización de la sexualidad genital se debe a que ese placer ha dejado su lugar a un goce alternativo<sup>36</sup>. La vagina, para muchas de estas sujetos, no se representa como una zona erógena sino como un orificio de entrada y salida. Entrada del órgano masculino, pero también de objetos que lastiman y horadan, según los requerimientos técnicos. Salida de desechos menstruales, pero también lugar de salida del hijo anhelado. Melanie Klein desde su teoría nos habla también de la *función oral de la vagina* (Petot, 1982:145). Sin compartir su teoría del Edipo temprano, es importante mostrar con ella cómo algunas fantasías primitivas pueden quedar asociadas a esta zona corporal.

En cuanto a la matriz, encontramos que es la zona corporal donde se concentra de manera prioritaria, la identidad femenina. Histórica y míticamente, se ha asociado por tiempos inmemorables la matriz con el eje de la feminidad. Retomemos también a la diosa egipcia Mut que aparece con tres significados: vieja diosa de la tierra, del Norte y Sur, diosa madre. Siendo la tierra para los egipcios y para muchas culturas antiguas, símbolo de la matriz, de lo que da vida, de la madre. Para el filósofo Lévinas (1995:175), existe una relación metonímica entre matriz, interioridad, casa, hospitalidad y acogimiento. Podemos pensar con este autor, que

---

<sup>36</sup> Para Braunstein (1990:96), sería un goce más allá del fantasma fálico: En lugar de plantearse ante el Otro como deseante, se da a sí mismo como objeto de goce; cede su deseo, se protege de él como si fuese un peligro, se especializa en asegurar su yoicidad, su encubrimiento de la falta que lo habita.

lo intolerable para la mujer estéril es que su cuerpo se vuelve inhóspito, no puede acoger a un otro, a pesar de que está sana se vive como seca, marchita, como la tierra, árida, yerma. En el imaginario social es un símbolo estrechamente unido a la femineidad. Es por ello que para estas mujeres "padecer de la matriz" (y en ella sintetizan todo su aparato reproductor), significa, no sólo un órgano que no funciona y al que hay que tratar, sino que condensa, junto con el pecho, toda su relación con la propia madre y su ser mujer. La matriz es el punto de capitonado donde se anudan el espacio y el tiempo femenino. Es el lugar por excelencia de la interioridad.

Los demás elementos reproductores, tubas, ovarios, óvulos, no tienen mayor significación que aquella que adquieren de las diferentes representaciones sociales, en particular de su convivencia con el lenguaje médico: "tengo las trompas tapadas", "mis ovarios tienen quistes", "me tienen que quitar unas adherencias", o bien, "no ovulo del lado derecho". Pocas de ellas (sólo las que son enfermeras), han leído en algún libro sobre los tratamientos o intervenciones quirúrgicas; confían en los médicos tratantes a los que se les da una eficacia simbólica, como lo señala Lévi-Strauss (1977), similar a la del hechicero. El médico no es sólo aquél que las va a "curar" de sus problemas ginecológicos, sino aquel que imaginariamente les va a dar un hijo. Por lo tanto la figura transferencial del médico queda asociada, no sólo con un *supuesto saber*, también va a tener una paternidad simbólica, que refuerza en su imaginario aquel mito de la Virgen María que es fecundada por Dios. El médico representará, más que al ángel Gabriel de la Anunciación que les da la *buena nueva*, al mismo Espíritu Santo, que le permitiría, por fin, concebir un *salvador*.

El cuerpo, en la Edad Media era el lugar donde coincidían carne, dolor, ascetismo y erotismo: *Entre las manifestaciones místico-corporales frecuentes encontramos la hinchazón del cuerpo a manera de embarazo divino, hemorragias, secreciones mamarias de leche, [...] es una pasión por el cuerpo que conlleva una ética de las pasiones* (Rocha, 1998:65). Podemos reconocer en las mujeres estudiadas una situación similar: padecen en el cuerpo, su existencia se ve atrapada en un cuerpo al que se le necesita provocar dolor para que su ser sea redimido por la experiencia salvífica de la maternidad. La pasión erótica de estos cuerpos

sexuados queda inhibida y vuelta contra sí misma, es una pulsión autoerótica, y como las místicas medievales, sólo quedan sus huellas o estigmas, de los que nada se puede decir.

El dolor que provocan estos tratamientos proporciona material para la resignificación de su actividad fantasmática. Podría producirse el retorno de profantasías masoquistas que se construyen en dos tiempos (Anzieu, 1987: 59): la vivencia imaginaria de una piel común con la madre y posteriormente, el desgarramiento o herida de esa piel común. ¿Podríamos preguntarnos si estas mujeres necesitan de la resignificación de profantasías masoquistas? ¿Será a la madre originaria a quien va dirigido ese lamento, al no poder soportar la separación original y la falta de apego? ¿Es a través del dolor físico y el sufrimiento como se quiere reencontrar esa identidad primaria perdida para siempre?

#### e) Sacrificio y soledad

*Sacrificarse es algo aprendido como valioso, sacrificarse para mantener el ideal acerca un poco más (a la mujer) a ese ideal* (Ferro:1991:121). El arquetipo escogido para esta situación sería el de la Virgen Dolorosa, La Macarena por ejemplo. Si bien la imagen de víctima sufriente a causa de los tratamientos es vista como una condición que impone la sociedad para alcanzar el ideal común de reproducción (*¡Creced y Multiplicaos!* y *"Con dolor parirás a tus hijos"*), que ha sido ideológicamente transmitido, podemos sospechar, por otra parte, que si el costo es tan alto para estas mujeres (no sólo físico, sino de relación con su pareja, trabajo, familia cercana, costo económico, etc.), existe una ganancia más allá de cumplir un ideal social poderosamente determinado para su género, condición que apunta a lo anteriormente expuesto sobre imago corporal.

Una de las quejas constantes en estas mujeres es la de la soledad. Desean continuar en los tratamientos para obtener el hijo y no sentirse solas. Una paciente lo expresa de esta manera: "Necesito alguien a quién dedicarle mi tiempo, no quiero estar tanto sola... abandonada". Es la vivencia de dolor por la separación primera que aparece repetitivamente pero sin ligadura. Para Rosolato (1974: 299), la soledad es una culpabilidad cuyo fantasma es eco de un sufrimiento, una herida

narcisista. En la esterilidad, la queja por la soledad es un relato de una palabra vacía sin objeto externo. Esta idea de la soledad y el sacrificio nos permitirán introducirnos en el papel que juega en estas mujeres el hijo imaginario: más que a una persona, lo que estas mujeres anhelan es un espacio que llenar, un borde para su vacío interior.

#### 4.2.4.2 El hijo imaginario

##### a) El hijo como borde

Como habíamos visto, la relación de la mujer con el cuerpo es una relación privilegiada, que se resignifica con el embarazo y la maternidad. El cuerpo vuelve a aparecer entonces, como ese lugar interno que aparece como extraño, fuente de sensaciones nuevas y desconocidas. La gestación implica el crecimiento de la matriz o fuente, espacio vacío sobre el que se va a constituir algo nuevo, interno y extraño a la vez. No es posible entender el eje narcisista que se juega en la maternidad, si no abordamos el problema del vacío que todo narcisismo recubre. Pensar al hijo como una extensión narcisista implica la proyección de un Yo constituido. Sin embargo, existe algo del orden de lo innombrable, de lo incognoscible (resto sustraído para Freud) que ese vacío representa y es aquello que lo pulsional trata de ligar a través de la fantasmaticación. El Yo trata siempre de ligarse a un territorio; el cuerpo es todo aquello externo-interno que hace límite. Como nos dice Deleuze (1989:202), en las zonas superficiales, las pulsiones libidinales se separan de las pulsiones destructoras de las profundidades.

La piel es necesaria para el paso del narcisismo primario al secundario y del masoquismo primario al secundario. Esto sucede gracias a la constitución de dos profotantasías: la de piel común y la de desgarramiento de esa piel común. La sensación de vacuidad se da precisamente en el paso de una a otra profotantasia. Para Anzieu (1987:59), *la fantasía narcisista es la de una piel reforzada, invulnerable, mientras que la masoquista es la de una piel desgarrada y herida. entonces esta piel estaría expuesta a ese interior mortífero, pulsional*. Es por ello que creemos que la construcción del hijo imaginario ayuda a estas mujeres a hacer borde o límite, y de esta manera, recrear la profotantasia narcisista de

invulnerabilidad. Les permite volver a tejer, de manera imaginaria, esa desgarradura constitutiva; a crear un objeto que sea capaz de llenar ese vacío que proviene de las profundidades y amenaza con destruirla<sup>37</sup>.

## b) El hijo como doble

Tomando la concepción del doble como momento de encuentro con el Yo Ideal (Chamizo, 1997:28), este doble narcisístico opera como desmentida de la muerte y la castración, de ahí la importancia de su construcción. Todo niño pequeño, para defenderse de temores y soledad crea un amigo imaginario, en la mayoría de los casos un pequeño doble donde pueda proyectar toda aquella angustia que no puede tolerar. Como explica Rosolato (1981:110), *el niño real o imaginario al que se dirigen los deseos homicidas se convierte entonces en un objeto de proyección narcisista que toma el lugar del Yo Ideal*. La deflexión sobre un objeto de proyección narcisista permite centrar en un solo objeto los resentimientos debidos a las múltiples prohibiciones de la vida cotidiana del niño (Rosolato:1980:70). El doble es sacrificado en el lugar del sujeto<sup>38</sup>, así pierde la madre su potencia masiva y destructiva; al localizar las pulsiones destructivas en el doble, se atenúa la angustia y el malestar consecutivos a los ataques destinados a sí mismo y/o a la propia madre.

La creación y recreación del doble es un trabajo psíquico permanente, son imágenes especulares que en la mujer pueden proyectarse en el hijo como continuidad del espacio corporal. Desde el psicoanálisis se ha señalado la ambivalencia que se produce cuando una madre educa a su hijo: lo ama, pero también ejerce varios tipos de violencia sobre él, física y simbólica, es decir, la madre necesita de su hijo para proyectar sobre éste no sólo sus deseos libidinales, sino también su narcisismo y sus pulsiones agresivas, que sería la función primordial del doble. Si éste hijo, al que se le va a hacer víctima de una violencia primaria (Piera Aulagnier, 1985), similar a la que se sufrió en la infancia, en la

<sup>37</sup> Le Poulichet (1998:111), por su parte, teoriza sobre el problema del vacío: se busca el placer de ser una plenitud en el interior de un vacío. Sin embargo, todo vacío es mortífero si no constituye un adentro ya que deja al sujeto preso de fantasmas canibalísticos

<sup>38</sup> Leclair (1975) refiere que el representante narcisista primario (Yo Ideal) está proyectado en la figura del doble, y es aquel que hay que matar para que el sujeto pueda existir.

esterilidad no tiene posibilidad de aparición, entonces, ¿sobre quién se ejercerá esa violencia latente y la proyección narcisista de la madre? Si en la mujer estéril ese hijo imaginario sería una figura de su doble, ¿no estaremos hablando de que esa fuerza primordial de la pulsión de muerte, pierde una de sus salidas o derivaciones hacia el exterior? En la esterilidad, debido a la resignificación de las fallas narcisistas, en el hijo por venir están puestas todas las esperanzas de trasladar en él el doble, por lo tanto, la representación narcisista primaria del niño maravilloso<sup>39</sup>, no tendrá posibilidades de proyección en el hijo, de ahí su terrible sentimiento de soledad y vacío.

#### **b) El hijo como representante del objeto perdido**

En el deseo de maternidad se ponen en juego no sólo las pulsiones eróticas sino también las destructivas; estas últimas las encontramos en su vertiente masoquista: como erotización de la destructividad. El masoquismo, sobre todo el narcisista, testimonia esta intrincación pulsional. Si la fantasía de desgarramiento de la piel común con la madre está reforzado desde el exterior por una madre que no está interesada en devolver las señales emitidas por el bebé (Anzieu 1980), entonces se produce una desinvertidura por la falta de respuestas a la necesidad de apego.

Para Green (1983:221), se dará entonces la identificación primaria con la madre muerta (ausente o deprimida), con el agujero dejado por la desinvertidura y no con el objeto que deja el vacío. Entonces, ante las fallas narcisistas detectadas en las mujeres estériles estudiadas, uno de los papeles que cumpliría el hijo imaginario sería el de colmar ese agujero dejado por esa madre muerta. Es un duelo que puede estar resignificado por experiencias de pérdidas y fracasos, pero que en su esencia no tiene representación.

Las mujeres estudiadas buscan a través del hijo imaginario un intento de substanciación y por tanto de fantasmaticación de la huella dejada por esa desinvertidura original. Existe en ellas un duelo esencial a la constitución de objeto total; por lo que estas mujeres penan es por la falta de una figura narcisista

---

<sup>39</sup> His Majesty the baby, aquel que debe cumplir los sueños y los deseos irrealizados de los padres (Freud, 1914:88).

constitutiva, Yo ideal maravilloso, adecuadamente investido desde fuera. En la esfera del narcisismo, la seguridad del yo es garantizada por la madre; pero si lo que acontece, como explica Green (1983: 182), es una *conflictualización*, una herida narcisista como consecuencia de la imposibilidad de haber vivido la omnipotencia infantil; esta conflictualización trae consigo un duelo por el objeto (materno), garante de la seguridad del propio narcisismo. Por lo tanto, lo que buscan estas sujetos no es solamente llenar el vacío dejado por el abandono de la madre, el desdoblamiento iría también en el sentido de crear, recrear o restaurar a ese niño maravilloso por siempre perdido. Esa *madre muerta* es odiada y anhelada no por sí misma<sup>40</sup>, sino porque se llevó con ella un trozo de narcisismo perdido, que ahora se trata de recuperar por medio del hijo imaginario.

#### d) el hijo como investidura narcisista de objeto

Es común encontrar en los sueños de estas sujetos que el niño soñado ocupa el lugar de un pequeño niño Dios, "salvador" de la familia (mito de la Sagrada Familia). Como lo señala Freud en su texto sobre Leonardo Da Vinci (1915:109), *El amor de la madre hacia el hijo que amamanta y cuida es más profundo que su posterior afecto al hijo en crecimiento. La relación amorosa satisfactoria se da con el niño que compensa la falta con el ser amado*. Ellas quisieran que ese niño fuera una relación amorosa satisfactoria, sin importarles el reconocimiento de la otredad del hijo. El hijo de estas mujeres no tendría el estatuto de objeto libidinal, ya que su relación de objeto es meramente narcisista. Ellas construyen a ese hijo imaginario como una figura narcisista que actualiza su propio narcisismo primario. Éste hijo cumple la función de reinvestir la identificación narcisista con la madre, negando al tercero (padre simbólico).

Proponemos que este hijo imaginario, a diferencia de la afirmación de Freud en Introducción al Narcisismo (1914), donde *el hijo se les presenta como una parte de su cuerpo al que le consagra su amor objetual sin abandonar su narcisismo*, en estas mujeres el hijo cumpliría una función predominantemente narcisista en detrimento de la objetual, puesto que no se le reconoce diferencia; el niño es en

<sup>40</sup> Allouch (1996:211) nos dice: "No hay objeto sustitutivo esencial, no hay sustitución del objeto".

esencia, su doble narcisístico. Estas madres buscarían fusionarse con un objeto (niño) que es más una emanación de sí mismas, que un objeto en su alteridad. El lugar en que ponen a este hijo imaginario es tiránico para el ser que lo encarna, puesto que es el sitio de la imposibilidad; este niño nunca podrá cumplir las funciones maravillosas que se le han encomendado y, tarde o temprano, el hijo imaginario de estas madres se convertirá en una figura persecutoria para el infante.

#### 4.2.4.3 EL TIEMPO Y LA ESTERILIDAD

*Este presente del Aión, que representa el instante, no es en absoluto como el presente vasto y profundo de Cronos: es el presente sin espesor, el presente del actor, del bailarín o el mimo, puro "momento" perverso.*

Gilles Deleuze  
*Lógica del Sentido*

##### a) Tiempo mítico

El tiempo es la alteración por excelencia del ser ya que el tiempo inquieta, incomoda al ser. El tiempo como Otro altera al sujeto en el cuerpo (Chamizo, 1999:17). En nuestro estudio, esta noción es importante ya que nos muestra la forma como estas mujeres perciben la temporalidad biológica. Ésta se ve reducida al tiempo de la fertilidad, donde su estatuto de mujer está determinado por un cuerpo vivido como moribundo, que ya no quiere responder a sus anhelos: cuerpo afectado, alterado por el tiempo; vejez prematura, catástrofe que se aproxima irremediabilmente. Sin un tiempo propio, acontece el desfallecimiento psíquico por la imposibilidad de plantear un más allá de la esterilidad. Los tiempos se contraen, de la niñez se pasa a la vejez sin juventud, ya que la juventud sólo es mirada por el espejo de la esterilidad.

Toda su actuación y fantasmaticación serán entonces, formas más o menos elaboradas de poder dar cuenta de ese tiempo originario, fundamentalmente corporal: *Ciertos sujetos dan la extraña sensación de que se les ha robado su*

*infancia, [...] han robado al yo su representación de "un bebé", lo que produce un sí mismo con poder de autoengendrar el tiempo* (Aulagnier, 1995: 198). La búsqueda de maternidad es vivida entonces por estas mujeres, como el último intento de recomenzar una vez más.

En términos míticos, existe un paralelismo entre la búsqueda de estas mujeres del pasado y lo que Mircea Eliade (1985:85) ha señalado como el retorno al origen. El retorno al origen es una posibilidad de renovar y regenerar la existencia del que lo hace; se regresa al útero para volver a renacer y así acceder a un modo superior de existencia. Idea similar a la freudiana de la fantasía originaria de retorno al vientre materno. De acuerdo con este autor (1985:61), en el mito de eterno retorno, la repetición del acto cronológico crea la esperanza de que en el momento en que el mundo es aniquilado y recreado, es posible la abolición del tiempo.

La lógica imperante sería: Ante lo insoportable de la existencia, lo mejor es recomenzar todo de nuevo, aunque sea de manera imaginaria. Precisamente porque se repite se mitifica, quedan atrapadas en un pasado que se hace siempre presente. Compulsión de repetición que se conecta con los orígenes (proceso circular), y la espera de ese hijo imaginario como esperanza futura de fin del sufrimiento. (proceso lineal). No existe para ellas un tiempo para comprender en el sentido heideggeriano. Las temporalidades, pasado, presente y futuro están trastocadas por una actualidad no delirante, pero sí desobjetalizante<sup>41</sup>. El anhelo de revivir míticamente en el hijo es la esperanza de evadir su destino trágico, que no eligieron, pero que deben de cumplir.

## b) Tiempo y repetición

Siguiendo la línea teórica de M' Uzan (1997: 104), la repetición en las mujeres estudiadas es del orden de *lo idéntico*, diferenciada de la repetición de *lo mismo* que implicaría una trayectoria. La repetición de lo idéntico comprende una

---

<sup>41</sup> "Las pulsiones de vida o de amor, son, a mi criterio, ligadas a una *función objetalizante*. Por oposición, sostengo la existencia, en el marco de lo que se llama pulsión de muerte, de una *función desobjetalizante*, que dificulta la formación de objetos, o tiende a decualificar aquellos ya constituidos, haciéndoles perder su carácter único o su originalidad" (Green, 2000:103).

estructura que falla en la elaboración, es una disposición permanente de permutar su lugar con el objeto. Es una experiencia de descarga, debida a un trauma previo.

Consideramos que estas mujeres buscan una repetición del tiempo del masoquismo primitivo, cuando el objeto externo fue desinvertido, por lo que se produce un resurgimiento pulsional a través de una vuelta contra sí mismo<sup>42</sup>. Retorno a un tiempo anterior a la constitución del aparato, donde quedó la huella de lo traumático, posiblemente la huella de un vacío (desinvertidura) imposible de llenar, presencia de un segundo tiempo pulsional donde no hay alteridad radical y el sujeto se queda atrapado en las metas pasivas: *dolor psíquico que es habitado por un trauma que revive de los fondos inmemorables que se rehusan a quedar en el olvido; vida que se entretiene al precio de un sufrimiento indetectable, precio que le cuesta la fatal repetición para que el sujeto no se disuelva en la nada* (Green, 2000: 55).

Traumatismo, dolor no elaborado que toma la forma de repetición: *daimón* del tiempo circular, repetición que se ancla en el vacío. Lo demoniaco tiene toda la fuerza de la necesidad (Forrester, 1990:260), de la que no pueden abstraerse y están condenadas a padecer. El acontecimiento actual, en este caso la esterilidad, es el pretexto para una nueva repetición de lo traumático. Proponemos que en estos casos, su deseo de maternidad es una máscara que justifica la presencia innombrable de esta repetición<sup>43</sup>. Es un representante inconsciente, pulsional, de su búsqueda de reconstrucción del Yo Ideal fracturado de origen.

---

<sup>42</sup> Para Green (2000: 96), la compulsión de repetición es una violenta expulsión del espacio psíquico: funcionamiento psíquico que no es sensible ni a los llamados de la razón ni a las lecciones de la experiencia, ni a una sagacidad que sabe evitar los peligros. La compulsión es la forma más directa de un recrudescimiento pulsional, donde la repetición es una aproximación del narcisismo al masoquismo. Es una detención de la función objetalizante.

<sup>43</sup> De acuerdo con Deleuze (1981: 83), la repetición es el inconsciente de la representación. Lo que se repite se hace a fuerza de no comprender, de no recordarse, ya que se constituye disfrazándose.

### c) Tiempo y sacrificio

Es necesario buscar en el anhelo del hijo imaginario el sentido del sufrimiento pasado. Para ellas, su fantasía es la que hace soportable este sufrimiento del que desconocen la causa, pero no dejan de sentir sus efectos. Esta ilusión de un *salvador*, pone en escena el drama mítico y como menciona Mircea Eliade (1985: 100), recuerda al hombre que el sufrimiento nunca es definitivo. El hijo imaginario desaparece el pasado y sobre todo sus heridas traumáticas, da una esperanza de futuro paradisiaco donde el dolor y sufrimiento es exaltado y magnificado, adquiriendo una nueva condición, trascendente, libre del lastre del cuerpo sufriente.

Estamos entonces ante dos conceptos de temporalidad mítica que se encuentran presentes en estas mujeres sin contradicción aparente: Un tiempo circular que busca el eterno retorno de lo idéntico (tiempo pulsional), como repetición de la traza no representada y un tiempo lineal que busca a un *salvador* para darle un nuevo significado a su historia y que a través de éste el pasado no sea borrado sino glorificado, relato reforzado por el imaginario social sobre la maternidad. El único tiempo permitido es el del embarazo, tiempo de espera, semejante al que expresaban los autores apocalípticos: mediante la esperanza, el hacer cobra un sentido, el de resistir. "El estado de buena esperanza", como se decía antiguamente es un parteaguas en la historia subjetiva que ayuda a resistir el sufrimiento inexplicable.

Necesitan proyectar en el exterior esa causa de sufrimiento; la cual, en estos casos, puede estar objetivado en una secuencia de personajes históricos: la madre muerta o ausente, la madrastra, el padre abandonador, la suegra, la parafernalia médica, o finalmente el destino, la mala suerte, la voluntad divina. Todos ellos son representantes de ese destino o *daimón* terrorífico que las persigue desde siempre, donde la esterilidad condensa el lugar de la repetición. Sacrificarse en el cuerpo y ofrendar al hijo, el redentor, el doble, son formas de exorcizar lo demoniaco, la maldición de la esterilidad, aunque salgan lastimadas o muertas en el intento. La ilusión del hijo imaginario servirá como soporte para el sufrimiento que en

apariencia, la realidad provee y que es inmodificable. Será por lo tanto el *salvador*, *redentor* de su historia personal y, en un momento dado, hasta su *resucitador*.

#### d) Tiempo y narcisismo

El estudio de estas mujeres nos muestra la presencia de fallas en la constitución del tiempo cronológico por una falta de separación entre el Yo y el Ideal del yo. Las narraciones de estas mujeres tienen la marca de dos fallas estructurales: una desinvestidura del deseo de la madre, y la memoria de un pasado que impide la constitución de un futuro con alternativas. Deseo de unidad por un salto generacional donde se niega el Edipo, la sexualidad de los padres y por tanto el volverse el tercero excluido, de ahí la fantasía de ser Hija de Dios (sin madre) y Madre de Dios (sin pareja), fin de la historia, comienzo del Paraíso. Esta figura muestra la imposibilidad de constitución de un fantasma (de castración fundamentalmente) que las ubique fuera de la lógica de lo diferente.

Negación temporal que interfiere en la constitución del ideal del Yo que es el espacio de la temporalización y de la construcción de los proyectos identificatorios. Esta constitución fallida del ideal del yo es debida a la negativa a renunciar a los anhelos narcisistas primarios, por lo que no pueden proyectarse en un futuro, donde exista un lugar para ese Yo, único e irrepetible. El bebé en los sueños de estas mujeres tiene una función metonímica: es portador del símbolo fálico (completud) y a la vez es la obturación de la castración, del vacío, de la ausencia. Es el representante de la *búsqueda del tiempo perdido*, del niño ideal que no se pudo ser. El hijo imaginario, sería entonces aquel doble que permitiera a ese Yo Ideal imperfecto volver a constituirse en la posición narcisista por excelencia: *His Majesty the Baby*.

¿Qué repiten? el momento mítico de ser un Yo Ideal investido y deseado por esa mirada que en su momento se dirigía a un otro lugar. Ellas tienen un sentimiento de ucronía (estar fuera del tiempo), nostalgia por lo que no se tuvo, añoranza (saudade) de un tiempo que no fue y que está más allá de la historia narrada. Lo que su madre les devolvió no era lo que ellas esperaban. Momento traumático que no puede ser elaborado y que aparece como un masoquismo

mortífero irrepresentable que busca la supresión de toda diferencia, de toda palabra. Negación del momento donde el amor de la madre hubiera podido evitarles todo el sufrimiento vivido y donde no había un yo que las defendiera de ese ataque pulsional (Aulagnier, 1994: 276).

¿Qué anhelan? que ese hijo imaginario suture esa herida narcisista. Que le dé a su existencia un sentido perdido en el tiempo y les ayude a historizar algo que está en el orden de la ausencia y del vacío. Regresión temporal, *nachträglichkeit*, que busca una elaboración para evitar el derrumbe del Yo. Estas mujeres tratan de responder a la pregunta ¿qué es eso que tiene que ver con lo que mi madre deseó, pero que mi Yo no reconoce como propio? Consideran que mediante la maternidad podrían responder a esa pregunta suspendida en el tiempo durante toda su existencia. El hijo imaginario se presentaría, en respuesta, como un predicado fijo del núcleo del yo<sup>44</sup>, sería lo único que se puede decir de la cosa y que impediría que nuevos juicios de atribución pudieran construirse a su alrededor.

#### e) El tiempo de la esterilidad

La esterilidad ante todo es una pregunta por el tiempo y el espacio: si no hay descendencia ¿cómo trasciendo? ¿qué le puede dar sentido a mi existencia si no es un hijo? Para descolocarse de la angustia insoportable sería preciso pensar que la esterilidad también puede ser una forma diferente de conocer y crear desde lo femenino, por lo que proponemos con diferentes autores<sup>45</sup>, formas analíticas para que la mujer con esterilidad se comprenda desde otro lugar diferente, con nuevos sentidos:

<sup>44</sup> Al respecto, Chamizo (1997:31) comenta: " Cuando compara Freud la estructura del Yo con el complejo-percepción, sostiene que el núcleo es equivalente a la cosa en el mundo, esto es, hay un punto en el Yo, que en tanto *cosa* se sustrae al juicio judicial, es "resto" dice Freud. Eso que permanece idéntico, eso irreductible al conocimiento, ¿no lo podemos articular con el agujero-fi ocupado por el objeto a? De esta manera la compleja estructura del Yo, propuesta por Freud desde el *Proyecto* implica un punto irreductible, inasible e incognoscible, que inevitablemente opera como cuestionamiento sobre el saber que el Yo tiene sobre sí".

<sup>45</sup> Corres (1996), Cuéli (1999), Chamizo (1997, 1998) Le Poulichet (1998), Levinas (1993), Rocha (1999), Tamayo (1999).

Primeramente, la esterilidad es una modalidad fenomenológica de la persona que muchas veces queda atrapada en una identificación secundaria unificada bajo la forma: "soy estéril"; esta frase se convierte en la más importante tarjeta de identidad. Transformar el sentido de este enunciado identificatorio por otros que muestren la complejidad referencial del Yo es una labor importante en el descentramiento de los referentes subjetivos.

Por otra parte, la diferencia ante los demás cuestiona al ser en su conjunto: La esterilidad históricamente se ha vivido como una forma de exclusión social. "Yerma" de García Lorca nos muestra lo intolerable que es para la mujer sentirse excluida, en este caso, llega a los límites de la locura. Tratar de separar la ecuación mujer=madre, es lo que permitiría a la mujer con esterilidad entender que su diferencia con otras mujeres es un acontecimiento más, y no una escisión de su ser. Esto implica también la posibilidad de descubrir al cuerpo propio no sólo en función de continente de un hijo anhelado, sino como el lugar por excelencia del intercambio libidinal: cuerpo erótico, cambiante, inestable, mortal.

La apertura de sentido implica dar la oportunidad a que otras significaciones provenientes de la comprensión de su historia individual y de su temporalidad (ser ahí), posibiliten otros lugares identificatorios. Comprender que el deseo de maternidad es una manifestación más del deseo; una forma de la incompletud originaria, ya que mueve a todo ser hacia un objeto imaginario de satisfacción y que, como toda ilusión, impide el estancamiento del sujeto en un lugar mortífero. Reconocer al deseo como una forma consustancial del ser, les permitirá buscar nuevas formas de sensibilidad que acompañen la comprensión de las circunstancias en las que están inscritas. Por último, la mujer con esterilidad debe darle una oportunidad al tiempo como representante de lo otro, lo que implica una responsabilidad, consigo misma, con su porvenir.



## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## Discusión

Por la rapidez de la evolución tecnológica, los tratamientos reproductivos han sufrido cambios, ajustes y mejoras en el aspecto biomédico, sin embargo, los estudios psicológicos en este campo no han tenido el seguimiento necesario como para conformar una teoría y una clínica sobre la esterilidad y las repercusiones psíquicas y éticas de los TRA. En un intento por continuar con los estudios ya realizados por diferentes autores sobre estos temas, hemos hecho un trabajo de investigación que pretende profundizar desde un marco teórico y una metodología pertinente, algunas de las preguntas que han aparecido en estos estudios.

La pluralidad de factores que producen ansiedad en los TRA, han dificultado encontrar una etiología más precisa de los efectos psicológicos estudiados. Algunos médicos tienden a ver los cambios de temperamento de estas pacientes como resultado de los tratamientos hormonales a los que han sido sometidas por periodos significativos. Sin embargo, nuestro estudio muestra que los síntomas de ansiedad observados no son más que una señal de que procesos psíquicos contradictorios se están llevando a cabo en el interior de estas sujetos. Los resultados de nuestra investigación profundizan el estudio de Carreño (2000), que demuestra que la depresión que aparece a lo largo de los TRA, es una forma de adaptación ante las fallas de las estrategias de afrontamiento al estrés. De acuerdo a nuestros resultados, la depresión ante estos tratamientos no es sólo una reacción a éstos, sino que procede de fallas psíquicas estructurales de tipo narcisista, resignificadas en momentos vitales.

El reto consistió en identificar a partir de los estudios precedentes, los factores que determinan el deseo de maternidad en las sujetos estudiadas. La diferencia significativa entre los antecedentes y nuestra investigación, se encuentra en que nuestro objetivo se enfocó en la búsqueda de factores diacrónicos que pueden ampliar la explicación de las manifestaciones observadas. De esta manera reconstruimos, de manera parcial, el proceso psíquico anterior a los TRA, como una hipótesis para explicar su insistencia a someterse a estos tratamientos. Esta

insistencia, ante la esperanza tecnológica de poder concebir un hijo, a veces es alentada por el equipo médico, o por el imaginario religioso vía el milagro. Lo anterior produce que la mujer no contemple durante el tratamiento salidas colaterales, por lo que la frustración debida mayormente a una idealización magnificada de esa esperanza, es, en muchos casos, devastadora.

Como marco de referencia para el estudio de este deseo de maternidad, encontramos: los estudios de cultura del mexicano, género, y los estudios psicoanalíticos sobre feminidad y maternidad:

De los textos que hacen referencia a la cultura del mexicano, tomamos aquellos que estudian el papel de la madre en ésta. Para los estudiosos del tema, la identidad nacional es una estructura mítica que permite la construcción de arquetipos en su interior, los arquetipos femeninos por excelencia son la virgen de Guadalupe y la Malinche; una idealizada, otra como dice Paz (1950), *chingada*. Si analizamos la penetración de estos arquetipos en el imaginario social que organiza a las mujeres estudiadas, podemos afirmar que en el concepto de maternidad manejado por ellas, existe una combinación de ambas figuras; como hemos mencionado, está presente la imagen de la madre buena, piadosa, y al mismo tiempo la sometida y vejada que debe callar los sufrimientos. Este icono de la Malinche alimenta así mismo la veta masoquista narcisista, que busca en los demás la compasión y la exaltación de la que sufre. La imagen de la Guadalupana, no es sólo para ellas una virgen protectora, consideramos, a diferencia de lo que menciona Paz quien percibe a esta figura más como protectora que como deidad de la fertilidad, en los casos estudiados se percibe como una figura-representación de la fertilidad, la esperanza de lograr ese hijo divino tan anhelado; en ellas se presenta una religiosidad piadosa, popular, basada en la creencia del milagro y la voluntad divina.

De acuerdo a nuestras entrevistas, podemos señalar que la pareja de estas mujeres no corresponde a la tipología del mexicano descrita por S. Ramírez, ya que sus parejas no son hombres abandonadores que embarazan y dejan, como lo señala Ramírez. Por el contrario, para llegar hasta las últimas etapas de TRA se hace necesario no sólo la presencia física, sino la cooperación constante de la pareja. Hemos observado que son más bien pasivos, sumisos a la insistencia de las

mujeres, resignados a la falta de paternidad (o a obtenerla por otro lado). Ellos cumplen el papel de *San José* en ese imaginario social, donde sus propias carencias complementan las de sus mujeres. Por otra parte, existe una coincidencia con los patrones culturales mexicanos que promueven una exaltación de la maternidad sobre la sexualidad. Aún antes de tener un hijo, estas mujeres ya presentan fuertes inhibiciones de su sexualidad genital; lo ven como una obligación, y como un sacrificio necesario para obtener el embarazo deseado. Así mismo, detectamos la dificultad de poder separarse de la figura de hiperidentidad de la madre-esposa, ya que en ellas recaen los valores sociales, y cuya figura cuestiona lo doloroso que es no continuar una tradición, una genealogía; por consiguiente, ser relegada de posiciones de poder que acostumbran tener las madres sobre los hijos, así como de movilidad y estatus social.

Los estudios de género, en especial el concepto de imaginario social (Castoriadis, 1983), nos remite a la producción histórica de sentido que conforman los mitos sociales. Hemos mencionado la importancia dentro del imaginario social genérico de la identidad entre la mujer y la madre, que imposibilita la construcción de proyectos identificatorios alternos. La dificultad para poder distraerse de ese imaginario social reside en el hecho de que ha permeado prácticamente todos los discursos que rodean estas mujeres: religiosos, políticos, científicos, comunicativos, etc. Es importante, para realizar una deconstrucción de los mitos sociales de la maternidad, cuestionar la certeza del “instinto materno” como algo de la naturaleza que predestina a toda mujer. Hacer la diferencia entre instinto materno y pulsión, es un trabajo de orden psicoanalítico que es necesario realizar permanentemente. Vale la pena resaltar que otros mitos sociales femeninos, como son la pasividad erótica y el amor romántico, no tienen una preponderancia en el deseo de maternidad; su influencia se presenta en el tipo de relaciones que mantienen con su pareja y en cierta carencia de deseo sexual. Esto contribuye a la dificultad que tienen estas mujeres para ubicarse como sujeto productivo, creativo, de placer erótico y de discurso que son las vías de salida de un proyecto identificatorio alterno.

Un problema que se presenta en la esterilidad, en relación al imaginario social, es el ocupacional; el tiempo femenino en este imaginario gira alrededor del

embarazo y la crianza, entonces, cuando éstos no existen, ¿a qué dedicarse, con quién ocuparse?, de ahí también en la insistencia en los tratamientos y en minimizar su extensión temporal. Su vida social gira alrededor de las citas y los tratamientos, del tiempo que pasa entre un periodo menstrual y otro; y ante todo se regula, como se ve en los resultados, por un tiempo subjetivo alrededor de la maternidad.

La constitución de la identidad femenina es esencial en el análisis del deseo de maternidad. Como señala la tradición freudiana, es un conjunto de avatares que acontecen en la niña y que la llevan a la construcción de su aparato psíquico y su posición subjetiva. El problema central de la identificación femenina reside según Freud (1931,1932), en la represión de un deseo de actividad (para él considerado masculino), que sin embargo no ha perdido su fuerza. Podemos observar en nuestros casos las ramificaciones de esta transformación en lo contrario. Es esa dificultad para proyectar la agresión afuera por lo que muchas mujeres buscan una salida en una forma masoquista culturalmente femenina, con un tinte narcisista que permite su sostén a través del imaginario del sufrimiento que enaltece. Un elemento de la identidad femenina que, como señala Freud (1931), tiene repercusiones en el deseo de maternidad, es aquel de la relación preedípica, ambivalente y conflictiva, de la niña con su madre. Sin embargo, de acuerdo con nuestros estudios, esta relación estaba prácticamente ausente, como consecuencia de desinvestiduras originarias. Las relaciones con el padre más que edípicas, son sustitutivas y no alcanzan a cicatrizar la herida primera producida por esa madre que no mira, o que mira a otro lado.

Del proceso de la identificación femenina, queremos resaltar las dificultades que presentan estas mujeres para constituir un Ideal del yo que pueda poner distancia suficiente de ese mítico Yo Ideal que se percibe como ese *niño maravilloso* (Freud, 1914). Esto provoca, en el pasaje del Yo Ideal al Ideal del yo, la constitución de un superyó severo que juzga y culpa duramente si no se cumplen los ideales, sobre todo aquel que liga indisolublemente a la feminidad con la maternidad. En su discurso aparecen enunciados identificatorios parentales que las hacen ubicarse en el negativo del Yo Ideal, lo que muestra su incapacidad para

constituir un Ideal del Yo que permita realizar juicios discriminantes<sup>46</sup>. Podemos observar en los casos referidos, que los juicios que se hacen a sí mismas por la infertilidad son totalizantes: “no sirvo para nada, no valgo nada, mi vida no tiene sentido”.

Dentro del problema de la identificación es relevante mencionar la imposibilidad de construir una identidad del tipo  $a=a$ , nunca existe una identidad pura, por lo que eso que llamamos “mi identidad” esta formada por un conjunto de diferencias unificadas a través de un rasgo común, que es la mismidad (M'Uzan, 1997). Esta sensación de mismidad es la que observamos fracturada en las mujeres estudiadas, por lo que su deseo de búsqueda de lo idéntico se percibe como imposible. Es por ello que la maternidad aparece como esa máscara imaginaria que para ellas daría solidez a esa identidad largamente buscada. Encontramos entonces, que el contrato narcisista, que es la función metapsicológica que cumple el registro socio-cultural (Aulagnier, 1985), sobrevalora el lugar de la maternidad. Este contrato es interpretado por ellas como un imperativo que les dificulta catectizar otros proyectos identificatorios diferentes a lo maternal, por lo cual, cualquier otra actividad humana, a excepción del maternaje, está poco investida. Es más, no sólo estas actividades les causan poco placer, sino que, en general provocan rechazo y a veces angustia. Consideramos que la caída del proyecto identificatorio con base en la maternidad es uno de los factores más importantes en el cuestionamiento de su identidad. Es por ello que muchos de los síntomas de angustia y depresión que aparecen a partir del diagnóstico de esterilidad, son las primeras manifestaciones de la resquebrajadura de su proyecto identificatorio originario.

La dificultad para construir proyectos identificatorios alternos reside en la fijeza de los tipos psicosociales permitidos culturalmente, donde como hemos mencionado, la maternidad es el ideal social para muchas mujeres. Descentrar la maternidad de la identidad de género es una cuestión que implica, por lo tanto, el

---

<sup>46</sup> Para Bleichmar (1981), La exigencia del ideal del yo dependerá de que se haya podido pasar del discurso totalizante al discriminante, ya que en éste último, el juicio no deriva de su cotejo con algo exterior, mientras que el discurso totalizante fuerza la lógica a despecho de cualquier evidencia. Una pregunta especulativa que nos hacemos es si en estas mujeres existe una falla constitutiva importante del Ideal del Yo, que sólo podremos responder a través de un estudio a profundidad dirigido a la lógica de constitución de los ideales en estos casos.

estudio de los diferentes procesos identificatorios por los que ha atravesado cada sujeto. Es importante replantearse, sobre todo, las identificaciones con modelos de pasividad y dependencia, frecuentemente valorados socialmente, pero que pueden ser el centro de muchos conflictos intrapsíquicos estructurales.

Consideramos para nuestro estudio, las aportaciones freudianas y postfreudianas sobre el narcisismo y los trastornos narcisistas. Existe una relación muy estrecha entre la identidad y el narcisismo, por lo que fue pertinente realizar una breve revisión de los diferentes conceptos de narcisismo que trabaja Freud a lo largo de su obra. Nosotros partimos del supuesto freudiano que el narcisismo es una etapa fundamental en la construcción del Yo (Freud, 1912), por lo que las fallas producidas durante esta etapa serán resignificadas en momentos posteriores como manifestaciones consideradas como narcisistas. Decidimos utilizar en nuestra investigación, los conceptos de trastornos narcisistas trabajados por Bleichmar (1981, 1991, 1997), quien retoma estudios de las escuelas francesas y americanas que han aportado elementos importantes en la construcción de estas figuras psicopatológicas.

De acuerdo a nuestras inferencias, las fallas en la estructura del narcisismo influyen de manera central en el deseo de maternidad. Más aún, existe una singularidad dentro del tipo de trastorno narcisista encontrado y es el de *déficit primario de narcisización* (Bleichmar, 1997), ya que estas mujeres tienen en común una imagen de sí devaluada, con sentimientos de hostilidad contra sí mismas. Las diferencias entre los diversos casos aparecen en las defensas narcisistas utilizadas para evitar el fracaso de la estructura narcisista; una defensa frecuente por su articulación con el imaginario social es la del *masoquismo narcisista* (Bleichmar, 1981), pero también podemos encontrar renunciadas narcisistas, rabia narcisista o desnarcisización entre otras. Cuando las defensas narcisistas fallan y la angustia es intolerable, entonces se presenta un movimiento de desinversión libidinal y de ataque al yo que se describe como *depresión narcisista* (Bleichmar, 1991), y que observamos en aquellos casos en que la frustración por el embarazo empieza a transformarse en crónica, o bien, cuando algún evento exterior resignifica duelos no elaborados.

Podemos entonces afirmar que existe una relación directa entre la descomposición de la estructura narcisista y la necesidad de construir un hijo imaginario que restaure un equilibrio libidinal que está a punto de fracturarse. La identidad, por lo tanto es cuestionada desde los planos intersubjetivo (imaginario social, valoración familiar y social), así como en el intrasubjetivo (sentimiento de sí). La complementariedad de estos ejes, se muestra de forma permanente a lo largo de las entrevistas realizadas y es lo que permitió elaborar la codificación axial de nuestros resultados.

A partir del estudio de los antecedentes teóricos, vimos la necesidad de buscar a través de un modelo interpretativo, los elementos significativos dentro de las historias de estas sujetos, que nos han servido de apoyo para la propuesta de un modelo que de cuenta de la complejidad del fenómeno central y que en nuestra investigación fue el deseo de maternidad. En cuanto al enfoque metodológico, en general el psicoanálisis ha utilizado el estudio de casos para difundir sus investigaciones; sin embargo, buscamos de un modelo que nos permitiera mostrar no sólo las características de los casos, sino fundamentalmente, presentar la complejidad del fenómeno observado y de sus diferentes interacciones y temporalidades. Decidimos por consiguiente, utilizar las herramientas metodológicas que nos proporciona dentro de la metodología cualitativa-interpretativa el enfoque denominado *teoría fundamentada* (Glasser y Strauss, 1967).

El seguimiento de este enfoque presenta alguna dificultad, ya que Strauss y Corbin (1990), junto con otros autores, han ido perfeccionando y haciendo más complejo el modelo a través de diez años de desarrollo metodológico. Dado que el objetivo principal de este enfoque es generar esquemas teóricos que permitan avanzar en las hipótesis de trabajo de futuras investigaciones, nuestra finalidad al utilizarlo, no fue sólo descubrir variables o factores que influyen en el fenómeno central, sino buscar las relaciones entre estas y así mostrar la centralidad o periferia de las categorías encontradas en relación al fenómeno central. El empleo de esta estrategia interpretativa en el contexto del marco teórico planteado, y su aplicación a una población que se somete a tratamientos relativamente nuevos, implican nuevos desafíos para las áreas de la Psicología Clínica y de la Psicología

de la Salud. La aplicación de la *teoría fundamentada* se llevó a cabo en tres momentos metodológicos:

- Inductivo.- Con base en observaciones de campo dirigidas por una mirada psicoanalítica (muestreo teórico).
- Deductivo.- construcción de categorías y subcategorías en base a teorías y estudios anteriores (codificación abierta).
- Inductivo.- a partir de los casos particulares se buscaron elementos comunes para proponer conclusiones preliminares (codificación axial y selectiva).

Esta lógica temporal nos permitió detenernos, avanzar y cuestionar, gracias a la nueva información obtenida. Los esquemas que se establecieron así como la concatenación de los resultados, fueron producto de tres momentos del proceso: observación, construcción y pronóstico. Las categorías encontradas pertenecen a diferentes niveles de análisis que van de lo social a lo intrasubjetivo, por lo que sólo un método cualitativo de las características de la *teoría fundamentada* permitió no sólo la comparación, sino la complementariedad de estas categorías. Esta complejidad también se estudió en la llamada matriz condicional, a través de los diferentes niveles de interacción que van desde lo internacional y nacional, hasta la acción directa en relación al fenómeno analizado. Para abarcar todos los niveles propuestos, sería necesario realizar nuevas investigaciones con un enfoque interdisciplinario, que puedan interpretar, desde otras miradas, el fenómeno estudiado; por ejemplo sería pertinente buscar, entre otros saberes, el apoyo de la Sociología y del Análisis Institucional para una mayor comprensión de los niveles organizacionales y suborganizacionales.

Dada la riqueza del material obtenido, decidimos presentar los resultados, por una parte siguiendo el enfoque de la *teoría fundamentada* como acabamos de comentar, y por otro lado, un análisis a profundidad ejemplificado por una voz narrativa. A través de esta voz narrativa buscamos mostrar la complejidad de las vertientes que influyen en el deseo de maternidad, por ejemplo, para expresar la vivencia de dolor consideramos importante no sólo clasificar la información, sino mostrar su intensidad y de esta manera producir determinado nivel de teorización.

Encontramos cierto grado de dificultad para ubicar la centralidad o periferia de las categorías identificadas, ya que se necesitó de la mirada psicoanalítica para diferenciar si existe en estas sujetos una relación cercana o no con dicho fenómeno. El trabajo anterior, nos permitió de manera complementaria esbozar algunas reflexiones teóricas que surgieron a partir de los resultados obtenidos y que pueden ampliar de alguna manera la comprensión de la problemática de la esterilidad femenina.

Dentro de los factores encontrados es relevante mencionar la presencia de las categorías que denominamos *fallas en la estructura narcisista de la personalidad e hijo imaginario*, categorías cuyos analizadores no aparecen en el nivel manifiesto del discurso, sino que emergen gracias a la interpretación psicoanalítica del material obtenido en las entrevistas. Podría suponerse que este tipo de interpretación estaría sesgada por la propia formación del entrevistador, pero después del análisis interpretativo de todos los casos, podemos observar que existe una línea común en todas las historias de estas sujetos, que denominamos central y que fue producto de un ejercicio hermenéutico que se conoce como modelo analógico. Modelo que permite lograr una adecuada proporcionalidad entre la fidelidad del texto y las categorías alcanzadas, pero donde son respetadas las diferencias.

Los resultados obtenidos a través de dos enfoques metodológicos nos proporcionan en la *teoría fundamentada* una mirada panorámica del proceso, mientras que la interpretación psicoanalítica del material, revela indicadores de la estructura profunda que determina este deseo de maternidad. Como parte de la construcción de una *teoría fundamentada en los datos*, quisimos incluir algunas reflexiones a partir de la teoría psicoanalítica para crear ejes temáticos y discursivos que pueden tomarse en cuenta en una psicoterapia enfocada al problema de la esterilidad primaria. Consideramos como una aportación en materia de Psicología de la Salud al tratamiento médico de la esterilidad, el diseño de una intervención psicológica integral que, de manera conjunta con los programas de TRA, contemple cinco momentos del proceso:

- a) el estudio psicológico a profundidad de la mujer recién diagnosticada como estéril.
- b) la canalización y tratamiento psicoterapéutico durante todo el periodo de permanencia institucional.
- c) un trabajo integral, a lo largo del tratamiento, con sus redes de apoyo, en especial su pareja sexual.
- d) una continuidad en la psicoterapia una vez que se terminen las opciones médicas, en función de lograr otras salidas, ya sean, proyectos alternativos de vida o bien una adopción razonada y elaborada.
- e) una labor de retroalimentación continua con el equipo médico tratante.

Como parte de la investigación realizada, queremos aportar algunos elementos que pueden tomarse en cuenta para una intervención con mujeres estériles, con las características de personalidad antes mencionadas. Dados los avances de esta investigación, consideramos que una de las líneas que surgen a partir de la misma es el desarrollo de un tratamiento psicoterapéutico específico que incorpore las principales causas que intervienen en la búsqueda insistente de TRA. En especial, prestar atención a la centralidad de las fallas narcisistas, el género expresado como imaginario social y las expectativas que se tiene para el hijo por nacer (hijo imaginario). Es importante hacer énfasis en la complejidad del fenómeno estudiado para realizar el diseño del modelo psicoterapéutico específico, por lo que sugerimos para ampliar este diseño tomar en cuenta las aportaciones de:

- Morales Carmona (1994,1997), cuyo equipo de trabajo del INPer plantea la necesidad de tener un programa integral de atención a la paciente estéril, que incluye el trabajo de las estrategias de afrontamiento de la esterilidad. Una aportación importante de sus investigaciones es la labor terapéutica con el autoconcepto de estas mujeres.
- Gillot-de Vries (1991), quien pone de relieve el trabajo psicológico y ético en las TRA. Esta autora trabaja específicamente con el sentimiento de no poder cumplir un estadio psicológico importante en el ciclo vital, con una mirada al sí mismo, a la sociedad y a los padres de las sujetos. También hace énfasis en el trabajo con la pareja para la diferenciación entre los

proyectos de vida de dos y de tres (el hijo), así como el trabajo de duelo tanto de la fertilidad como del *hijo imaginario biológico*.

- Algunos trabajos publicados por la revista *Reproductive Health Matters* (1999) dedicado al tema *Living without children*, donde destacan los trabajos de Sundby, Gillespie y un trabajo anónimo. Sundby, nos habla de romper con la paciente estéril los mitos sobre la infertilidad, y sobre todo los tabúes y estigmas sociales además de la búsqueda de soluciones a largo plazo. Mientras que Gillespie, muestra la importancia de trabajar, con las mujeres sin hijos, en la comprensión de que pueden lograr una feminidad e identidad plena. Por último, encontramos el relato anónimo de una mujer que pertenece a un grupo de sostén para mujeres estériles mayores de cuarenta años; en este texto narra cómo la terapeuta las confrontaba permanentemente con sentimientos de soledad, tristeza, pérdida, frustración y desesperación, pero sobre todo, con el sentimiento envidioso hacia mujeres que tenían hijos y la importancia de la elaboración del duelo por la esterilidad.

Además de los conceptos que emergen de los trabajos anteriores, encontramos de gran interés hacer énfasis en el análisis de la estructura de personalidad narcisista como una de las fuentes de la insistencia significativa en el deseo de maternidad. Es por ello que sería conveniente, si este factor es detectado en la evaluación diagnóstica de las mujeres con esterilidad, se tomen en cuenta en el modelo psicoterapéutico los siguientes factores:

- la imago corporal, en sus ejes espacio-temporales y en su relación con el dolor que atraviesa el sentimiento de sí. En especial, hacer énfasis en los aspectos psicodinámicos señalados en las aportaciones teóricas.
- la imago materna, que es la presencia fantaseada y muchas veces persecutoria de las huellas originales con respecto a una figura central, sobre todo cuando ocurrió una desinversión temprana.

- la identidad, donde se debe de resaltar el análisis de enunciados y referentes identificatorios, sobre todo, los mitos y avatares de la identidad femenina, en función de replantear nuevamente el proyecto identificatorio.
- la fantasmaticización del hijo imaginario, quien va a completar y suturar heridas imaginarias y simbólicas (narcisistas); el objetivo de la psicoterapia en esta temática contempla por lo tanto, dejar de ver a ese hijo anhelado como salvador de sus vidas y poder descolocarse ellas mismas del lugar del sacrificio y la resignación.
- la temporalidad inconsciente que atraviesa su deseo de maternidad, en el sentido de encontrar una nueva resignificación de temporalidades psíquicas.

Consideramos relevante analizar conjuntamente con las sujetos los referentes analíticos antes mencionados, pero sobre todo, ayudarles a encontrar un proyecto identificatorio adecuado a su estructura de personalidad y su situación actual (familiar y económica). Este proyecto identificatorio deberá de contemplar la búsqueda de diferentes alternativas donde pueda encontrar satisfacciones tanto objetales como narcisistas alternas a aquellas que a lo largo de su historia se han empobrecido o se han perdido.

Cabe señalar que en la reconstrucción o reestructuración de este proyecto identificatorio, debería quedar incluido un referente ético que conlleve no solo la superación de visiones genéricas de lo femenino, como pueden ser los mitos de mujer=madre, la virginidad, el autosacrificio, la pasividad o la vejez prematura; representaciones culturales que han permeado al psiquismo de la mujer y le han impedido el goce y la realización individual. La finalidad de esta psicoterapia es la de trabajar conjuntamente con estas mujeres en la construcción de un proyecto más cercano a su realidad subjetiva que contemple, no sólo la aceptación de su esterilidad, sino la creación de espacios de creatividad.

En un momento dado, como consecuencia de la intervención terapéutica, pueden surgir nuevas problemáticas, como por ejemplo, si la paciente estéril no

desea ya quedar embarazada y sin embargo, puede verse confrontada por esta decisión con presiones familiares difíciles de manejar. También puede presentarse el caso en el que un sólo miembro de la pareja quiera la adopción. En consecuencia, nuevos planteamientos deben de ser puestos a discusión como son por ejemplo, si el deseo de hijo es realmente compartido por la pareja durante todo el proceso, o cuestionar el lugar que ocuparía el hijo adoptivo, ya sea el de hijo imaginario o el de un sustituto siempre imperfecto. Por otra parte, sería conveniente realizar algunos seguimientos en los casos de éxito o fracaso de los tratamientos, lo que permitirá a su vez elaborar estudios longitudinales, que puedan ampliar y complementar las diferentes problemáticas observadas.

Proponemos así mismo, la necesidad de realizar un trabajo simultáneo en los diversos niveles de acción-interacción que fueron mostrados a través de la matriz condicional. De manera central se deben tener presente las diferentes contradicciones que se pueden presentar en la interacción entre los distintos niveles; por ejemplo, aquel de las políticas institucionales concretas que pueden, en un momento dado, entrar en conflicto con el deseo de maternidad. Dentro de este trabajo sugerimos el cuestionamiento permanente de las coincidencias y diferencias que puedan presentarse entre el trabajo médico-institucional y las expectativas creadas por estas pacientes, influidas por sus relaciones familiares y sociales.

Así mismo, es indispensable tener una línea de comunicación directa con las redes de apoyo, ya sea mediante entrevistas periódicas o su inclusión en una psicoterapia de pareja y/o familia en casos donde se valore su pertinencia. En los niveles más específicos de acción-interacción, que competen al individuo, recomendamos un trabajo grupal, donde se comparte la problemática con otras mujeres sujetas a tratamientos similares para que puedan analizarse los miedos y ansiedades básicas. Simultáneamente, tratar de desmitificar conceptos pertenecientes al imaginario social genérico, como aquel que contempla la permanencia de la ecuación mujer=madre. Este proceso grupal podríamos denominarlo como deconstructivo.

Dada la complejidad del fenómeno, consideramos indispensable una estrecha colaboración entre el equipo médico responsable, por lo que proponemos de igual

manera algunas sesiones de trabajo interdisciplinario donde se contemplen las vicisitudes de los diferentes niveles de acción-interacción, y una retroalimentación permanente que incida en el trabajo con las pacientes estériles. Como hemos podido observar a través de los resultados obtenidos, si bien el papel que ejerce la institución médica, no es relevante para la insistencia de las mujeres por quedar incluidas y permanecer en los TRA, ésta las acompaña durante todo el proceso. Por lo tanto, sería interesante para ampliar este conocimiento, realizar otras investigaciones a profundidad donde el foco pudiera ubicarse en las relaciones de la institución médica o su personal, en el desarrollo y resultado de los diferentes tratamientos ginecológicos.

Por otra parte, la experiencia personal ha sido muy enriquecedora a lo largo de toda la investigación. Es importante mencionar, como parte del proceso de las entrevistas, el hecho que dentro del imaginario institucional al que se insertan los sujetos, el papel del entrevistador-psicólogo, es siempre ambiguo. A pesar que se les notificó que era parte de una investigación independiente a la institución médica, no por ello dejaron de tener la sospecha de que la información podía aparecer en su historial médico, por lo que tuvimos que insistir en la confidencialidad de la misma. Como parte de la relación entrevistador-entrevistado, emergieron situaciones catárticas de gran relevancia, sobre todo cuando exploramos los recuerdos infantiles o algunas asociaciones de sueño. Sostenemos que el hecho de que el entrevistador sea de sexo femenino es un elemento importante para el *rapport*, ya que muchas de ellas se quejaban del trato de algunos médicos adscritos o residentes; una de ellas lo señaló como un comportamiento "típicamente masculino". El trabajar con uno de los ejes identificatorios de la mujer como es la maternidad, implica el movimiento interno de aquellos aspectos que como entrevistadora-mujer-madre-hija también se ven comprometidos. Consideramos que tanto los factores intersubjetivos como intrasubjetivos del manejo terapéutico de la entrevistadora, se pusieron en juego tanto en la entrevista misma como en el estudio y discusión de los casos<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Como nos señala Devereux (1977), en el estudio de datos a partir de técnicas como lo es la entrevista a profundidad, es indispensable la comprensión del fenómeno a partir de incluir al entrevistador como parte del fenómeno observado y analizado (reciprocidad entre observador y sujeto).

Es ineludible mencionar que el apoyo institucional, tanto de la Facultad de Psicología de la UNAM a través de su cuerpo docente<sup>48</sup>, como de los encargados del proyecto de Reproducción Asistida<sup>49</sup> en la institución hospitalaria, jugaron un papel fundamental en el desarrollo de la investigación. El hecho que se nos permitiera crear un espacio para la realización de las entrevistas con un respeto y un apoyo sostenido a lo largo del tiempo de la investigación, muestra así mismo el interés institucional tanto por las mujeres estudiadas, como por los resultados del estudio.

Entre las limitaciones encontradas para el desarrollo de la investigación, tenemos por ejemplo las dificultades propias de las TRA, ya que teniendo éstas un cierto grado de incertidumbre en sus resultados, este factor recae en el escenario de las entrevistas, y promueve la fantasía de que algo milagroso les va a suceder, en vez de contemplarlo como una técnica médica con determinadas probabilidades de éxito. Este factor es importante porque implicaría poder investigar, conforme avance la técnica, si los fracasos u éxitos tienen relación con aspectos subjetivos, como se hace por ejemplo en los estudios de transplantes. Cabe señalar que nuestra investigación resulta pertinente en el marco en que las TRA, en especial la de FIV-TE, han presentado resultados poco satisfactorios, sobre todo en instituciones públicas de nuestro país. En la medida en que los avances técnicos permitan realizar estos procedimientos sin las dificultades que actualmente se presentan, y que incrementen, por consiguiente, sus posibilidades de éxito, entonces, las características psíquicas de las mujeres que se someten a dichos tratamientos podrían ser más diversas.

Finalmente, el trabajo con la mujer estéril implica retomar aquello que Marcela Lagarde (1997) denomina como "maternaje de sí mismas", es decir, redescubrir un cuidado de sí, de su subjetividad e independencia. Las construcciones analíticas irán en el sentido de encontrar un nuevo interés que les permita por un lado, comenzar a reinvestir objetos que conlleven nuevas formas de gratificación narcisista enmarcadas en lo social, pero al mismo tiempo, desprenderse

---

<sup>48</sup> Por parte de la Facultad de Psicología el material clínico fue supervisado en distintos momentos del proceso, por los doctores Blum, Morales y Cueli.

<sup>49</sup> Este proyecto está a cargo de los doctores Franco, Gutiérrez-Amezcuca y Saucedo del Servicio de Ginecología y Obstetricia (C.M.N. 20 de Noviembre).

paulatinamente de atavismos culturales sobre la identidad femenina. Es importante colaborar con estas mujeres a incluir, dentro de la ética del semejante (Dio Bleichmar, 1991)<sup>50</sup>, a un otro que no sea exclusivamente el hijo anhelado. Como parte de futuras investigaciones sobre el tema de la esterilidad, no debemos dejar de lado que ésta siempre se presenta como par dicotómico: esterilidad-fecundidad, por lo que cualquier reflexión sobre estos temas tiene, como un horizonte posible, los diferentes imaginarios que atraviesan la maternidad.

---

<sup>50</sup> La ética del semejante es una perspectiva identificatoria cultural donde la mujer incluye en sus proyectos al otro, ya sea al marido o los hijos. Emilce Dio Bleichmar entrevistada por María Jiménez (1991: 112)

## Conclusiones

De acuerdo con el objetivo propuesto, al investigar los factores que influyen en el deseo de maternidad de un grupo de mujeres sometidas a TRA, encontramos que este deseo como fenómeno central es un concepto complejo tanto teórica como operacionalmente. Es por ello que decidimos seguir la siguiente ruta metodológica:

- 1°. Estudiar el campo por medio de observaciones sistematizadas a través de entrevistas abiertas.
- 2°. Revisar tanto la literatura especializada como publicaciones relacionadas con la esterilidad y/o la maternidad.
- 3°. Definir tanto el enfoque clínico (psicoanalítico) como la estrategia metodológica (*teoría fundamentada en los datos*), que analizan y sistematizan los datos obtenidos.

La esterilidad en su relación con las TRA es un campo poco explorado tanto en Psicología Clínica como en Psicología de la Salud, por lo que decidimos utilizar en esta indagación un enfoque interpretativo, a profundidad. Para enmarcar el trabajo de investigación, tomamos en cuenta cuatro supuestos teóricos principales:

*La influencia de la cultura mexicana en los temas sobre la mujer y la maternidad.*- En diversos trabajos se han registrado los arquetipos, mitos, iconos y premisas socio-culturales que dentro de la tradición cultural mexicana, han ayudado a construir el imaginario social genérico, donde el valor de la maternidad ha sido sobrevalorado, y considerado como uno de los elementos básicos de hiperidentidad en la mujer mexicana.

*La influencia del género.*- El imaginario social genérico remite a prácticas, discursos e ideologías que conceptualizan a la mujer predominantemente como madre; de esta manera se deja en segundo plano otras prácticas y papeles sociales. La exaltación de la figura de *la madre*, la certeza de un *instinto maternal*, la sobreprotección de los hijos y el relegamiento de la figura del padre en la crianza,

forman parte del discurso y de las prácticas sociales predominantes en nuestra cultura.

*La identidad femenina.*- La constitución de la maternidad como ideal femenino se estructura con base en dos polos identificatorios. Por una parte, la identidad de género, o sea, los territorios asignados culturalmente a la mujer, donde la maternidad es su forma tradicional. Así mismo, las identificaciones tempranas inconscientes con la madre y figuras de maternaje excluyen a la niña de los lugares de poder, dejando como formas exclusivas para la identificación femenina a la pasividad, al cuidado materno y con frecuencia a la sumisión.

*El narcisismo.*- Nos apoyamos en las teorizaciones psicoanalíticas sobre la constitución y el desarrollo del narcisismo así como sus diferentes psicopatologías. Para el análisis de los casos seleccionados, estas teorizaciones nos dieron un encuadre para entender la relación entre las fallas narcisistas y el deseo de maternidad.

Consideramos que el enfoque psicoanalítico es la forma más adecuada de comprender la escucha de mujeres que insisten de manera significativa en su búsqueda de fertilidad. Reconstruir su historia de vida a partir de recuerdos, sueños, fantasías, afectos, son elementos centrales que, en nuestra opinión, otros enfoques no abordan con la misma profundidad. Utilizamos como auxiliar metodológico para una mejor sistematización de la información, y como forma de construir un diálogo interesante entre método y enfoque conceptual, la *teoría fundamentada en los datos* (Glaser y Strauss, 1967). Sus aportaciones son muy valiosas para poder contrastar y encontrar elementos comunes a un fenómeno central, que posteriormente puedan ser interpretados a partir del psicoanálisis.

El procedimiento que seguimos para trabajar con los discursos proporcionados por las entrevistadas se fundó en una primera propuesta que mostraba que, tanto el género expresado como imaginario social, las fallas en la estructura narcisista de la personalidad y la figura que denominamos *hijo imaginario*, aparecen como factores centrales en el deseo de maternidad. Construimos, a partir de datos particulares, un esquema que incluyera los demás elementos presentes en el deseo de maternidad

pero que no juegan un papel central en este. Estos factores fueron: los efectos secundarios del tratamiento, la institución médica, las presiones familiares, la historia de pareja y los contextos socio-culturales en que se inscriben.

La riqueza de este enfoque logró una mirada que penetrara, aunque fuese de manera parcial, al complejo mundo de la esterilidad femenina. Mundo que ningún saber particular ha podido comprender en su totalidad, pero que nos habla de los bordes a los que todo discurso sobre la mujer debe considerar. Es por ello que, examinando las aportaciones de esta investigación, podemos sintetizarlas de la siguiente manera:

- Un estudio a profundidad con mujeres que son sometidas a tratamientos reproductivos de alta especialidad.
- La utilización de una estrategia metodológica interpretativa como auxiliar para la investigación psicoanalítica.
- Una aportación para la construcción de una estrategia de intervención psicoterapéutica diseñada para las mujeres que se sujeten a estos tratamientos.
- La exposición de elementos teóricos surgidos a partir de la interpretación psicoanalítica de las entrevistas y que puedan ayudar a una mejor comprensión del fenómeno estudiado.

A continuación exponemos los resultados obtenidos en esta investigación:

- Desde la *teoría fundamentada*.- El fenómeno estudiado, el deseo de maternidad, queda comprendido en un proceso inferido a partir de las diferentes codificaciones. Este proceso fue esquematizado de la siguiente forma:

I *Condiciones causales*.- Detectamos dos factores que aparecen en el origen de la constitución psíquica de las mujeres estudiadas y que influyen de manera importante en el deseo de maternidad. Estos factores son:

- El imaginario social, que comprende todos los mitos e ideologías que atraviesan a la comunidad de origen de estas mujeres en lo relativo a la maternidad.
- La estructura psíquica, sobre todo en relación al eje narcisista que constituye su identidad; en especial lo que se considera la identidad femenina, y que en un momento dado constituye su proyecto identificadorio.

II *Resultados de las condiciones causales.*- En el momento en que una mujer piensa en reproducirse, se resignifican todas las condiciones causales y de acuerdo con estas, la mujer decide, ya sea embarazarse, aplazar la decisión o definitivamente excluirse de la reproducción; a este fenómeno lo denominamos *deseo de maternidad*. Si se propone buscar un embarazo y no lo consigue en cierto periodo, empieza su inserción en tratamientos ginecológicos que pueden llegar hasta las técnicas de reproducción asistida.

III *Contexto.*- Dentro de los factores que acompañan e influyen de diferente manera al fenómeno estudiado encontramos la historia de la pareja que desea la fertilización, así como la institución médica (personal y procedimientos) que en nuestro estudio es un hospital de tercer nivel de atención.

IV *Condiciones interventoras.*- Detectamos que los valores culturales, creencias y mitos acerca de la maternidad, forman referentes permanentes en las expectativas sociales a las que se enfrenta una mujer con esterilidad. Así mismo, la familia, fundamentalmente la política, es un factor presente en el contexto de la búsqueda de un embarazo, pero no de manera central.

V *Estrategias.*- Los tratamientos de reproducción asistida producen una serie de efectos directos e indirectos, entre los más relevantes encontramos: los efectos físicos propios de los tratamientos y los efectos psíquicos como sentimientos de tristeza, desesperanza o ansiedad y miedo. Estos efectos producen formas defensivas preconcientes-inconscientes, entre las que predomina la fantasía del hijo idealizado (imaginario), como una forma de detener estos sentimientos de frustración y desesperanza. Otros mecanismos detectados fueron la victimización

(en su forma de *masoquismo narcisista*), la negación o desmentida de la realidad de los tratamientos ginecológicos, y la proyección de la agresión generalmente hacia el personal o a la institución médica.

VI *Consecuencias de las estrategias*.- Si al final de los tratamientos no se produce una fertilización exitosa, puede darse una salida *sintomática* a la adopción, o la manifestación de una depresión importante que denominamos narcisista. Proponemos el trabajo psicoterapéutico para una elaboración de todo el proceso.

Por otra parte, con los datos obtenidos anteriormente, elaboramos una matriz condicional que contiene los diferentes niveles de acción/interacción que intervienen en el fenómeno central. La clasificación obtenida, en una descripción del centro a la periferia, se presenta de la siguiente forma (p. 70):

- 1) acción: deseo de maternidad
- 2) interacción: manejo de la esterilidad
- 3) individual, grupal y colectivo: historia familiar, individual y de pareja
- 4) suborganizacional: tratamientos específicos para la esterilidad
- 5) organizacional: políticas institucionales sobre la reproducción asistida
- 6) nacional: imaginario social, cultura y valores en relación a la maternidad
- 7) internacional: avances tecnológicos en reproducción asistida.

La acción central es el deseo de maternidad, donde la interacción se daría en base a todas las acciones que realizan estas mujeres para tratar de satisfacer este deseo. Sin embargo, este deseo y su interacción están inmersos en otros niveles que influyen de diferentes maneras en la forma y tiempos en que este deseo de maternidad puede llevarse a cabo.

De acuerdo a lo anterior, el nivel teórico alcanzado en esta investigación fue el reconocer, ya sea de manera manifiesta o inferida, los distintos factores que influyen en grado y proporción variable en el deseo de maternidad. Al proceso antes expuesto lo llamamos *insistencia en participar en sofisticados tratamientos de esterilidad*. Este constructo teórico es el resultado del trabajo con una teoría

fundamentada en los datos y permitirá al investigador interesado partir de él para realizar nuevas investigaciones sobre el tema.

- Desde la teoría psicoanalítica.- Partimos de criterios prediseñados en la entrevista que incluían los siguientes ejes temáticos: Presiones sociales o familiares, continuidad de los tratamientos y causas psíquicas del deseo de maternidad, donde exploramos la historia personal, relaciones intersubjetivas, la formación de ideales, las expectativas del hijo anhelado, y la problemática actual. A partir de la información obtenida, trabajamos en la búsqueda de la centralidad de las categorías encontradas mediante la *teoría fundamentada*, a partir de la interpretación subjetiva que realizan estas mujeres del fenómeno estudiado. El análisis del discurso de estas sujetos nos permitió diferenciar el peso específico que ellas daban a las diferentes categorías, así:

*Género.*- La influencia del imaginario social genérico en el deseo de maternidad se presenta como central en seis de los casos estudiados, en dos de ellos está de forma periférica y sólo en un caso está ausente.

*Presiones familiares.*- Se investigó la forma como las sujetos interpretan la influencia de la pareja, los padres y otros familiares en este deseo. Inferimos que en seis casos este factor está ausente, en dos de ellos es periférico, únicamente en uno de los casos se presenta como central.

*Institución médica.*- En todos los casos este factor estuvo ausente como influencia directa en su deseo de maternidad.

*Estructura narcisista.*- La interpretación de la narración que hicieron las sujetos de su historia de vida nos permitió inferir que este factor aparece, en todas ellas, de forma central en su deseo de maternidad.

*Hijo imaginario.*- Las expectativas que tienen sobre el hijo por venir se encuentran presentes de manera central en los discursos de todas las sujetos, lo que hace de esta categoría, para todos los casos, un factor central en el fenómeno estudiado.

*Efectos secundarios.*- Encontramos que las diferentes reacciones que producen los tratamientos médicos a las que están sometidas no influyen en ninguno de los casos en su deseo de maternidad.

A estos resultados los denominamos como grado de centralidad de las categorías. Presentamos ejemplos clínicos de su incidencia y complejidad. Así mismo, a través de una voz narrativa, conjuntamos el discurso de la comunidad de mujeres entrevistadas con las categorías investigadas y su relación con el deseo de maternidad.

Concluimos entonces que el deseo de maternidad está enraizado a factores subjetivos, preconscientes-inconscientes. Encontramos en las sujetos, de manera predominante, una insuficiencia en la investidura libidinal materna, que provoca fallas estructurales narcisistas básicas que afectan tanto su identidad femenina como la de género, por lo que la esterilidad es, en consecuencia, un evento que viene a resignificar y/o cuestionar su proyecto identificadorio.

A manera de propuesta teórica dentro del enfoque utilizado, desarrollamos algunos elementos conceptuales que puedan ayudar a repensar el problema de la esterilidad primaria desde el punto de vista del sujeto psíquico:

*El deseo de maternidad.*- El deseo es el soporte del sujeto y la fantasía es el escenario del deseo. En este apartado nos preguntamos sobre la constitución del deseo de maternidad y la fantasmática que lo recubre y descubre.

*El mito de la maternidad.*- Las mujeres que buscan la maternidad se identifican con alguno de los tipos de la iconografía religiosa que unen a la maternidad con la figura virginal, entre las que detectamos: La Anunciación, La Inmaculada Concepción, La Virgen Dolorosa y la Sagrada Familia.

*La filiación.*- Encontramos en el grupo estudiado, que el deseo de dejar descendencia y buscar la fecundidad, como fin valorizado en sí mismo, predomina de manera importante sobre el deseo de hijo de un hombre amado.

*La imago corporal.-* Nos preguntamos en este apartado sobre el nivel de representación en las mujeres estudiadas de las diferentes partes de su aparato reproductor, así como de las experiencias dolorosas vividas en los tratamientos.

*El hijo como borde.-* Detectamos que una de las funciones que puede tener el hijo imaginario es la de ayudar a estas mujeres a conseguir, de manera imaginaria, un límite para su Yo.

*El hijo como doble.-* A nuestra consideración, una de las funciones imaginarias que posee el hijo anhelado es la de poder ser un desdoblamiento narcisista; a éste se le proyectará tanto las pulsiones agresivas, como su Yo ideal infantil.

*El hijo como representante del objeto perdido.-* De acuerdo con el resultado de nuestra investigación, otra de las funciones que posee el hijo imaginario es la de tratar de tapar la desinvestidura materna originaria.

*El hijo como investidura narcisista de objeto.-* Planteamos en consecuencia, la tarea casi imposible que tendrá el hijo por venir, ya sea logrado biológicamente o adoptado, de colmar esas enormes expectativas.

*Sacrificio y soledad.-* Especulamos sobre la queja por la esterilidad en la soledad y su relación con el sacrificio como fuente de valoración narcisista.

*El tiempo de la esterilidad.-* En las mujeres estudiadas encontramos una forma peculiar de temporalidad circular y repetitiva. Es una búsqueda insistente, a veces frenética, por encontrar el tiempo perdido, el momento de constitución de los ideales, sin tomar en cuenta la realidad externa.

Entre los puntos más importantes que surgieron a partir del análisis de las entrevistas y que pueden ser retomados en otros estudios a profundidad podemos encontrar:

- Las investiduras libidinales en estas mujeres están ligadas casi exclusivamente a la maternidad en detrimento de la sexualidad.
- Una idealización de la propia madre puesta en la función de la maternidad y una vuelta contra sí mismo de la agresividad, se presenta al mismo tiempo un desplazamiento de los afectos envidiosos que originariamente fueron dirigidos contra la madre, hacia mujeres que ejercen la maternidad.
- Dificultad para introducir la función del tercero (representada actualmente por el esposo).
- Coincidencia del objeto del deseo con el hijo imaginario e incapacidad de desplazarlo a otros objetos, de ahí la sensación de frustración y vacío.
- Aumento de las defensas yoicas, como es el caso del *masoquismo narcisista*, ante la inminente caída narcisista.
- Incapacidad de encontrar referentes identificatorios ajenos a la maternidad que le permitan obtener el placer necesario para llevar a cabo otras actividades.

Por todo lo anterior, proponemos un trabajo integral intra e intersubjetivo que abarque los siguientes aspectos:

- La historia libidinal y el proyecto identificatorio
- Una nueva relación con su cuerpo y su sexualidad.
- La posibilidad de reinvestir las relaciones objetales existentes y encontrar nuevas que les proporcionen gratificaciones narcisistas alternas.
- La necesidad de redimensionar las expectativas sobre el hijo anhelado.

Para resumir los planteamientos plasmados a lo largo de esta investigación, podemos señalar que el deseo de maternidad en una mujer con fallas importantes en su estructuración narcisista, viene a cumplir un papel completamente diferente a aquella otra mujer donde la estructuración fue más lograda y el hijo ocupa un lugar

simbólico importante, pero no exclusivo, desde su investidura libidinal y en su proyecto identificador. En cambio, el papel que desempeña el hijo en el primer caso es de cumplimiento de fantasías, casi siempre inconscientes, que tratan de suplir esas fallas originarias. Es muy probable que las posibles salidas para sustituir esta falta estén destinadas al fracaso; en el caso de la adopción, este infante podría sufrir las consecuencias de demandas y exigencias exageradas.

A partir de dos enfoques metodológicos distintos concluimos que el deseo de maternidad es un fenómeno central en la insistencia de mujeres a querer someterse a complicados TRA, fenómeno que está influido por varios factores, entre los que encontramos la cultura nacional, la asimilación e identificación con el imaginario social genérico, la identidad femenina que pasa por las relaciones intersubjetivas con la propia madre y otras figuras femeninas significativas, la historia de la pareja y el anhelo de inscribirse en otro lugar social en relación a la familia originaria, la familia política y otras relaciones sociales. Cuando una mujer se enfrenta a la esterilidad, se replantea este deseo de maternidad resignificando tanto la historia libidinal como la identidad (de género y femenina); de manera específica, la estructura narcisista (ideales).

Cuando en la clínica nos encontramos ante una mujer con esterilidad, sobre todo primaria, es importante tomar en consideración no sólo los problemas actuales por los que atraviesa, sino fundamentalmente, ese deseo de maternidad que se expresa con insistencia, y tiñe de una modalidad especial, a los diferentes TRA, especialmente del tipo de FIV-TE. Cada uno de los factores anteriores podría constituir en sí mismo una nueva línea de investigación que permita profundizar y sistematizar algunos de los resultados presentados en este estudio.

Reconstruir un marco referencial identificador que ha estado centrado exclusivamente en la maternidad implica de manera fundamental un trabajo de elaboración de un duelo por un objeto, el hijo imaginario, que se lleva con su imposibilidad una parte fundamental, la fantasía de una feminidad inscrita en un solo acto: dar vida. Así, reconstruir(se) significa entonces, que el porvenir implique poder hacer suyas las palabras de Walt Whitman:

*Mi lengua, cada átomo de mi sangre, hechos con esta tierra,  
 Con este aire....,  
 Yo ahora, a los treinta y siete años de mi edad y con salud perfecta,  
 comienzo,  
 Y espero no cesar hasta mi muerte.*

*Song of Myself.*

Por último, podemos pensar que la fertilidad en sí misma posee una lógica engañosa. Para poder escapar de su posición antagónica con la esterilidad sería conveniente introducir un concepto trabajado por E. Lévinas: la fecundidad. La fecundidad no tiene género, es un acontecimiento de algo distinto a la naturaleza; no remite a personas concretas<sup>51</sup>. Más bien hace referencia a las preguntas: ¿de qué, de quién soy *morada*?. La fecundidad profundiza lo femenino: *lo femenino nombra entonces lo que permite trascender a la vez, en un solo movimiento, el yo y el mundo de la luz* (1995:278). Lo integra en el concepto de *acogimiento*: *La mujer es la condición del recogimiento, de la interioridad, de la Casa y de la habitación. Lo femenino es lo que acoge por excelencia* (1995: 173). El *acogimiento* es al mismo tiempo *hospitalidad*, que a diferencia de la polaridad esterilidad-fertilidad, no tiene contrario. Quien recibe en su casa a otro, esa es la alteridad de la *feminidad*, es la disposición permanente a recibir al otro. Sustraerse de la superficie, de la cultura falocéntrica del intercambio y la posesión, permite aparecer a la generosidad, que es el don fundamental<sup>52</sup>, y es el lugar donde el discurso sobre la esterilidad tendría que advenir. Nuestro análisis de la esterilidad, sobre todo de la esterilidad femenina, pretende cuestionar (se), sobre las vicisitudes que presenta este tema, pero sobre todo separar la palabra de su adjetivación: “soy/es estéril”, y buscar más bien una lógica que corresponde a una modalidad del ser (ser y no ser-aún). Donde no habría una significación absoluta, sino paradójica: madre, pero no

<sup>51</sup> Según Lévinas (1993:135), ni las categorías del poder ni las del tener son capaces de indicar la relación con el hijo. Ni la noción de causa ni la de propiedad permiten captar el hecho de la fecundidad.

<sup>52</sup> Derrida (1998), en su homenaje a Lévinas enfatiza en forma contundente: *la hospitalidad, o es infinita o no es*. Señalando con esto la trascendencia del discurso ético leviniano.

genitora, ya que no engendra ni tiene propiedad en absoluto (Derrida, 1996:145). Proponemos, de esta manera, retomar el tema y realizar un conjunto de reflexiones alrededor de lo que trasciende, el don<sup>53</sup>, es decir, la fecundidad.

---

<sup>53</sup> Para Derrida (1995:145), el don es restancia sin memoria, sin permanencia ni consistencia, sin sustancia ni subsistencia, es ese resto que es, sin ser(lo), más allá del ser.

## POST-SCRIPTUM

*Lo femenino no es lo opuesto de lo masculino; por el contrario, es algo que, dentro de lo masculino, lo habita (irrumpe en él) como incurable alteridad. Jorge Belinsky*

Unos meses después de finalizar la redacción de esta tesis, y antes de mandarla a su impresión, quisiera retomar este espacio para plantear, de manera personal, algunas ideas que quedaron en el tintero:

Una inquietud que quedó latente, ya que su problematización implica sumergirse en cuestionamientos filosóficos que dispersaban el foco de la investigación, fue la relación que pudiera existir entre la insistencia significativa a embarazarse y la *voluntad de vivir* que plantea Schopenhauer (Corres, 2001:53): Si la *voluntad de vivir* sobrepasa a sus individuos, y la reproducción es una manifestación de ella, entonces, ¿la reproducción será más fuerte que el deseo de permanecer como individuo?; si esta insistencia a embarazarse, como hemos pensado desde el psicoanálisis, es una forma de desligadura, de desinvestidura libidinal, es decir, una forma de la pulsión de muerte, ¿se podría entender entonces, desde esta postura filosófica, que la *voluntad de vivir*, aparentemente erótica, no toma en cuenta las vicisitudes individuales y por lo tanto, para ellas es en esencia tanática? ¿o podría pensarse esta voluntad como momentos de expresión de ambas pulsiones, de vida y muerte?. Sin embargo, si es verdad que no existe un instinto maternal, ya que este es conformado culturalmente, ¿podríamos pensar la pulsión sexual, erótica, sin reconocer la existencia de una *voluntad de vivir* que se manifiesta en la reproducción? Si ésta voluntad existe, ¿Cuál sería la representación, o en dado caso la huella que marca las vías de facilitación de esta *voluntad*? ¿Cómo se ligaría o desligaría con la sexualidad y sus representantes? ¿o queda como *cosa*, núcleo emblemático que *es*, con una fuerza tal que imprime la marca por la que la reproducción queda como una determinación? Si esto es así ¿cuál sería la fenomenología de este originario? ¿existen formas sublimadas o culturales por los que se pueda derivar esta *voluntad*? ¿si una mujer no puede sustraerse de ella, el destino sería la muerte psíquica ante la imposibilidad de su cumplimiento?.

Por otra parte, quisiera detenerme en dos autores psicoanalistas que han mencionado en sus textos, casos de pacientes con esterilidad. Fedidá (1995:341) nos habla del sustrato melancólico de su paciente estéril: "fantasías masoquistas que portaban el imposible duelo por la madre", mientras que Kristeva (1997: 80), por su parte, señala que a través del hueco negro de la melancolía se construyó la maternidad de una paciente que fue por un tiempo estéril. Freud en su manuscrito G nos habla de la melancolía como un agujero en lo psíquico. ¿Podríamos pensar a la queja por la esterilidad de algunas mujeres como una expresión de ese agujero, o más bien como un intento de dar cuenta de éste? Fedidá comenta: "su queja melancólica era por el deseo de hijo y la intrusión en el cuerpo por la penetración de la madre" (1995:341). La defensa que nosotros observamos en las mujeres y que denominamos *masoquismo narcisista*, no será un intento de simbolización de ese dolor, de esa queja sin palabras por esa madre invasora y a la vez ausente?

Reflexionando sobre la esterilidad y su contraparte la maternidad, considero que las limitadas entrevistas que se tuvo con estas mujeres, impiden hacer afirmaciones contundentes sobre las causas profundas de sus quejas. Sin embargo, me siguen haciendo eco los sueños de muchas de ellas donde el enunciado se expresaría como: *un niño es robado [por una mujer]* (segundo tiempo de meta pasiva) ¿Sustracción originaria que dejaría una huella o diferencia de la que sólo se podría dar cuenta a través de ese hijo imaginario, que posibilita la reconstrucción de papeles y lugares?. ¿Será este sueño repetitivo la construcción fantasmática de una escena que permitiría justificar el odio, el rencor o la venganza productos de un agravio primitivo e inexplicable? ¿Aparecen estas figuras como formas de lo que Freud (1916), denomina 'autoacusaciones melancólicas', que en realidad van dirigidas al objeto primero: Mi madre 'me roba'? ¿Qué me roba? ¿El cuerpo como doble? ¿Desde una lógica edípica, podría ser ese niño robado un símbolo de la castración?

Repensando estos autores, me pregunto si existe en el centro de las fallas en la estructura narcisista detectadas, un núcleo melancólico inexpresable, (¿borde de *la cosa*?) que es la fuente de esa insistencia, de ese llamado pulsional a su satisfacción; fuente así mismo, de esa necesidad de repetición de tiempos y

espacios psíquicos (¿Yo mítico?) ¿Podría ser este sacrificio una necesidad de reparación de ese pecado original, constitutivo, del que no se sabe y no se puede dar cuenta, pero que ordena sacrificar, al modo del superyó primitivo, a sí misma, al hijo como doble, o a ambos para acallar la culpa?

¿Podrían constituir las manifestaciones analizadas una forma clínica del "Narcisismo de muerte" propuesto por Green (1983)? Siguiendo las teorizaciones de Chamizo sobre figuras del narcisismo, ¿se homologarían estos casos a la figura de la ucronía "yo saudade", nostalgia de lo que no se tuvo? ¿Será la queja por la esterilidad una manifestación de una locura melancólica, que por su contención en el imaginario social no alcanza a constituirse en franco delirio o alucinación? Desde el punto de vista analítico, ¿qué semejanzas podrían tener las mujeres que insisten en tratamientos de esterilidad con las mujeres con esterilidad que logran el embarazo rápidamente gracias a las nuevas técnicas? Detengo por un momento las preguntas.

Considero que para entender la complejidad del problema hace falta comparar casos de mujeres con esterilidad primaria que hayan estado en psicoanálisis durante algún tiempo, y cuyos discursos nos muestren índices (huellas) que permitan nuevos cuestionamientos. Responderse a estas y otras preguntas nos confronta con un universo que une filias, imagos, fantasmas, creencias y originarios; acercamiento que implica, la paciente y silenciosa escucha analítica, siempre transferencial.

Sólo me queda agradecer todo el esfuerzo colectivo que está detrás de este trabajo, que ha sido, sin duda, una experiencia de vida.

Ψ

## INFERTILIDAD

*Desierto inmemorial,  
lastimera cruzada  
por el cáliz vacío;  
fados antiguos que insisten.*

*Pies descalzos;  
quieren arrojarse al abismo  
y rescatar de las entrañas,  
al pequeño Apolo.*

*El incendio de tu/mi cuerpo  
instante infinito,  
se cambia por moneda falsa;  
Redentor y Verdugo.*

*Sara, Ana, Isabel,  
santas patronas,  
para ellas,  
plegarias de hiel.*

*Su espejo,  
convecciones  
de una mirada húmeda,  
y un vientre seco.*

*Madre,  
eco efímero  
vorágine;  
Madre ....*

*L.A./ Segundo milenio*



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abbey, A., Halman, J.A., Andrews, F..M. (1992). *Psychosocial treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility*. Fertility and Sterility, 57 (1), 122-128.
- Alvarado, A. (1996). *Consideraciones éticas y legales sobre la reproducción asistida en México*. Ginecología y Obstetricia de México. 64, 110-113.
- Allouch, J. (1996). La erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca. Caracas: Edelp.
- Anguera, M.T. (1986). *La investigación cualitativa*. Educación. 10: 23-50
- Anonymous (1999). *Notes from a Support Group for Women over 40, trying to have their first child*. Reproductive Health Matters, 7 (13), 89-95.
- Anzieu, A. (1979). La mujer sin cualidad. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1987). El yo piel. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Arranz, L. (1996). El papel del padre en los enunciados identificadoros femeninos. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aulagnier (Castoriadis), P. (1985). La violencia de la interpretación. Buenos Aires: Amorrortu.
- Aulagnier, P. (1980). Los destinos del placer. Barcelona: Petrel.
- Aulagnier, P. (1994). Un intérprete en busca de sentido. México: S XXI.
- Aulagnier, P. (1995). El aprendiz de historiador y el maestro brujo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Baranger, W. (1976). Posición y objeto en la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Kargieman.
- Barthes, R. (1987). Fragments de un discurso amoroso. México: S XXI.
- Bartra, R. (1987). La jaula de la melancolía. México: Grijalbo.
- Bartra, R. (1999). La sangre y la tinta. México: Océano.
- Baz, M. (1994). Metáforas del cuerpo. Exploraciones sobre la subjetividad de la mujer con base al discurso de las bailarinas. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Beauvoir, S. (1979). El segundo sexo 2. Madrid: Alianza
- Bellack, A. y Hersen, M. (1989). Métodos de investigación en Psicología Clínica. Bilbao: Desclée.

- Beuchot, M. (1989). Hermenéutica, lenguaje e inconsciente. México: Universidad Autónoma de Puebla.
- Beuchot, M. (1997). Perfiles esenciales de la hermenéutica. México: IIFL-UNAM.
- Beuchot, M (1998). *Interpretación, analogía e iconicidad en La voz del texto, polisemia e interpretación*. México: UNAM.
- Birault, H. (1978). Heidegger et l'expérience de la pensée. Paris: Gallimard.
- Bleichmar, H. (1981). *El narcisismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1981). Introducción al estudio de las perversiones. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, H. (1997). Avances en psicoterapia psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (1987). En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires: Amorrortu.
- Braunstein, N. (1990). Goce. México: S XXI.
- Bryman, A. (1981). *The debate about quantitative and qualitative research: a question of method or epistemology?* The British Journal of Sociology. 35 (1), 75-92.
- Calva Mercado, J. y Ponce de León, S. (1988). *¿Cómo leer revistas médicas?. Para conocer el curso clínico*. La Rev. Inv. Clín. 40, 65-106.
- Carreño, J. (1994): *Programa de atención a la paciente estéril*. Psicología Iberoamericana. 2(2): 63-70.
- Carreño, J., Bustos-López, R., Morales-Carmona, F. (1996). *Cambios emocionales ante el éxito de un programa de reproducción asistida*. Perinatología y Reproducción Humana. 11:89-94.
- Carreño, J., Morales-Carmona, F., Martínez, S. (1997): *Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles*. Perinatología y Reproducción Humana. 11: 176-183.
- Carreño, J., Morales, F., Aldana, E. (2000). *Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad*. Perinatología y Reproducción Humana, 14 (1): 14-21.
- Castoriadis, C. (1983). La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets.
- Castoriadis, C. (1988). Las encrucijadas del laberinto. Barcelona: Gedisa.

- Cocagnac, M. (1994). La parole et son miroir, les symboles bibliques. Paris: Les Editions du Cerf.
- Cooper, N. y Stevenson, C. (1998). Qualitative Inquire and Research Design. London: Sage.
- Corres, P. (1979). *El pensamiento mítico: una vía para iniciarse en la reflexión de lo femenino en La verdad del mito*. México: Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Corres, P., Bedolla, P., Martínez, I. (1996). Los significados del placer en hombres y mujeres. México: Fontamara.
- Corres, P. (1997). Alteridad y tiempo en el sujeto y la historia. México: Fontamara.
- Corres, P. (2001). La memoria del olvido. México: Fontamara.
- Cook, S. y Streeter, R. (1997). Infertilidad, la montaña rusa emocional. México: Biblioteca Serono de educación para pacientes.
- Creswell, J.W. (1998). Qualitative Inquire and Research Design. London: Sage.
- Cueli, J. (1999). *Lo fundante en psicoanálisis en Texturas psicoanalíticas*. México: La tinta en el diván.
- Chamizo, O. (1979). *Narcisismo y realidad en Psicoanálisis y realidad*. México: S XXI.
- Chamizo, O. (1997). *El doble y lo ominoso en Espectros de Psicoanálisis 1*. México: La tinta en el diván.
- Chamizo, O. (1998). *Cuerpo y ética en Espectros de Psicoanálisis 2*. México: La tinta en el diván.
- Chamizo, O. (1999). *Delirio y temporalidad en Espectros de Psicoanálisis 3*. México: La tinta en el diván.
- Chodorow, N. (1984). El ejercicio de la maternidad. Barcelona: Gedisa.
- Datz, L. (1986). El padre mexicano nombrado ausente. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- David-Ménard, M. (1988). *Identificación e histeria en Las identificaciones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- De Certau, M. (1995). Historia y psicoanálisis. México: Universidad Iberoamericana.
- De Rougemont, D. (1984). El amor y occidente. Barcelona: Kairós.

- Deleuze, G. (1981). *Repetición y Diferencia*. Barcelona: Anagrama.
- Deleuze, G. (1988). *Lógica del sentido*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. (1989) *Coldness and cruelty; Masochism*. Nueva York: Zone Books.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Derrida, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- Derrida, J. (1995). *Dar (el) tiempo I. La moneda falsa*. Barcelona: Paidós.
- Derrida, J. (1996). *Khôra*. Córdoba: Alción.
- Derrida, J. (1998). *Adiós a Emmanuel Lévinas*. Madrid: Trotta.
- Deveraux, G. (1980). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: S XXI.
- Díaz Guerrero, R. (1991). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Díaz-Portillo, I. (1989). *Técnicas de la entrevista psicodinámica*. México: Pax.
- Dio-Bleichmar, E. (1989). *El feminismo espontáneo de la histeria*. México: Fontamara.
- Doltó, F. (1986). *la imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Doltó, F. (1991). *En el juego del deseo*. México: Siglo XXI.
- Ehrenfeld, L. (1997). *Adolescentes embarazadas ante la toma de decisiones en JOVENES*. 2 (5), 88-97.
- Eliade, M. (1985). *El mito del eterno retorno*. México: Planeta.
- Enríquez, H. (1999). *Análisis del relato de vida. La actuación del narrador y la participación de la audiencia*. Tesis de Maestría en Lingüística. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Erickson, E. (1978). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Facchinetti, F. y Matteo, M. (1997). *An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. Fertility and Sterility*, 67 (2): 319-314.
- Fedidá, P. (1995). *Crisis y contra-transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández, A. (1993). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. México: S XXI.
- Florence, J. (1988). *Las identificaciones*. en *Las identificaciones*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Flores, F. (1997). *Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental: discusión en torno a la categoría de género en Papers on social representation*. 6 (2): 95-107.
- Forrester, J. (1997). *Seduciones del psicoanálisis*. México: FCE.
- Foucault, M. (1996). *Historia de la sexualidad: el uso de los placeres*. México: S XXI.
- Foucault, M. (1997). *Historia de la sexualidad: la inquietud de sí*. México: S XXI.
- Freud, S. (1985). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Manuscrito G en: Los orígenes del Psicoanálisis. (1894)*
- Proyecto de una Psicología para neurólogos (1895)*
- Tres ensayos para una teoría sexual (1905)*
- Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci (1910)*
- Tótem y Tabú (1912)*
- Introducción al Narcisismo. (1914)*
- Pulsiones y Destinos de la pulsión (1915) a*
- La Represión (1915) b*
- Lo inconsciente (1915) c*
- Duelo y Melancolía. (1916)*
- El Tabú de la Virginidad (1917) a*
- Lecciones de Introducción al Psicoanálisis (1917) b*
- Pegan a un Niño (1919)*
- Más allá del principio del placer (1920)*
- Psicología de las masas y análisis del Yo (1921)*
- El Yo y el Ello. (1923)*
- El problema económico del masoquismo. (1924)*
- Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica (1925)*
- El malestar en la cultura (1929)*
- Sobre la sexualidad femenina (1931)*
- La feminidad en: Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. (1932)*
- Galenson, E (1986). *Precursors of masochism: Protomasochism*. Internat. J. Psycho-Anal. 13: 189-204.
- Gedo, J. (1988). *Masochism and the repetition compulsion* en Masochism, current psychoanalytic perspectives. Londres: Analytic Press.

- Gillespie, R. (1999). *Voluntary Childlessness in the United Kingdom*. Reproductive Health Matters, 7 (13):43-53.
- Gillot-de Vries, F. (1991). *Désir d'enfant et infécondité psychogène en Psychologie genetique*. Paris: Faculté des Sciences Psychologiques et Pédagogiques.
- Glaser, B y Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- Glover, L. y Hunter, M. (1999). *Development of the Fertility Adjustment Scale*. Fertility and Sterility, 72 (4): 623-628.
- González, F. (1998). La guerra de las memorias. Psicoanálisis, historia e interpretación. México: Plaza y Valdés.
- González-Núñez, J. Cortés, Y., Padilla, T. (1996). La imagen paterna y la salud mental en el mexicano. México: Universidad Autónoma de Guerrero.
- González-Pineda, F. (1985). El mexicano. Su dinámica psicosocial. México: Pax.
- Green, A. (1983). Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2000). Le temps éclaté. Paris: Minuit.
- Hierro, G. (1998). Ética y feminismo. México: diVERSA-UNAM.
- Henwood, K.y Pidgeon, N. (1992): *Qualitative Research and Psychological Theorization*. British Journal of Psychology. 83: 97-111.
- Ito, E. (1996). El estudio de los valores desde una perspectiva etno-socio-psicológica. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jiménez, M. (1991). *Psicoanálisis y feminismo*. Tramas. 2: 103-115.
- Kazdin, A. (1978). *Methodological and interpretive problems of single-case experimental designs* Journal of Consulting and Clinical Psychology APA. 46 (4): 629-642.
- Katchadourian, H. (1998). La sexualidad humana, un estudio comparativo. México: FCE.
- Kerlinger, F. (1988): Investigación del comportamiento. México: Mc Graw-Hill/Interamericana.
- Kernberg, O. (1977). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós.

- Klein, M. (1983). Principios psicológicos de análisis infantil. Buenos Aires: Paidós.
- Kofman, S. (1993). El enigma de la mujer. Buenos Aires: Gedisa.
- Kristeva, J. (1986). Al comienzo era el amor. Buenos Aires: Gedisa.
- Kristeva, J. (1997). Sol negro. Depresión y melancolía. Caracas: Monte Ávila.
- Lacan, J. (1981). *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*. Escritos 1. México: S XXI.
- Lagarde, M. (1997). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM.
- Lagarde, M. (1994). *El mito como constituyente de lo psíquico en La verdad del mito*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Lamas, M. (1996). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género en El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG.
- Langer, M. (1978). Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. (1980). La sexualidad. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laplanche, J. (1987). Vida y Muerte en Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (1988). Castración. Simbolizaciones. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1983): Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor.
- Larraz de Izaureta, E. (1980). Parejas infértiles: Interrelación de factores de personalidad. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lartigue, M.T. (1996): *Salud Reproductiva: una aproximación desde el psicoanálisis y el postestructuralismo*. Perinatología y Reproducción Humana, 10 (2): 132-139.
- Le Poulichet, S. (1998). El arte de vivir en peligro. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leclaire, S. (1975). Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leclaire, S. (1978). Psicoanalizar. México: Siglo XXI
- Leclaire, S. (1983). Un encantamiento que se rompe. Buenos Aires: Gedisa.

- Lemaire, J. (1998). La pareja humana: su vida, su muerte, su estructura. México: FCE.
- Lemoine-Lucioni, E. (1982). La partición de las mujeres. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lévi-Strauss, C. (1977). Antropología Estructural. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Lévinas, E. (1991). Ética e infinito. Madrid: Visor.
- Lévinas, E. (1993). El tiempo y el otro. Barcelona: Paidós.
- Lévinas, E. (1995). Totalidad e infinito. Salamanca: Sígueme.
- Lilienfeld, A. y Lilienfeld, D. (1979). *A century of case-control studies: progress?* J Chron Dis. 32: 5-13..
- Mac Dougall, J. (1979). *La homosexualidad femenina en: La sexualidad femenina*. Barcelona: Laia.
- Maldavsky, D. (1977). Teoría de las representaciones. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Matarasso, S. (1992). Sexualidad y ansiedad en la pareja infecunda. Un análisis comparativo. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mayer, H. (1981). El narcisismo. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Miles, M. y Huberman, M. (1984). *Qualitative data analysis*. California: Sage.
- Mitchel, J. (1979). Psicoanálisis e feminismo. Turín: Giulio Einaudi.
- Morales, F. (1995): Estudio psicológico de pacientes sometidas a inseminación asistida médicamente. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morales-Carmona, F. (1996 a). *Reproducción y crisis maduracional en: Sexualidad y Reproducción humana en México*. México: Fontamara.
- Morales-Carmona, F. (1996 b). *El impacto de los factores psicosociales en la esterilidad*. Perinatología y Reproducción Humana, 10 (2), 81-88.
- M'Uzan, M. (1997). Del arte a la muerte. Barcelona: Icaria.
- Nasio, J. (1989). Enseñanza de siete conceptos cruciales de psicoanálisis. Buenos Aires: Gedisa.
- Nietzsche, F. (1983). Humano, demasiado humano. Madrid: Edimat.
- O' Brien, P. y Shampo, M. (1981). *Statistics for clinicians. Observational study*. Mayo Clin Proc. 56: 709-711.

- Ortner, S. y Whitehead, H. (1996). *Indagaciones acerca de las enfermedades sexuales* en : El género, construcción cultural de la diferencia sexual. México: Porrúa-PUEG UNAM.
- Paz, O. (1950). El laberinto de la soledad. México: FCE.
- Paz, O. (1981). Vuelta a el laberinto de la soledad. México: FCE.
- Perres, J. (1989). El nacimiento del psicoanálisis. México: Plaza y Valdés/UAM.
- Perrier, F. (1975): *Tanatot* en Études Freudiennes 9-10. Paris: Vrin.
- Petot, J. (1982). Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, S. (1979). El mexicano. Psicología de sus motivaciones. México: Pax.
- Ricoeur, P. (1983.: Freud: una interpretación de la cultura. México: S XXI.
- Ricoeur, P. (1995). Teoría de la interpretación. México: S XXI.
- Rivas, M. y Amuchástegui, A. (1994). *Dioses y vírgenes, una danza mítica* en La verdad del mito. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Rocha, S. (1998). *Anorexia nervosa* en Espectros de Psicoanálisis 2. México: La tinta en el diván.
- Rocha, S. (1999). *Aporías: Lecturas sobre el sentido del ser* en Texturas psicoanalíticas. México: La tinta en el diván.
- Rojas, R. (1995). Investigación social, teoría y praxis. México: Plaza y Valdés.
- Rosenberg, B. (1995). Masochismo mortífero y masochismo guardián de la vida. Valencia: Promolibro.
- Rosenfeld, H. (1971). *On masochism: a theoretical and clinical approach*. Internat. J. Psycho-Anal. 53: 152-174.
- Rosolato, G. (1974). Ensayos sobre lo simbólico. Barcelona: Anagrama.
- Rosolato, G. (1978). La relación de desconocido. Madrid: Petrel.
- Rosolato, G. (1980). *Culpabilidad y sacrificio* en: Psicoanálisis y Semiótica. Barcelona: Gedisa.
- Rosolato, G. (19985). Le sacrifice. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rubin, G. (1996). *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo*. en El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG.
- Saal, F. (1991). *Algunas consecuencias políticas de las diferencias psíquicas de los sexos* en: A medio siglo del malestar en la cultura. México: Siglo XXI.

- Saphouan, M. (1979). La sexualidad femenina según la doctrina freudiana. Barcelona: Crítica.
- Sami-Ali (1993). El cuerpo, el espacio y el tiempo. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sandoval, D. (1984): El mexicano, psicodinámica de sus relaciones familiares. México: Villicaña.
- Schaeffer, S. (1995). Le refus du féminin. Paris: PUF.
- Segura- Millán, J. (1964). Diorama de los mexicanos. México: Costa-amic.
- Sherrand, C. (1997). Qualitative Research The Psychologist. 10:161-162.
- Silverman, D. (1993). Interpreting Qualitative Data Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. London: Sage.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. en El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México: PUEG.
- Stein, C. (1978). El niño imaginario. Barcelona: Martínez Roca.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Thecniques. London: Sage.
- Sundby, J. (1999). A personal and professional experience of infertility. Reproductive Health Matters, 7 (13):13-19.
- Tamayo, L. (1999). El psicoanálisis, esa máquina del tiempo en Texturas psicoanalíticas. México: La tinta en el diván.
- Trend, M. G. (1978). On the reconciliation of qualitative and quantitative analyses: a case study. Human Organization. 37 (4): 345-355.
- Yin, R. (1989). Case study research. California: Sage.
- Welldon, E. (1993). Madre, virgen, puta. México: Siglo XXI.

**ANEXOS**

# I FACTORES QUE IMPIDEN LA FERTILIDAD

## FACTORES MASCULINOS MÁS FRECUENTES QUE IMPIDEN O DIFICULTAN LA FECUNDACIÓN\*

*ASTENOSPERMIA*: Vitalidad nula o deficiente de los espermatozoides (falta de energía necesaria).

*ATRESIA DE CONDUCTOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR*: Falta de luz de los conductos

*AZOOSPERMIA*: Ausencia de espermatozoides en el líquido seminal.

*AGLUTINACIÓN DEL SEMEN* ( por autoinmunización).

*ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA TESTICULAR*.

*CRIPTORQUIDEA*: Falta de descenso de los testículos al escroto.

*DEFORMACIONES PENEANAS* (como fibrosis): Dificultan o impiden el depósito de semen en la vagina

*DISCINESIS*: Espermatozoides con alteraciones de movilidad, su movimiento es anormal o lento.

*DISGENESIA GONADAL*: Degeneración de las células germinales (espermatogonias)

*ECTOPIA TESTICULAR*: Localización de los testículos fuera de su trayecto de descenso al escroto (perineal, p.ej.).

*EPISPADIAS O HIPOSPADIAS*: Anomalías en las que la uretra está hendida y el depósito de semen no puede realizarse de manera natural.

*EYACULACIÓN PRECOZ*: El semen es expulsado fuera de la vagina

*OLIGOSPERMIA*: Alteraciones del semen ( menos de veinte millones de espermatozoides por mililitro).

*TERATOSPERMIA*: Más del 20% de espermatozoides anormales en el semen.

*OTRAS CAUSAS*: Genéticas (como síndrome de Klinefelter), hormonales o ambientales (traumáticas o infecciosas).

---

\* Glosario elaborado en colaboración con la Dra. Ma. Cristina Márquez Orozco

## **FACTORES FEMENINOS MÁS FRECUENTES QUE DIFICULTAN O IMPIDEN LA FECUNDACIÓN**

*ADENOMAS*: Tumores del epitelio glandular

*ADHERENCIAS TUBARIAS*: Las tubas se fijan a distintas estructuras de la cavidad abdominal de manera anómala lo que impide la captación de ovocitos.

*AGENESIA TUBARIA*: Ausencia de tubas uterinas.

*AGLUTINACIÓN DEL SEMEN EN LA VAGINA* (por incompatibilidad inmunológica).

*ALTERACIONES TIROIDEAS* (hipotiroidismo p.ej.)

*ALTERACIONES DE LA VISCOSIDAD DEL MOCO CERVICAL*

*AMENORREA*: Ausencia de menstruación

*Amenorrea primaria*: Nunca ha aparecido la menstruación

*Amenorrea secundaria*: Suspensión de la menstruación durante la vida reproductiva (origen multifactorial)

*ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO REPRODUCTOR* (útero infantil o bicorne p. ej.)

*ATRESIA TUBARIA*: Tubas uterinas sin luz.

*DISGENESIA GONADAL*: Degeneración de las células reproductoras debido a factores genéticos (Síndrome de Turner p. ej.) o factores hormonales

*ENDOMETRITIS*: Inflamación del endometrio cervical

*ENDOMETRIOSIS*: Presencia de endometrio funcional fuera del útero (ovarios u otros órganos del abdomen).

*ESTENOSIS VAGINAL O CERVICAL*: Disminución del calibre de la luz de estas zonas.

*FIBROMAS*: Tumores formados por tejido conectivo.

*HIPERPLASIA DEL ENDOMETRIO*: Crecimiento excesivo del endometrio.

*HIPERPROLACTINEMIA*: Insuficiencia de progesterona

*HIPOGONADISMO*: Deficiencia de la actividad secretora de hormonas ováricas

*MIOMATOSIS*: Tumores del músculo uterino.

*OVARIECTOMÍA*: Extripación quirúrgica de ovarios funcionales

*QUISTES OVÁRICOS:* Cuando los folículos preovulatorios permanecen sin ovular, en lugar de involucionar continúan creciendo y almacenando líquido en su cavidad folicular.

*SALPINGITIS:* Inflamación de las tubas uterinas que puede provocar atresia o estenosis de las tubas.

*SÍNDROME DE STEINLEVENTHAL:* Presencia de una túnica albugínea gruesa en el ovario que impide la ovulación.

*USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES POR PERIODOS LARGOS O NO SUPERVISADOS.*

## **ESTUDIOS DE ESTERILIDAD**

*CITOLOGÍA EXFOLIATIVA:* Estudio de las células escamadas de la vagina para determinar el funcionamiento de hormonas ováricas.

*CULDOSCOPIA:* Introducción de un endoscopio por el fondo de la vagina y el cuello uterino.

*DETERMINACIONES HORMONALES:* Perfil FSH, LH, estradiol, progesterona, prolactina.

*ESPERMATOBIOSCOPIA:* Estudio de los espermatozoides

*Directa:* Se estudian las características del semen en la muestra obtenida por eyaculación.

*Indirecta:* Estudio de las características del semen en el moco cervical.

*ESTUDIOS GENÉTICOS:* Estudio de careotipos

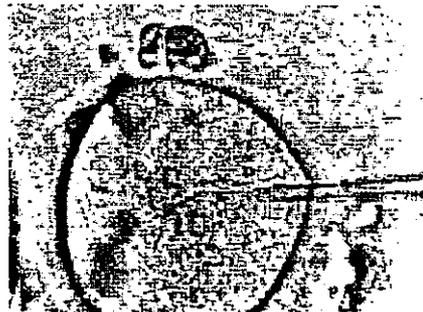
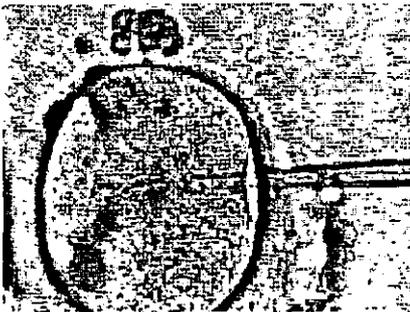
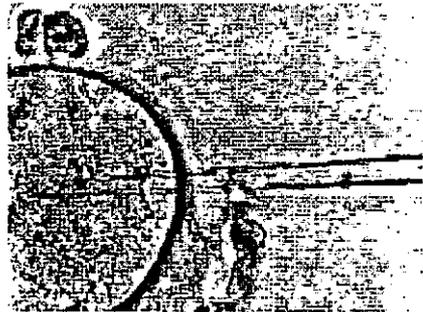
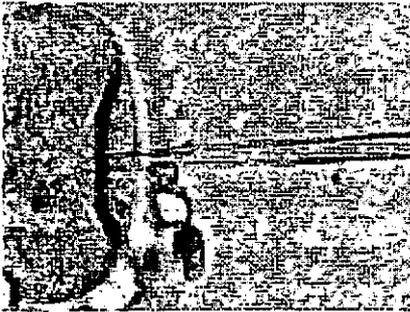
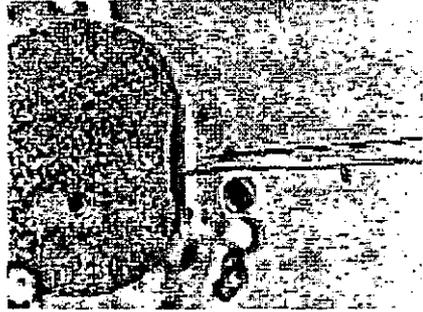
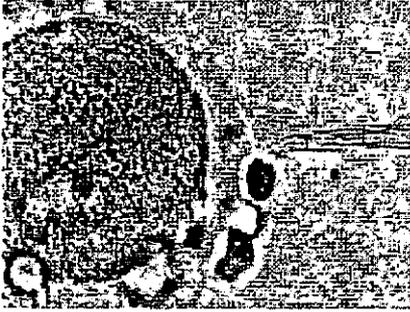
*HISTEROSALPINGOGRAFÍA:* Estudio radiológico para observar la permeabilidad de las tubas por un medio de contraste.

*LAPAROSCOPIA:* Observar por un laparoscopio el estado de ovarios, tubas y úteros.

*LAPAROTOMÍA:* Corte en el abdomen para observar u obtener ovocitos.

*ULTRASONIDO:* Estudio utilizado en ginecología para observar miomas, grosor del endometrio, quistes y posición del útero.

# Fertilización *in vitro*



## II TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

### DEFINICIONES

#### INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

La inseminación artificial en humanos, en la actualidad, es un procedimiento que se practica en parejas con problemas de infertilidad, debida, por ejemplo a:

- Que el depósito de semen no puede realizarse de manera natural, como sucede en los hombres que padecen epispadias o hipospadias, anomalías en que la uretra esté hendida.
- Otras deformaciones peneanas, como la fibrosis.
- La eyaculación precoz, en la que el semen no logra depositarse en la vagina.
- Anomalías en el tracto genital femenino, como la estenosis vaginal o cervical (disminución del calibre de la luz).
- Que el medio vaginal aglutine el semen
- La producción escasa de moco cervical

En estas parejas, la inseminación se puede practicar con el semen del esposo, después de pasar todas las pruebas de espermatobioscopia, nombre que se da al tipo de exámenes por los que el médico se cerciora de que el semen tiene un número suficiente de espermatozoides, con las características normales requeridas para que se lleve a cabo la fecundación.

El semen preparado en medios de cultivo adecuados para capacitar a los espermatozoides, con una jeringa y un catéter diseñado especialmente para este fin, se introduce, ya sea en el útero o en las tubas uterinas, en el momento más cercano a la ovulación, con lo que se trata de asegurar la fecundación.

Aunque la inseminación se practica durante varios días, antes, durante y después de la ovulación, no siempre se logra en el primer intento que la mujer se embarace, pero con frecuencia el procedimiento termina de manera exitosa.

En otro tipo de parejas estériles, en las que no se logra obtener semen con la cantidad suficiente de espermatozoides aptos para la fecundación, como es en personas con teratospermia, astenospermia, discinesis, azoospermia, la inseminación se puede practicar con el semen de un donador anónimo.

### TRANSFERENCIA INTRATUBARIA DE GAMETAS

Otro tipo de técnica de reproducción asistida es la transferencia intratubaria de gametas TITG (en inglés gamete intrafallopian transfer o GIFT), que consiste en obtener ovocitos de los ovarios estimulados para que se produzca la superovulación, y espermatozoides obtenidos de una eyaculación inducida. Una vez capacitados los espermatozoides se colocan los ovocitos en un medio de cultivo y, sin esperar a que se lleve a cabo la fecundación, se depositan en las tubas uterinas por medio de un catéter especial; por lo general, uno o dos en cada una. Después se deja a la paciente en reposo y se espera a que los *pre-embryones* lleguen al útero de manera natural.

### FECUNDACIÓN *in vitro* Y TRANSFERENCIA DE EMBRIONES

En otras parejas, la esterilidad se debe a que no se pueden reunir los gametos por diferentes problemas; por ejemplo:

- La agnesia o atresia de las tubas uterinas o anomalías uterinas congénitas
- Padecimiento de infecciones que traen como consecuencia inflamación y obstrucción de las tubas
- En pacientes que después de una salpingotomía o una histerectomía desean volver a concebir un hijo.
- En hombres que padecen de oligospermia, astenospermia, discinesis o teratospermia severa, de los que sólo es posible obtener pocos espermatozoides viables.

En dichas parejas estériles, lo que se hace es estimular una superovulación en la mujer, mediante una de las siguientes opciones:

- Gonadotropina hipofisiaria humana obtenidas de mujeres menopáusicas (hMG) quienes, como recordarás, la eliminan en la orina en cantidades muy altas, ya que los ovarios no responden a su acción. El tratamiento se hace más eficaz si se agrega HFE, lo que resulta muy costoso.
- Pulsos de una sustancia similar a la GNRH que provoca una ovulación más fisiológica, aunque también es costosa.
- El citrato de clomifeno, un antiestrógeno que, al bloquear el efecto de los estrógenos, induce un aumento en la producción de la HFE y de la HL. Aun cuando éste es el menos costoso de los métodos mencionados, con frecuencia sus efectos secundarios son indeseables, por causar ovarios poliquísticos o con muchos folículos, que crecen en exceso y que pueden producir inflamaciones tan serias, que llegan a poner en peligro la vida de la paciente. En ocasiones se combina con hMG, que es costosa.

Después de que se da cualquiera de estos tratamientos, se vigila el crecimiento folicular, por medio de ultrasonido y determinación en suero de la HL y de estradiol, y antes de que se produzca, de manera espontánea, la ovulación, se obtienen los ovocitos al menos de dos a tres folículos preovulatorios que deben medir entre 17 y 20 mm.

El procedimiento se lleva a cabo con un aparato tubular llamado laparoscopio, que se introduce por una pequeña incisión en la cavidad abdominal o por el fondo de la vagina, se localizan los ovarios, que se iluminan con una fibra de vidrio, se ven directamente, con una aguja guiada desde afuera, se puncionan dos, tres y en ocasiones hasta veinte folículo que han madurado, se succionan los ovocitos y se colectan en una caja de Petri pequeña, que contiene medio de cultivo, en el que se mantienen a la temperatura corporal (36.5 a 37° C). Una técnica alternativa que se utiliza en lugar de la laparoscopia para detectar el crecimiento folicular es el ultrasonido, que es más caro.

Los ovocitos se examinan con un microscopio, para observar cuantos son secundarios, ya que estos son fecundados aproximadamente en cinco horas; en cambio, los primarios, antes de intentar la fecundación, tienen que permanecer en medio de cultivo hasta treinta y seis horas, y muchas veces no expulsan el primer glóbulo polar, por lo que no son útiles para la FIV-TE.

A cada ovocito se le agregan de 10,000 a 500,000 espermatozoides, que previamente se han obtenido por masturbación o de semen criopreservado, se han lavado y se han capacitado en un medio especial, rico en  $Ca^{++}$ .

Los tubos o las cajas de Petri se mantienen en un medio de cultivo F-10 de Ham, a temperatura entre 36.5 y 37°C, y en una atmósfera que contenga 5% de  $CO_2$  y 5% de oxígeno puro o 20% de oxígeno atmosférico, y se observa si los espermatozoides penetraron en los ovocitos, lo que se comprueba cuando son visibles los pronúcleos masculino y femenino. Entre las veinticuatro y las treinta y seis horas posteriores a la penetración del espermatozoide al ovocito se forman los dos primeros blastómeros, y de las cuarenta y ocho a las setenta y dos horas se forman de cuatro a ocho. En este momento se introduce el o los embriones con una jeringa y un catéter especial hasta el fondo del útero, a través de la vagina, y se recomienda a la paciente que repose. En esta etapa del desarrollo del nuevo organismo, el embrión recibe el nombre de *pre-embrión*.

Para tratar de asegurar que por lo menos un embrión sobreviva, se depositan tres a cuatro *pre-embiones* en el útero de la mujer, en la que se van a desarrollar; ésta puede ser la persona de la que se obtuvieron los ovocitos u otra mujer que por un tratamiento hormonal se ha preparado para que esté en la misma etapa del ciclo sexual que la primero.

Si los óvulos no fueron obtenidos de la persona en la que se implantan, se trata de una madre subrogada. Sea cualquier tipo de madre, se vigila estrechamente el embarazo por medio de ultrasonido.

De todos modos, el éxito de la FIV-TE o IVF es limitado y de acuerdo con la literatura mundial varía entre 10 y 25% , aunque existen laboratorios con resultados

casi nulos. También se ha llegado a implantar y a desarrollar gemelos, triates y cuádruples, por lo cual, en la actualidad, algunos ginecólogos prefieren intentar la implantación de uno o dos *pre-embryones* como máximo, y crio-preservar los demás, ya sea para utilizarlos en embriones futuros, donarlos a otras parejas infértiles o, si no se implantaron, volver a intentar el procedimiento después de un tiempo.

Aunque el tratamiento hormonal y el procedimiento es muy costoso, pues varía entre tres mil y cinco mil dólares, lo es aún más si, en lugar de tener *pre-embryones* congelados, es necesario empezar por obtener los ovocitos, que a veces se pueden ovular prematuramente y perderse o ser ovocitos primarios que nunca llegan a madurar, por lo que ni siquiera se intenta fecundarlos.

La congelación y la descongelación de los *pre-embryones* congelados no garantiza el procedimiento, por lo que aún debe perfeccionarse y, de hacerlo así, en un futuro podrían implantarse durante un ciclo uterino normal, lo que aumentaría el éxito, ya que el endometrio hiperestimulado no siempre es muy hospitalario para el trofoblasto del blastocisto.

#### TRANSFERENCIA INTRATUBARIA DE CIGOTOS

Una variante del procedimiento es la transferencia intratubaria de cigotos, TITC (en inglés zigote intrafallopian transfer, o ZIFT), la cual consiste en hacer la fecundación *in vitro* y depositar a los *pre-embryones* de dos células en las tubas, de la misma manera que se hace en el TIG o GIFT. Con estas dos últimas técnicas, el éxito es un poco mayor, ya que es de 20 a 30% porque, en general, las mujeres en las que se aplican tienen problemas menos graves, como son los relacionados con el medio vaginal, la producción del moco uterino, anomalías del cérvix o del útero o alteraciones que no impiden la implantación ni el desarrollo del embrión.

### RIESGO DEL FIV-TE (IVF), del TITG (GIFT) y del TITC (ZIFT)

Tanto en el FIV-TE como en el TITG y en el TITC hay riesgo de que se presente el síndrome de hiperestimulación ovárica que, si no se controla a tiempo, llega a causar la muerte de la paciente. El crecimiento excesivo de los ovarios es una de las manifestaciones del síndrome, y causa dolor abdominal, náusea, vómito y acumulación de líquido en la cavidad abdominal y en la torácica.

La anestesia, que se aplica durante la laparoscopia, a pesar de ser un riesgo calculado, en ocasiones produce problemas a la paciente. El desarrollo de un embarazo ectópico, llega a presentarse aproximadamente en un 5%. Además de lo anterior, cerca de la tercera parte de los embriones implantados se abortan en el primer trimestre.

Textos de Márquez-Orozco M.C. (1996). Biología del Desarrollo. Fecundación, Técnicas de reproducción asistida. Fascículo 8:8-32, México: Ed. Márquez Orozco.

### III PROCEDIMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

#### GENERALIDADES:

Los procedimientos de Reproducción Asistida son técnicas de alta complejidad y costo, que requieren ser manejadas por el médico especialista con experiencia en estos procedimientos. Es importante que se considere a la Reproducción Asistida como el último recurso, ya que todos estos procedimientos son costosos, complicados y el porcentaje de éxito es menor que el que ofrecen otros tratamientos. En términos generales el porcentaje de embarazo a término que ofrece un grupo bien entrenado es para la inseminación artificial de 60%, para TITG de 25% y para FIV-TE de 18-20%.

Una vez que se decide que la paciente es candidata a R.A. es importante seleccionar el procedimiento. En general, si la paciente ya ha sido sometida a otros procedimientos sin resultado, pasará de lo sencillo a lo complicado, primero a inseminación, después a TITG, y si no se obtienen resultados a FIV-TE. En caso de que se requiera monitorizar la fertilización como poor ejemplo, en caso de factor masculino severo, o cuando no existen trompas permeables, o en procedimientos especiales como la maternidad subrogada o la donación de ovocitos, se prefiere el FIV-TE de primera elección.

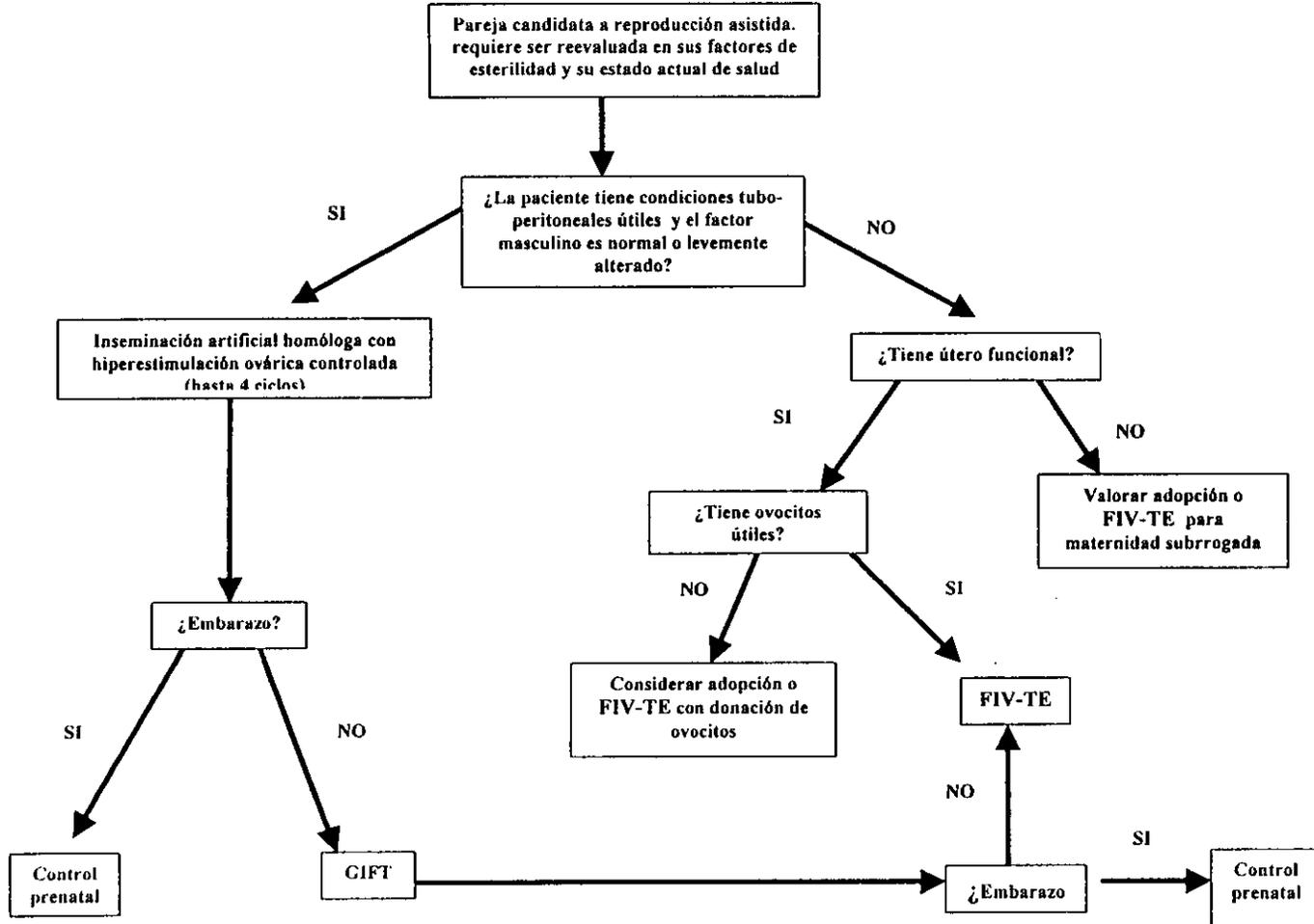
Para lograr los mejores resultados es fundamental la selección de pacientes. Los mejores porcentajes de éxito se tienen en pacientes menores de 38 años, en parejas a las que se les han estudiado y corregido todos los factores posibles, y que antes de entrar al programa de R.A. es reevaluada.

En general, todos los procedimientos se recomienda que se lleven a cabo con hiperestimulación ovárica controlada, para lograr el máximo número de ovocitos, por lo que debe consultarse el capítulo de "inducción de ovulación" para detalles en estos procedimientos.

Una vez que se logra la gestación el manejo obstétrico deberá llevarse a cabo en un servicio de Embarazo de Alto Riesgo, no por su evolución, sino porque se considera como un producto valioso. La resolución de la gestación se efectuará de acuerdo a la indicación obstétrica, en lo posible.

Fuente: Protocolo para la Reproducción Asistida. Servicio de Ginecología y Obstetricia; Área de Biología de la Reproducción. Hospital "20 de Noviembre" ISSSTE. pág. 1-3.

ESQUEMA DEL PROTOCOLO PARA  
REPRODUCCIÓN ASISTIDA



## IV GUÍA DE ENTREVISTAS

En el siguiente apartado se expondrá el referente empírico que se utiliza para recopilar la información a lo largo de las sesiones. Se trata de abordar todos los ejes temáticos de manera más o menos exhaustiva, para que en ellos queden contempladas todas las categorías de análisis de nuestra investigación.

Es importante señalar que ya que el método de investigación es el psicoanalítico, nuestras entrevistas serán no estructuradas. En esta situación clínica las preguntas servirán como estímulo para la asociación libre, por lo que a continuación expondremos los temas que se tratarán de abarcar a lo largo de todas las entrevistas sin que exista un momento preciso para su respuesta.

### **Tema I - Presiones sociales o familiares**

A través de este eje queremos investigar si existieron presiones externas que obligaron a este grupo de mujeres a someterse a tratamientos de reproducción asistida. Se tratará de ubicar el sujeto o sujetos que ejercen la presión y los resultados de ésta.

Sujetos que ejercen la presión:

- a) Familiares directos de las sujetos
- b) Pareja
- c) Familiares indirectos o políticos
- d) Amistades o compañeros de trabajo
- e) Algunos otros miembros de su comunidad (líderes religiosos o sociales)

Tipo de presión ejercida:

- a) directa y explícita
- b) directa e implícita
- c) indirecta ( a través de terceros)

Tipo de castigo si no se realiza el tratamiento:

- a) exclusión social
- b) exclusión familiar
- c) abandono
- d) cambio en el tipo de relación afectiva
- e) otros

Efectos de la presión ejercida:

- a) ansiedad o angustia
- b) tensión o estrés
- c) depresión
- d) miedo a la soledad
- e) indignación o rabia
- f) ambivalencia
- g) indiferencia o neutralidad

Después de investigar los puntos anteriores, se pasará a comparar este discurso con las categorías de análisis señaladas para este tema.

## **Tema II.- Continuidad de los tratamientos**

En este punto se tratará de localizar si existió una presión medica para la continuidad del tratamiento, o bien, que hay una necesidad de terminar un tratamiento largo que no se quiere interrumpir por la relación costo-beneficio.

Reconstruir a través del discurso del grupo de sujetos:

- la información proporcionada por los médicos desde el diagnóstico inicial
- la relación médico- paciente desde el diagnóstico inicial
- la relación con la o las instituciones desde el diagnóstico inicial
- los tratamientos a los que se ha sometido así como sus efectos físicos y psíquicos.
- el tiempo y el dinero invertido desde el diagnóstico inicial

Investigar presiones médicas:

- a) no inclusión en otros tratamientos
- b) incentivar moralmente sobre el bienestar del hijo
- c) Hablarle sobre el costo del tratamiento y el ahorro de hacerlo institucionalmente
- d) Evitar sufrimientos si se suspenden los tratamientos y se reanudan otra vez.
- e) compararla con otras mujeres sujetas a tratamientos.

Investigar otras causas de continuidad en los tratamientos:

- a) gasto económico y de tiempo
- b) cantidad de sufrimiento durante los tratamientos
- c) terminar la secuencia de pasos para llegar a una meta
- d) evitar no dar el perfil por edad

### **Tema III - Causas psíquicas del deseo de maternidad**

a) Exploración de la pareja:

- edad, lugar de nacimiento, escolaridad y profesión de ellos y sus padres, número de hermanos, posición que ocupan en la familia.
- historia de pareja (¿cómo se conocieron?, descripción del otro, acuerdos y desacuerdos)
- historia del deseo de maternidad y paternidad (¿desde cuándo desean un hijo?, ¿por qué? incluir posibilidad de adopción)
- hábitos actuales (alimenticios, dependencias, trabajo, diversión) y cambios que han sufrido por el o los tratamientos y las perspectivas de cambio si se da el embarazo.
- visión y discurso de la pareja con respecto a la maternidad. se intentará descubrir tanto el contenido manifiesto como el latente de este deseo en la pareja.

b) Historia personal:

Asociación libre de recuerdos representativos de su historia dirigidos en esta sesión a su cuerpo y su sexualidad:

- imagen corporal externa (belleza, sensualidad)
- imagen corporal interna (funcionamiento orgánico como pueden ser enfermedades, malestares y otros síntomas somáticos)
- vida sexual y capacidad de goce sexual
- contenidos narcisistas que se juegan tanto en el eje corporal como en la sexualidad.

c) Relación con los demás (intersubjetiva):

Asociación libre de recuerdos representativos de su historia de relación con diferentes objetos libidinales:

- madre
- padre
- hermanos
- amigos y maestros
- diferentes parejas amorosas

Se explora los ejes intersubjetivos en la constitución del deseo de maternidad.

d) Formación de ideales:

Asociación libre de recuerdos en relación a sus ideales y proyectos:

- ideales y proyectos de vida
- ideales y proyectos específicos en relación a la maternidad.

En esta sesión se investigan la formación de ideales y proyectos de vida como parte esencial del eje narcisista de la personalidad (Yo Ideal - Ideal del Yo). Se busca su relación con elementos estructurales masoquistas.

e) Imaginarización del hijo

- asociación libre en relación al nombre que se le pondrá al hijo
- descripción física imaginaria del hijo
- lugar del hijo en la genealogía y en las expectativas familiares
- fantasías de proyectos para el hijo
- fantasías sobre la adolescencia y madurez del hijo

f) Problemática actual:

Asociación libre sobre preocupaciones, sentimientos y afectos relacionados a su problemática presente.

- problemas familiares (incluyendo la de la pareja)
- problemas o tensiones con la pareja
- problemas laborales o domésticos
- problemas físicos o institucionales debidos al tratamiento
- conclusiones personales sobre la introspección realizada en las entrevistas anteriores

En esta sesión se evalúan los efectos de los tratamientos recibidos o de los futuros tratamientos. Comentarios sobre su situación psicológica actual.

Es importante señalar que estos ejes temáticos tienen como función el de ser encuadres para que por medio de la asociación libre, aparezcan las categorías de análisis de nuestra investigación. La comparación entre los analizadores y el discurso del grupo de mujeres estudiadas se realiza de forma analógica.

## V CONCEPTOS DE TEORÍA FUNDAMENTADA EN LOS DATOS

El interés por utilizar modelos interpretativos, tanto el del psicoanálisis como el del enfoque conocido como *teoría fundamentada*, es el de ampliar la comprensión y la contextualización de un *corpus* de conocimientos (Beuchot, 1999), mediante reglas de procedimientos que se apliquen a razonamientos concretos.

De acuerdo con Henwood y Pidgeon (1992:103), la preocupación de Glaser y Strauss (1967) al exponer su *teoría fundamentada* (*grounded theory*), era la de liberar a los investigadores en la sociología de las "camisas de fuerza" teóricas que daban algunas pocas "grandes" teorías. Ellos originalmente utilizaron el término para referirse a la teoría que es generada en el transcurso de la detallada inspección y el análisis de los datos cualitativos.

Para sus descubridores (1967), las principales aportaciones de esta forma de análisis podrían resumirse de la siguiente manera:

- \* Encontrar nuevas fuentes de datos cualitativos
- \* Generar una teoría a través del análisis comparativo
- \* Realizar muestreos teóricos partiendo de conceptos "locales".
- \* Lograr una mayor credibilidad en los análisis comparativos.
- \* Pasar de la verificación a la generación de teoría.
- \* Partir de una teoría fundamentada en los datos para llegar a una teorización formal.

Los retos para una investigador que quiera utilizar la *teoría fundamentada* son los siguientes (Creswell, 1998:58):

- \* El investigador necesita poner a un lado, en la medida de lo posible, teorías ya probadas, de manera que la teoría esencial pueda emerger.

- \* A pesar de la naturaleza inductiva de esta forma de investigación cualitativa, el investigador debe de reconocer que esta es una aproximación sistemática con pasos específicos para el análisis de los datos.
- \* El investigador tiene que enfrentar la dificultad de determinar cuando las categorías están saturadas, o cuándo la teoría está suficientemente detallada.
- \* El investigador necesita reconocer que la principal aportación de este estudio es una teoría con componentes específicos: un fenómeno central, condiciones causales, estrategias, condiciones y contextos, y consecuencias.

El proceso de análisis de datos en *la teoría fundamentada* es sistemática y sigue una estandarización (Creswell, 1998:57):

- \* En la *codificación abierta*, el investigador forma categorías iniciales de información acerca del fenómeno a estudiar mediante la segmentación de la información. En cada categoría, el investigador encuentra varias propiedades o subcategorías, y procura la dimensionalización de los datos, mostrando las posibilidades en un continuum.
- \* En la *codificación axial*, el investigador reúne los datos en nuevas formas después de la *codificación abierta*. Lo anterior se presenta mediante el uso de un *diagrama lógico* en el que el investigador identifica un fenómeno central, explora sus condiciones causales, especifica sus estrategias (acciones-interacciones que resulten del fenómeno central), identifica el contexto y las condiciones interventoras (condiciones que influyen sobre las estrategias) y delinea las consecuencias ("resoluciones") de ese fenómeno.
- \* En la *codificación selectiva*, el investigador identifica una línea narrativa y escribe un relato que integre las categorías del modelo anterior. En esta fase, las proposiciones condicionales (o hipótesis) son presentadas.

- \* Finalmente, el investigador puede desarrollar y mostrar gráficamente una *matriz condicional* que elucide las condiciones sociales, históricas o económicas que influyen en el fenómeno central.

El resultado de este proceso de recolección de datos y de análisis da lugar a una teoría, *teoría fundamentada en los datos*, que tiene como característica la de surgir a partir de un problema específico o de una población determinada.

Por otra parte, Strauss y Corbin (1990), publicaron posteriormente los procedimientos y técnicas de manera más detallada. Estos autores señalan al final de su trabajo los criterios que deben responderse cuando se utiliza la *teoría fundamentada*:

Criterio 1: ¿Se pudieron generar conceptos?

Criterio 2: ¿Estos conceptos están sistemáticamente relacionados?

Criterio 3: ¿Las categorías están bien desarrolladas, tienen densidad conceptual?

Criterio 4: ¿Cuánta variación se pudo encontrar en la teoría?

Criterio 5: ¿Existen otras condiciones que afectan el fenómeno y que no pudieron ser analizadas?

Criterio 6: ¿Se tomaron en cuenta los cambios en el proceso?

Criterio 7: ¿Cuál fue la importancia y extensión de los descubrimientos?

Lo que se busca finalmente mediante la utilización de este enfoque, es la construcción de una serie de categorías que haga referencia a los datos de los que se parte. Estas operaciones sistemáticas ayudan al investigador a avanzar hacia un entendimiento conceptual y a una integración de las categorías en un informe teórico coherente.

## VI RESUMEN DEL DIARIO DE TRABAJO

### *Mayo 97*

Preguntas de investigación:

- 1) ¿Existirá alguna diferencia en términos psicológicos entre el grupo de mujeres que se someten a los tratamientos de esterilidad (iniciales), y el de aquéllas que se someten a tratamientos de inseminación artificial o a FIV-TE?
- 2) ¿ El tiempo del tratamiento influirá en su vida psíquica?

### *Junio 97*

Acuerdo interinstitucional Fac. de Psicología-ISSSTE para hacer investigación sobre esterilidad en el Hospital "20 de Noviembre", especialmente con mujeres sujetas a tratamientos de Reproducción Asistida.

### *Agosto 97*

Presentación con el equipo médico del área de Reproducción Asistida. Les explico mi interés de trabajar con mujeres candidatas a FIV-TE. Entrevistas con directivos, médicos tratantes y personal responsable.

### *Septiembre 97*

Me ubican en un área física agradable y sin distractores.

Primeras entrevistas. Muchos ajustes por hacer, entre los más importantes:

- diferenciar grupo de mujeres con esterilidad primaria y secundaria por lo que hay que realizar procedimiento para tener acceso a expedientes médicos.
- anticipar y registrar citas de la pareja ya que es difícil su acceso al área hospitalaria.
- hablar con los médicos residentes para recomendarles las instrucciones para la derivación. Insistir en no condicionar las entrevistas al tratamiento.

- Las entrevistadas se sienten perseguidas porque utilizo hojas membretadas, una de ellas me comenta si la información se anexará al expediente. Utilizo en adelante hojas blancas y folders sin membrete.

*Octubre 97*

Observaciones:

En las primeras entrevistas presentan de manera constante:

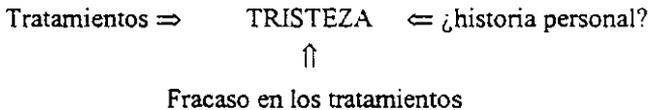
- dolor manifiesto por la falta del hijo
- llanto y desesperación
- negativa a abandonar el tratamiento

*Enero 98*

Reflexión:

La literatura especializada menciona que se presentan cuadros de depresión y ansiedad en las mujeres que se someten a los tratamientos de reproducción asistida.

La tristeza (¿depresión?) observada en las entrevistas, ¿es resultado de los diferentes tratamientos y sus fracasos o existe un factor adicional como la historia personal?



*Febrero 98*

Reflexión:

Cada día es más evidente que no existe una relación directa entre los tratamientos y las situaciones de tristeza y desesperación, pero ante la frecuencia con la que se presentan (20 casos), se va consolidando la hipótesis de la historia personal, sin embargo, ¿serán estos fenómenos observados el resultado de un desequilibrio actual de la personalidad (descompensación de la autoestima, como lo sugiere Morales), o existirá una estructura base que explique dicho fenómeno de manera más amplia?

*Marzo 98*

Reflexión:

¿ Podrá ser esta estructura una falla del narcisismo?

Problema:

No existe en la literatura psicoanalítica una unificación de criterio sobre si las fallas del narcisismo forman una estructura psicopatológica separada o si dichas fallas son intrínsecas a toda estructura y sus avatares.

*Abril 98*

Reflexión:

El fenómeno central es el deseo de maternidad. Concepto teórico diferente del deseo de embarazo.

Problema: ¿será más pertinente, metodológicamente hablando, el análisis de casos o la comparación de grupos?

*Mayo 98*

Presentación ante el comité del anteproyecto. Sugerencias recibidas:

- 1.- Establecer criterios para analizar fallas en el narcisismo.
- 2.- Identificar las presiones familiares e institucionales al tratamiento
- 3.- Identificar los efectos de los diferentes tratamientos
- 4.- Identificar el papel del género

*Julio 98*

- Nuevo análisis de datos y se constituyen las categorías preliminares.
- Esquema o diagrama provisional (elaboración con mucha dificultad)
- Nuevo diseño de entrevistas para explorar categorías.

*Noviembre 98*

La primera reunión del comité de doctorado ve la necesidad de incluir una nueva categoría diferenciada de la estructura narcisista: ¿Cómo imagina al hijo deseado? De acuerdo con la teoría, la llamaremos el hijo imaginario (p. 209).

*Febrero 99*

Con las entrevistas realizadas hasta esa fecha (casi 70), es preciso escoger diez casos que cumplan los criterios de selección (ya se empieza a percibir saturación teórica con la muestra estudiada).

Definitivamente escogemos a la teoría fundamentada como estrategia metodológica. A esta altura del trabajo, hay que buscar subcategorías.

*Mayo 99*

Análisis de entrevistas. Junto con el análisis de las categorías de acuerdo con la teoría fundamentada, hay que buscar la centralidad de las categorías según la interpretación psicoanalítica.

*Septiembre 99*

Presentación en la segunda reunión del comité de doctorado. Sugerencias: Afinar la categoría de género, incluir la identidad en el marco teórico.

*Noviembre 99*

Primera organización teórica de los datos empíricos

*Febrero 2000*

Se busca la relación entre las centralidades más importantes que son el género, la estructura narcisista y el hijo imaginario.

*Marzo 2000*

Presentación de los avances de la investigación en la tercera reunión del comité de doctorado. Sugerencias: Trabajar el contexto de la cultura en el marco teórico. Influencia permanente de la identidad.

*Mayo 2000*

- Segunda organización del esquema (codificación axial) y narración de éste.
- Se anexa eje temporal y pronóstico (salida). Resultados obtenidos mediante el uso de la teoría fundamentada

*Julio 2000*

- Últimas entrevistas: análisis y contrastación
- Elementos para una intervención psicoterapéutica
- Cierre y despedida de la institución médica (Comentario: fue una colaboración que podría definir como cálida. Difícil despedida)

*Julio- Agosto 2000*

- Últimas supervisiones con tutor, experto y asesor metodológico.
- Análisis final de resultados bajo la perspectiva psicoanalítica
- Trabajo de estructuración y redacción de borrador preliminar.

*Septiembre 2000*

Presentación en la cuarta reunión del comité de doctorado de un borrador preliminar de la tesis

Sugerencias: Ampliar conclusiones.

# EL HIJO IMAGINARIO EN RELACION CON EL DESEO DE MATERNIDAD

## CATEGORIAS DE ANALISIS

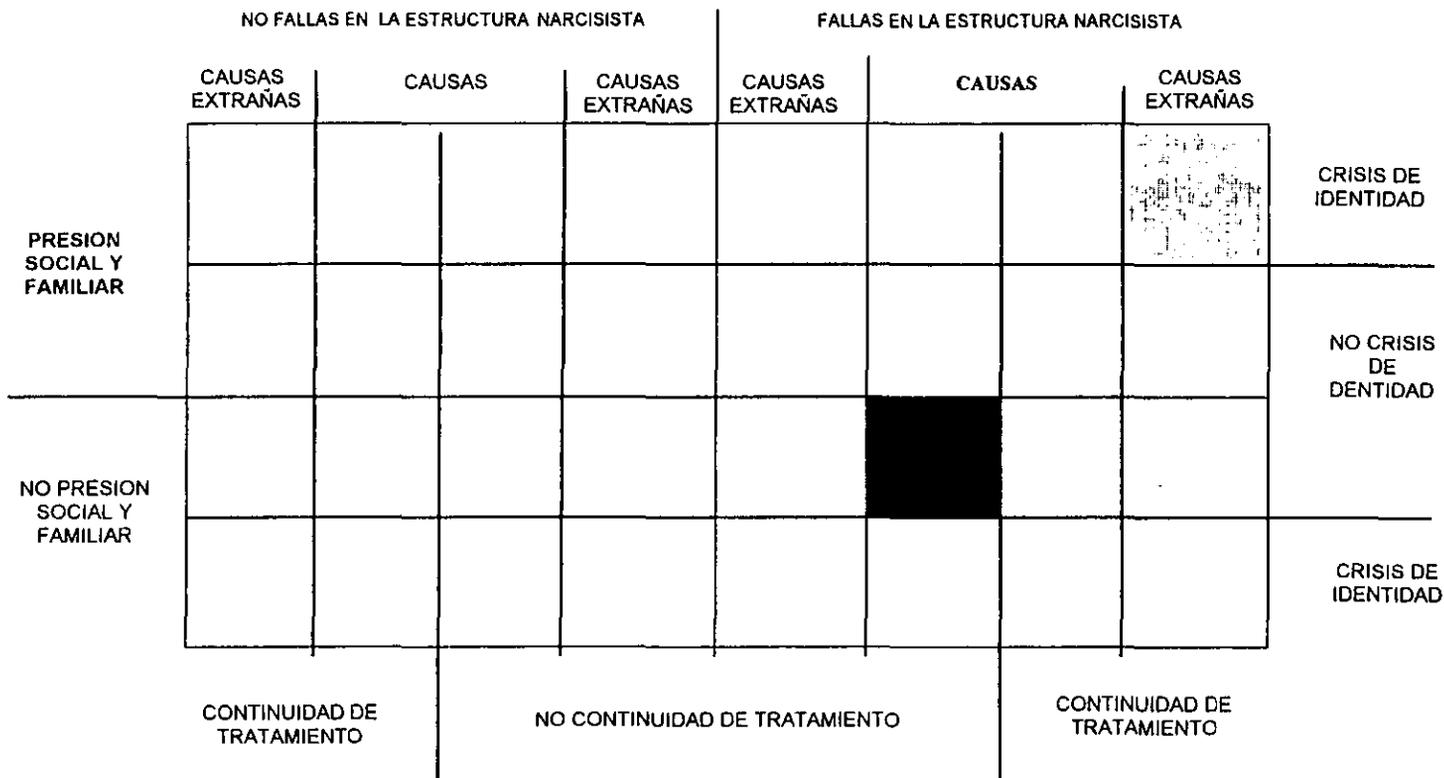
## PROBLEMA TIPO

## ILUSTRACIONES

El hijo como deseo de completud y perfección	No reconocer al hijo como un alter, sino como aquel que permitiría el regreso de un narcisismo perdido	"Es algo que me falta para ser mujer" "Con un hijo me sentiría completa" "Con un hijo ya no me faltaría nada"
El hijo como restauración de una imagen corporal perdida	El hijo sería aquel que compense la falta de belleza o de goce sexual	"Lo importante es ser madre, la belleza es secundaria" "Quisiera que mi hijo tuviera la belleza que tuve... o que no tuve" "La sexualidad sólo sirve para tener hijos" "No tengo una buena satisfacción sexual con mi pareja, pero lo importante es buscar un hijo"
El hijo como sustituto de las identificaciones con objetos perdidos y deseados	El hijo sería aquel que reemplazaría la pérdida de objetos investidos en la infancia o fuertemente idealizados	"Me gustaría que mi hijo hiciera, o se pareciera a... persona idealizada" "Me gustaría que mi hijo hiciera, o se pareciera a... persona perdida"
El hijo como representante de la castración	Necesidad de tener un hijo varón que compense la herida producida por la castración	"Me gustaría embarazarme para tener un hijo varón" "No me gustaría que mi hijo fuese niña porque"
El hijo como representante de las relaciones edípicas	El hijo sería aquel que resolvería todos aquellos conflictos provenientes del Edipo y que quedaron suspendidos temporalmente en el psiquismo	"Un hijo me recordaría la buena relación que tuve con mi madre o me reconciliaría con ella" "Un hijo me recordaría la buena la relación que tuve con mi padre o me reconciliaría con él"
El hijo como cumplimiento de ideales paternos	El hijo tendría que cumplir todos los anhelos y aspiraciones transgeneracionales no cumplidos por esta madre	"Mis padres o abuelos estarían orgullosos si mi hijo fuera de esta manera" "Yo no pude ser o tener estas características, pero mi hijo sí las tendrá"
El hijo como proyecto de vida	El hijo restituye una identificación perdida con la función materna	"Mi único anhelo en esta vida es el de ser madre" "Desde pequeña sólo me imaginaba a mí misma como madre" "Mi realización completa será la de ser una madre como mi madre lo era"

# DIAGRAMA DE CAUSALIDAD

Presentado al primer Comité Tutorial en Agosto de 1998



## VII EJEMPLOS DE ANÁLISIS DE DATOS POR TEORÍA FUNDAMENTADA

### CATEGORÍA: EFECTOS FÍSICOS DEL TRATAMIENTO

SUBCATEGORÍAS	PROPIEDADES	POSIBLES DIMENSIONES
Dolor	Frecuencia	A menudo: $\alpha, \beta, \delta, \gamma, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ De vez en cuando: $\epsilon, \kappa$ Nunca:
	Extensión	Más: $\alpha, \beta, \delta, \gamma, \lambda, \sigma, \tau$ Menos: $\epsilon, \kappa, \omega$
	Intensidad	Alta: $\alpha, \beta, \delta, \gamma, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ Media: $\epsilon, \kappa$ Baja
	Duración	Larga: $\alpha, \beta, \delta, \gamma, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ Media: $\epsilon, \kappa$ Corta

### CATEGORÍA: EFECTOS PSÍQUICOS DEL TRATAMIENTO

SUBCATEGORÍAS	PROPIEDADES	POSIBLES DIMENSIONES
Sentimiento de tristeza o vacío	Frecuencia	A menudo: $\alpha, \delta, \epsilon, \kappa, \lambda, \tau, \omega$ De vez en cuando: $\beta, \gamma, \sigma$ Nunca:
	Extensión	Más: $\alpha, \beta, \delta, \epsilon, \gamma, \kappa, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ Menos
	Intensidad	Alta: $\alpha, \kappa$ Media: $\beta, \delta, \epsilon, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ Baja:
	Duración	Larga: $\alpha, \kappa$ Media: $\beta, \delta, \epsilon, \gamma, \lambda, \sigma, \tau, \omega$ Corta: