

728812



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MECANISMOS DE ADAPTACION EN PAREJAS
CON PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

presenta

BERTHA ELISA CARRILLO Y ARCH

DIRECTORA: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

REVISORA: MTRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA



MEXICO, D. F.

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y DE ESTUDIOS
SOCIALES Y HUMANÍSTICOS



L 5053.08
UNAM. 148
2003
ej. 2

M

Dedicatoria

A todos aquellos que no han podido tener hijos.

Los padres no pueden controlar "la infertilidad" pero si pueden controlar sus reacciones ante este hecho. Uno es quien elige la actitud que tomará para el resto de su vida. Uno es quien escoge la manera de enfrentar el conflicto. Usted, yo, todos nosotros decidiremos como reaccionar ante la falta involuntaria de hijos.

Todo se le puede arrebatar al hombre, salvo una cosa, la elección de la actitud que ha de tomar ante las circunstancias, cualesquiera que estas sean, la elección de su propia manera.

Tus hijos no son tus hijos
Son los hijos e hijas de la vida
Vienen a través de ti, pero no son parte de ti
Y, aunque están contigo, no te pertenecen

Khalil Gibran

T. Ps. 10904

TP-10904

Agradecimientos,

A Dios que siempre me acompaña
A mi padre por su sabiduría
A mi esposo por su amor, solidaridad
Y respeto
A mi hijo, mi fuente de inspiración

A mi madre por su entrega
A mis hermanos por su compañía y cariño
A mis maestros por sus enseñanzas
A mis sobrinos por su alegría

INDICE

RESUMEN

CAPITULO I INTRODUCCION

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	Fertilidad	1
2.1.2	La Procreación, Continuación de la especie	1
2.1.3	Deidades — Mitos — Creencias	2
2.1.4	Infertilidad ó Esterilidad	5
2.1.5	Causas Biológicas de Infertilidad, Masculina--Femenina	6
2.1.6	Nuevas formas de reproducción humana	15
2.1.7	Esterilidad, consecuencias y efectos sociales	27
2.1.8	Esterilidad, consecuencias y efectos psicológicos	30
2.2	La pareja	45
2.2.1	El Ciclo Vital de la Pareja	46
2.2.2	Los opuestos	55
2.2.3	Parejas Atípicas	65

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1	Problema de investigación	67
3.1.2	Objetivos de investigación	67
3.1.3	Diseño de investigación	67
3.1.4	Selección de la muestra	69
3.1.5	Instrumentos de medición	69

CAPITULO IV RESULTADOS 72

CAPITULO V ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS 93

CAPITULO VI CONCLUSIONES 101

CAPITULO VII BIBLIOGRAFIA 103

ANEXOS : I - II - III

RESUMEN

Problema de Investigación. ¿Cuál es la incidencia de las manifestaciones psicológicas en parejas infértiles y que ayuda se les da desde una perspectiva holística bio-psico-social?

Objetivo: Describir y analizar, desde su marco referencial, como viven las parejas infértiles, el proceso de infertilidad, con que recursos cuentan para enfrentar el problema, con que frecuencia y magnitud aparecen las manifestaciones psicológicas y cual es su Auto-concepto. Haciendo un análisis desde un punto de vista Jungiano, desde los opuestos persona-sombra.

Investigación Ex-Post-Facto, de estudio de casos, con un diseño Pre-experimental, transeccional, descriptivo.

Muestra: 5 parejas infértiles, criterios de inclusión: parejas con diagnóstico de infertilidad, dentro del Ciclo Vital de la Familia, en etapa de Reafirmación, entre 3-8 años de casados, que estén en tratamiento médico, en consultorio ginecológico privado.

Instrumentos de medición: Cuestionario de Historia de Vida; (analiza el aspecto Bio-psico-social). Escala Psicofísica de Manifestaciones Psicológicas (establecida en tres rubros, control, seguridad y autoestima) y Prueba de Auto-concepto, (Lagunes, 1998).

Resultados: la manifestación psicológica predominante es el estrés. Las mujeres son las que experimentan con mayor intensidad y frecuencia todas las emociones, excepto las de pérdida de control: Impotencia, desesperación y frustración y las de pérdidas de seguridad: confusión y miedo, que son una constante en ambos sexos. En cuanto a la pérdida de estima la mayoría de las mujeres manifiestan: vacío e incompletad, necesitan del hijo para sentirse completas, hay un fallo en la Identidad y rol de género. La manifestación en los hombres que más llama la atención, es el sentirse utilizados (objeto). No se encontró conexión entre el auto-concepto y la Infertilidad.

Estas parejas infértiles son atípicas y sombreadas, expuestas a una sociedad que los señala y oprime en aras de la procreación, hecho que a su vez, les permite contactarse con su sombra y les da la oportunidad de un crecimiento personal y de pareja. Hecho que se confirma, ya que muestran solidaridad y responsabilidad ante su problemática de infertilidad, con buenos mecanismos de adaptación y resolución al problema, se apoyan, buscan soluciones y están dispuestos a aceptar, ayuda psicológica. Estas parejas infértiles confirman haber encontrado toda la ayuda médica, y en contraparte ninguno a recibido ayuda psicológica.

INTRODUCCION

Son indudables los adelantos que en todos sentidos ha vivido la humanidad. Nos encontramos en una época de cambios fantásticos que se producen a un ritmo tan acelerado que resulta casi imposible asimilarlos en toda su dimensión, y evaluarlos en toda su magnitud.

En el campo de la Biología, la Medicina y la Genética, la evolución ha sido acorde a estos cambios, que ha sufrido el hombre motivado por la influencia que le ejerce el medio, donde se desenvuelve, el cual también es modificado a su vez, gracias a su capacidad creadora.

Este trabajo tiene como objetivo volcar las experiencias de parejas, realizando el estudio de prácticas y discursos de hombres y mujeres, que piden a la ciencia respuesta a su deseo de tener un hijo.

La infertilidad ha movido a científicos de todo el mundo a crear nuevas formas, no naturales, para procrear hijos, tal sería el caso de descubrimientos como la Fecundación Artificial, *in Vitro*, o Transferencia de Embrión, despertando con ello, toda clase de polémicas en todos los ámbitos, como cualquier nuevo descubrimiento que afecte la vida y la evolución del ser humano.

Este hecho nos lleva a la reflexión, de que la ciencia sigue avanzando en esta materia, pero como toda ciencia tiene sus límites, y estos estarán determinados por el uso que el hombre le de a estos descubrimientos, tal es

el caso de la donación, hasta ahora practicada en animales. Y aceptada en humanos, solo en algunos países y en base a la clonación de órganos y tejidos.

Pero a pesar de estos adelantos que como dije anteriormente nos dejan atónitos, en contraparte hay interrogantes y muchas en el aspecto psicológico, y siendo el hombre un ser Bio-Psico-Social, habría que abarcar las tres esferas, para dar respuesta a estas interrogantes.

Las interrogantes serían como menciona el grupo de Reproducción y Genética AGN: "¿que cirugía remueve la angustia y la frustración de quienes anhelan ser padres?, ¿Que medicamentos disminuyen la Incomprensión de una sociedad que no considera a quienes no pueden ser padres?, ¿Que dieta fortalece los nexos amorosos de una pareja que no puede tener hijos?"

El objeto de esta investigación es identificar: ¿Cuál es la incidencia de las manifestaciones psicológicas en parejas infértiles y con que ayuda cuentan desde una perspectiva holística Bio-Psico-Social?

El primer paso será hacer un repaso de la literatura médica, para saber cuales son las causas, los diagnósticos y los tratamientos que existen para la infertilidad o esterilidad, posteriormente hablaré de las nuevas formas de reproducción que existen hasta el momento para finalmente pasar a la parte crucial o fundamental de esta tesis, que nos habla del impacto psicológico y las consecuencias que tiene la infertilidad o esterilidad en parejas

Como parte del estudio Revisaré, dentro del Ciclo Vital de la Familia, la etapa de Reafirmación, según Barragán, M. (1994), en la cual la principal tarea es la paternidad.

Haré mención del impacto que causa la infertilidad desde el punto de vista social, para abarcar las tres esferas mencionadas anteriormente.

Se hizo en base a una investigación Ex Post Facto, un estudio de casos múltiples pre-experimental, transeccional y descriptivo, donde se aplicó a cinco parejas, que están entre los 3-8 años de casados, tres instrumentos de evaluación. Posteriormente se analizaron los resultados, la discusión y las conclusiones.

Los médicos, genetistas han hecho su labor a la respuesta de tener un hijo. Toca ahora a los psicólogos explorar y ahondar más en esta interrogante.

El motivo de esta investigación sobre la infertilidad y la forma en que la viven las parejas, nace del empirismo, de mi experiencia personal, al haber sido protagonista, durante 9 años de esta dolorosa experiencia. En ese tiempo recorrí infinidad de consultorios médicos, acudí con innumerables especialistas, me realicé todos los tratamientos existentes, incluyendo cirugía. El vivir ese mundo frío, insensible, en donde no hay siquiera una muestra de interés por esta parte psicológica, los temores, la angustia, la frustración, el enojo, el dolor, todo se resume a exámenes exhaustivos, dolorosos y costosos.

La parte psicológica y social esta muy descuidada y creo que hay una urgente necesidad de terminar con esto y estoy convencida que la terapia individual, de pareja y de grupos con el mismo padecimiento pueden ser una gran solución, y evidentemente esto ya se hace en algunos países donde

existen grupos como Resolve, The Mind and Body Mental Institute que han realizado estudios al respecto, y han obtenido excelentes resultados.

El tratamiento biológico de la infertilidad ha logrado rebasar toda predicción, sin embargo alcanzará en mayor grado sus objetivos, si considera, el aspecto psicológico de la pareja como el principio y principal motivo de su actuación.

MARCO TEORICO

2.1 FERTILIDAD

Todas las culturas, sin distinción de raza, creencias o religión nos hablan del tema de la fertilidad.

Que es ser fértil, según el diccionario, la palabra se deriva del latín (fertilem), dicese de lo que produce mucho, especialmente el terreno. Dicese de una especie, totalmente aptos para la procreación

A través de la historia se ha relacionado a la madre con la tierra, la tierra que produce, que da frutos, la madre tierra, cuando la tierra era fértil había bonanza, había suficiente alimento, habría subsistencia.

2.1.2 LA PROCREACION DE LA ESPECIE

Este mismo sentido de la fertilidad, se le atribuía a la mujer. Muchos son los vestigios que se han encontrado en los culturas prehistóricas, que corroboran este hecho, un ejemplo es la Venus de Willendorf, descubierta en Austria , a la que se le atribuye una antigüedad de 20,000 años, ó las Venus de la edad de piedra europea, de las que se han hallado 130, entre Francia y el sur de Rusia. Estas figuras representaban a una mujer de senos colgantes, vientre enorme, nalgas exageradas y extremidades cortas, los especialistas suponían que eran amuletos o talismanes que se ofrecían a los espíritus para asegurar la fertilidad,

porque así se aseguraba la continuación de la especie, ya que en la época paleolítica, el hombre vivía en pequeñas tribus aisladas, sin remedios para curar enfermedades, y con promedio de vida reducido, lo que obligaba a la reproducción. (Reader´s Digest, 1991).

2.1.3 DEIDADES—MITOS—CREENCIAS

Diferentes culturas designaron a sus propias diosas de la fertilidad, así por ejemplo tenemos a:

Afrodita, diosa de la mitología griega, era una potencia primordial en el universo, como diosa de amor, da a los animales y a los hombres la posibilidad de obedecer en su nombre al instinto de procreación.

Venus, divinidad romana, diosa del amor y la belleza, símil de la Afrodita.

Coatlicue, diosa Azteca de la tierra, madre de Huitzilopochtli, era considerada la diosa madre, aparece en múltiples estatuillas con un niño en los brazos, bajo esta forma era venerada en el hogar, representada con falda de serpientes, símbolo de poder. La más impresionante es la colosal estatua monolítica que se conserva en el Museo de Antropología en México.

También existen múltiples Mitos que han llevado a hombres, de distintos pueblos e Ideologías a buscar afrodisíacos, como el cuerno de rinoceronte, la mandrágora, el ginseng, la miel etc. con el fin de aumentar el deseo sexual, la virilidad y la fertilidad. (Reader´s Digest,1991).

Por último hay, Ritos de pueblos que celebran la Menarca, porque significa que la joven puede empezar a procrear, dándole así a la sangre menstrual propiedades mágicas, sobre todo como antídoto de la esterilidad.

La mujer, era entonces la responsable de la fertilidad, al hombre ni siquiera se le mencionaba al respecto.

Los primeros intentos por explicar la reproducción humana, como un proceso natural, no mágico, datan del primer siglo de esta era.

El erudito griego, Soranus de Efeso, quien ejerció la Medicina en Roma, en la primera centuria, contribuyó en forma importante al conocimiento de la Ginecología y la Obstetricia, ya que logro reunir una serie de tratados sobre Obstetricia basados en la observación.

Observó que el tiempo más favorable para la fecundación era poco después de la menstruación y "recomendaba que permanecer en cama después del coito mejoraba la fertilidad." (Reader 's Digest,1991).

En el transcurso de los siglos, hubo muchas extrañas teorías que ganaron popularidad.

Los dibujos de Leonardo da Vinci del útero demuestran que también él aceptaba la antigua idea de que la sangre menstrual retenida durante el embarazo se convertía en leche materna, incluso la información científica era transformada por el vulgo en conceptos absurdos.

Cuando Leeuwenhock y uno de sus alumnos descubrieron los espermatozoides en 1677, sus contemporáneos pensaban que dentro había un hombrecito encogido, hubo quien dijo hasta haber visto potrillos en el semen de un caballo, citado en (Reader 's Digest,1991).

Fue a mediados del Siglo XIX, y gracias a los constantes investigaciones médicas, descubrimientos científicos aportados por la Biología y la Medicina, que se llegó a un profundo conocimiento de la fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, su funcionamiento hormonal y su patología, lo que permitieron saber a ciencia cierta que la unión de un óvulo y un espermatozoide, proceso llamado Fecundación, daba origen a un nuevo ser.

Y es aquí justamente cuando se empieza a hablar de infertilidad o esterilidad en la pareja

2.1.4 INFERTILIDAD O ESTERILIDAD

Estéril, según el diccionario, viene del latín (*sterilitatem*) y significa falta de cosecha o carestía de frutos, lo que significa que hay imposibilidad de reproducirse, imposibilidad de procrear, que no implica imposibilidad de acercamiento sexual.

La esterilidad es un problema general de la Biología que puede afectar a todas las especies.

En la especie humana deben distinguirse por una parte, la infertilidad o esterilidad femenina, la impotencia o esterilidad masculina y como consecuencia, la infertilidad o esterilidad en la pareja.

Aproximadamente entre el 10% y el 15% de las parejas en edad reproductiva presentan dificultades para tener descendencia, y un porcentaje de parejas aún no conocido, pero posiblemente mayor, tienen menos hijos que los deseados.

Hace no muchos años, frente a la consulta de una pareja con problemas de fertilidad, se estudiaba a la mujer. Hoy en día se sabe que un tercio de las alteraciones son de causa femenina, el otro tercio de causa masculina y el tercio restante de causas combinadas y de lo que se denomina esterilidad sin causa aparente (ESCA). Geller, M. (2001).

2.1.5 CAUSAS BIOLÓGICAS DE INFERTILIDAD FEMENINA Y MASCULINA

CAUSAS DE INFERTILIDAD O ESTERILIDAD FEMENINA

1.- Disfunción Ovárica.

Según, (Fertility World Organization, 2000), existen muchos factores que pueden impedir la ovulación (el desprendimiento del óvulo del folículo vesicular), eso se puede deber al mal funcionamiento de las hormonas ováricas, que son las responsables del desarrollo de los óvulos dentro del ovario.

Cualquier anomalía de la secreción cíclica de la hormona, Gn RH, (hormona desprendedora de gonadotropinas) que a su vez estimula el desprendimiento de las gonadotropinas, folículo estimulante (FSH) y leutinizante (LT) de la pituitaria, afectará el ciclo menstrual.

Otros factores que pueden contribuir para que se presente una disfunción ovulatoria son: El uso de medicamentos, tumores, productores de prolactina, que se encuentran en la hipófisis, desequilibrios hormonales de la tiroides, ovarios poliquísticos, Anorexia Y Estrés.

Es por ello que el primer paso en la investigación de la fertilidad de una mujer es establecer si ella ovula (produce un huevo) o no cada mes.

Lo anterior puede ser confirmado normalmente realizando análisis de sangre y de orina, y tomando diariamente la temperatura basal, para observar si se produce el aumento de la misma en algún momento del ciclo.

2.- BLOQUEO O DAÑO EN LAS TROMPAS DE FALOPIO

Según, (The Bridge Center, 1996), para que se produzca la fecundación debe existir permeabilidad en los órganos genitales femeninos que permitan el encuentro del óvulo y del espermatozoide, cualquier bloqueo o daño es causa de infertilidad.

Laparoscopia, es un estudio que se efectúa con anestesia general, se introduce un telescopio pequeño conocido como laparoscopio a través de la pared abdominal para observar los órganos pélvicos. Esta cirugía aporta datos sobre la anatomía del ovario, las trompas y el útero.

En caso de que se encuentre algún bloqueo, se practica una insuflación de trompas, y se aplica aire a presión, para poder destapar cualquier obstrucción.

Otra prueba practicada comúnmente es la Histerosalpingografía, que consiste en el estudio radiográfico en el que se introduce material de contraste a través del cuello uterino con el objeto de contrastar las cavidades uterinas, las trompas de Falopio, permitiendo ver si hay o no permeabilidad, y a qué nivel se encuentra la obstrucción si ésta existiera. Esto se puede evidenciar al ver el pasaje del medio de contraste inyectado y sacando varias placas. Este estudio hay que realizarlo en el posmenstruo inmediato para asegurarse que la paciente no este embarazada en el momento de la realización ya que es una contraindicación para efectuar el estudio.

Cuando las causas son obstructivas, los tratamientos quirúrgicos laparoscópicos y la recanalización de las trompas pueden alcanzar un éxito de hasta el 60% de embarazos.

3.- ENDOMETRIOSIS

La endometriosis, Health Organization, (citado en Egalenia.com, 2000) es una enfermedad ya descrita en la literatura médica hace más de 300 años, y desde la antigüedad se sabe que es una enfermedad crónica y a menudo progresiva que se presenta cuando se implantan fragmentos del tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, normalmente en otras parte de la pelvis.

Para que se pueda definir como endometriosis, los implantes deben contener tanto células glandulares endometriales (que secretan hormonas y otros fluidos) Como células del estroma (producen tejido de soporte). Estas células contienen receptores de progesterona, que son responsables de que el útero crezca. Cada mes estos implantes endometriales exiliados responden al ciclo menstrual y como lo harían si estuvieran en el útero, haciéndose más densos, rompiéndose y sangrando. Sin embargo, los productos del proceso no pueden expulsarse a través de la vagina durante la menstruación. En su lugar, se desarrollan acumulaciones de sangre que forman quistes, granos o parches. A medida que el ciclo continua, estas lesiones pueden crecer o reproducirse, hasta el punto de causar obstrucción o adherencias (tejido cicatricial parecido a una telaraña). Health Organization, (2000).

Las lesiones endometriales varían en gran medida de tamaño, forma y color. Los implantes precoces suelen ser muy pequeños y parecen granos, con los años pueden disminuir de tamaño y desaparecer, pero también pueden crecer.

Los implantes también varían de color, pueden no tener color, ser rojos o marrón oscuro, o los llamados quistes de chocolate, que están llenos de un líquido espeso de color alquitranado y normalmente aparecen en los ovarios

La endometriosis representa el 30% de todos los casos de esterilidad femenina y hasta un 40% de las mujeres con endometriosis son estériles. La endometriosis causa esterilidad de distintas formas. (Health Organization, 2000).

Los quistes endometriales o implantes en los ovarios o en las trompas de Falopio son particularmente susceptibles de causar esterilidad. Los quistes endometriales pueden llegar a bloquear el paso del óvulo o crecer en los ovarios y evitar la salida del óvulo. En ocasiones, la esterilidad se produce cuando tienen lugar adherencias entre el útero, los ovarios y las trompas de Falopio, con lo que se evita la transferencia del óvulo hasta la trompa, también pueden formarse en el cuello del útero, la vagina e incluso en la vejiga y en el intestino.

Los síntomas son: dolores durante la menstruación (dismenorrea), cuando un quiste endometrial se rompe, produce dolor muy intenso en cualquier momento, dolores pélvicos, calambres, náuseas, fatiga, mareos y hemorragias.

La endometriosis empieza a aparecer en la adolescencia, pero no suele diagnosticarse hasta que la mujer intenta embarazarse.

La endometriosis se puede detectar por medio de Laparoscopia o Ultrasonido, los tratamientos más comunes son la cirugía o tratamiento con láser, y farmacológico.

No queda por demás decir que su diagnóstico y tratamiento son un reto para cualquier ginecólogo.

4.- CAUSAS INMUNOLOGICAS

Son aquellas en las cuales la mujer en su moco cervical produce sustancias que matan o impiden el movimiento de los espermatozoides. Los factores inmunológicos corresponden al 20% de la infertilidad. (Ciencia, Tecnología y Sexualidad, 2001).

El cuello uterino es la primera estación a donde deben llegar los espermatozoides. El moco cervical cambia de apariencia, cantidad y consistencia de acuerdo al momento del ciclo ya que esto depende de los cambios hormonales que se producen mes a mes. Es por ello que se evalúa la cantidad y calidad del moco del cuello en el momento próximo a la ovulación, para ver si es apto en su función.

Habitualmente se efectúa el test postcoital, que consiste en tomar una muestra del moco cervical en fecha ovulatoria después de tener una relación sexual, se busca , la resistencia, el número y la movilidad de los espermatozoides

CAUSAS DE INFERTILIDAD O ESTERILIDAD MASCULINA.

1.- FALLAS EN LA PRODUCCION DE ESPERMA

En casos de azoospermia (ausencia de espermatozoides en el líquido seminal), u oligozoospermia (muy pocos espermatozoides en el semen eyaculado), es necesario realizar un análisis de sangre de las hormonas (FSH, LH y testosterona) Esto nos dirá si hay, por un lado, una obstrucción o si no hay producción de esperma dentro del testículo. (Ciencia, Tecnología y Sexualidad, 2001).

En el primer caso, el esperma se puede recuperar en cirugía abierta, mediante la aspiración del esperma de Microepididimo (MESA), el escroto se abre y los espermias son aspirados del epidídimo.

En el segundo caso, la Extracción del esperma Testicular (TESE) recuperará suficiente esperma para fertilizar el óvulo. Excepcionalmente si los niveles de testosterona son demasiado bajos.

El conteo bajo o disminuido de espermatozoides puede ser el resultado de un gran número de circunstancias, entre las cuales se encuentran:

- Orquitis, que es una inflamación testicular asociada con las paperas.
- Varicoceles, o venas varicosas en los testículos.
- Hipogonadismo, insuficiencia en el desarrollo de los testículos, o de estímulos de estas glándulas por las hormonas hipofisarias.
- Medicamentos, incluyendo la cimetidina y la espironolactona.
- Infecciones, de naturaleza viral o bacteriana.

- Desordenes genéticos, tales como la fibrosis quística o los testículos sin descender.
- Estilo de vida, tales como la bebida, el tabaquismo y el uso de drogas.
- Cáncer, como resultado de la quimioterapia.

En los casos anteriores es necesario practicar un Seminograma (análisis de semen). Es una parte esencial en la investigación de una pareja que experimenta problemas para concebir. La muestra del semen se obtiene por medio de la masturbación, la muestra se analiza en laboratorio, de ahí se determinará:

- Número de espermatozoides
- Concentración: número de espermatozoides por milímetro de semen
- Motilidad: número de espermatozoides capaces de nadar a través del cerviz y alcanzar las trompas de Falopio.
- Velocidad: mientras más rápido nadan, mayor la posibilidad de alcanzar y fertilizar.
- Morfología: la forma y tamaño de los espermatozoides, y el número, si es que existen formas anormales.

En un análisis normal del semen se obtiene una cuenta por lo menos de 20 millones de espermatozoides por ml. Por lo menos el 45% del espermatozoides muestra movimiento, por lo menos 30% del espermatozoides debe tener una morfología normal y

menos del 10% debe ser afectado por los anticuerpos. (Ciencia, Tecnología y Sexualidad, 2001).

Otra de las pruebas que se realizan en el semen eyaculado es el test de capacitación o REM (recuperación de espermatozoides móviles) Y consiste en lavar el semen de todas las sustancias y fluidos que contiene, y dejar los espermatozoides en un medio de cultivo rico en sustancias nutritivas.

2.- BLOQUEO DE LOS CONDUCTOS DEFERENTES

Otra causa de infertilidad masculina es la posibilidad de obstrucción de los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos hasta las vesículas seminales, estas se encuentran junto a la próstata y son reservorios o bodegas de espermatozoides para el momento de la eyaculación.

El esperma se puede recuperar en cirugía abierta (MESA), pero por ser una técnica muy agresiva, es necesario realizarla con anestesia local o general.

3.- GEN DEL HOMBRE INFERTIL

Un estudio reciente publicado en la revista, Nature Genetics, realizado por el catedrático Howy, (2001), de la Universidad de Tampere, Finlandia, nos habla del gen del hombre infértil. El estudio consideró la mutación genética que afecta a un gen llamado POLG.

Este gen desempeña un papel en la replicación del ADN en las mitocondrias, los componentes de las células que contribuyen a la producción de la energía necesaria para que éstas funcionen.

Se cree que si las mitocondrias de las células espermáticas no funcionan bien, los espermatozoides no pueden nadar a la velocidad necesaria para fecundar a los óvulos.

Con un simple estudio de ADN, se podría detectar y descartar esta causa de infertilidad.

Una vez revisadas y analizadas las causas biológicas que están provocando la infertilidad o esterilidad, los ginecólogos llevan a cabo todos los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos mencionados con el fin de erradicar las causas que la provocan, cuando se han agotado todos estos recursos naturales y aún no logran embarazarse, es el momento de transportar a la pareja a probar los adelantos científicos, las nuevas técnicas de reproducción.

2.1.6. NUEVAS FORMAS DE REPRODUCCION HUMANA

"En los últimos años son muchos los que han repetido que la creación del homúnculo de fausto en el laboratorio o el famoso Mundo Feliz de Huxley, han dejado de ser ciencia ficción, el progreso de la ciencia en el campo de la transmisión de la vida ha sido espectacular." Alburquerque, E. (1995).

En 1963 la prensa mundial aireaba que el profesor Petrucci, (Bologna), había conseguido en varias ocasiones la fecundación humana en el laboratorio, logrando que la vida se desarrollara durante tres o cuatro semanas. El 25 de julio de 1978 tiene lugar el nacimiento de Louis Brown, cuya fecundación se había realizado en el laboratorio con los gametos de sus padres legales. Todos los periódicos del mundo recogieron la noticia, que produjo gran conmoción en los medios científicos. Sé le llamo el "primer bebe de probeta ". En realidad apenas permaneció tres días en el tubo de ensayo, para pasar después doscientos ochenta y cinco días en el seno de la madre.

A esta fecundación "*In Vitro*" han seguido posteriormente otras muchas, que han dejado ya de ser noticia. En estos años se ha llegado, por ejemplo, a nacimientos en que la madre biológica no coincide con la madre en que tiene lugar el embarazo, nacimiento a través de embriones que han permanecido previamente en estado de congelación, inseminación con semen congelado del marido muerto (caso Corinne Parpalaix), o las llamadas "madre de alquiler" que se prestan al embarazo mediante una retribución económica, y, sobre todo, se habla de la

posibilidad de la reproducción clónica en los seres humanos, después de haberse conseguido la clonación de mamíferos "La Oveja Dolly."

La crianza paternidad-maternidad se reduce a tres formas, matrimonial, extramatrimonio y la adopción. Las posibilidades técnicas en orden de la procreación hoy en día son muchas y muy variadas.

Entre estas se encuentran: (citado en, The Bridge Center, 1996)

LA INSEMINACION ARTIFICIAL. (IVI)

Se entiende la intervención medica mediante la cual se introduce el semen en el organismo femenino, no a través del acto sexual, sino de manera artificial, se intenta lograr el embarazo al margen del acto sexual. Y esto, bien, porque resulta imposible realizarlo o porque a través del procedimiento técnico se pretende facilitar el proceso de la fecundación.

Como método de transmisión de la vida es procedente, cuando siendo fecunda la mujer, existen sin embargo dificultades físicas o psíquicas para realizar normalmente el acto sexual.

El procedimiento consta esencialmente de dos partes. Lo primero se realiza normalmente mediante la masturbación. Lo segundo consiste en la introducción del semen al interior de las vías genitales de la mujer, que se realiza en los días en que se prevé que tiene lugar la ovulación.

Existen principalmente tres tipos de inseminación; la inseminación fuera del matrimonio, en el caso de una mujer soltera que desea tener un hijo, pero no

marido, la inseminación homóloga, que se realiza con la esperma del propio marido; y la inseminación heteróloga cuando se trata de la inseminación de una mujer casada con esperma no del propio marido, sino de un donante extraño al matrimonio (en casos de esterilidad masculina).

La práctica de la inseminación artificial es hoy frecuente, se recurre cuando hay problemas anatómicos o sexológicas (impotencia del hombre, vaginismo en la mujer, esterilidad masculina, o, cuando el semen contiene un bajo número de espermatozoides.

FERTILIZACION IN VITRO. (IVF)

Fecundación (o fertilización) artificial (*in Vitro*) significa que el proceso normal de fusión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar en el laboratorio, en vez de realizarse en el aparato genital femenino. Este tipo de intervención implica; la obtención del óvulo y del esperma, la fecundación propiamente dicha y el traslado posterior al útero. Este último paso constituye una operación sumamente delicada, pues supone la armonización entre la fase de desarrollo en que se encuentra el óvulo fecundado y la disposición del útero para acogerlo, de manera que pueda verificarse la animación.

IVF se desarrolló como un tratamiento para mujeres que han bloqueado o dañado sus Trompas de Falopio las cuales previenen que el óvulo y el esperma se puedan reunir. Sin embargo, se puede usar también en algunos casos donde una mujer tiene Endometriosis, cuando el hombre no tiene calidad en sus espermatozoides o cuando la causa de la esterilidad es desconocida.

El tratamiento de IVF se compone de varios procedimientos generalmente referido como un ciclo de tratamientos y que consisten en:

- a) Baja regulación, en principio, la mujer es prescrita por una droga en forma de un rocío nasal o una inyección que suprime la liberación de las hormonas responsables de la producción de un óvulo.
- b) estimulación del ovario, se hace mediante una inyección intra-muscular, la cual se suministra diariamente, estimulando al ovario a producir varios óvulos para asegurar que hay los óvulos adecuados para la fecundación.
- c) Controlar, control regular de los efectos de las drogas en los ovarios, se obtiene por ultrasonido y pruebas de sangre.
- d) Inyección final, cuando el ultrasonido y las pruebas de sangre indican que hay un número suficiente de folículos maduros, una inyección final se administra para asegurar la maduración de los óvulos en la preparación para la recolección de éstos.
- e) La recolección de los óvulos, se recolectan por vía vaginal usando una aguja fina para aspirar los óvulos de los folículos. Esto se realiza generalmente con anestesia o un sedante.
- f) La producción y preparación del espermatozoides, en el día de la colección del óvulo, el hombre es requerido para producir una muestra de semen. La muestra entonces se prepara en el laboratorio para extraer la mayoría de los espermatozoides adecuados.
- g) Embriología, cuando todos los óvulos se han reunido, son introducidos en un plato con el espermatozoides preparado e incubados en el laboratorio.

Aproximadamente dieciséis horas después, el especialista verificará para ver si la fecundación ha ocurrido.

- h) La transferencia del embrión, si la fecundación ha ocurrido, hasta tres de los embriones son transferidos directamente en el útero, dos días después de la recolección del óvulo. Los embriones se transfieren vía la vagina y cerviz usando un fino catéter. Este procedimiento se lleva a cabo generalmente sin dolor.
- i) La prueba del embarazo, una prueba de embarazo se debe llevar a cabo catorce días después de la transferencia de embrión. Si el resultado es positivo, un ultrasonido es recomendado dos o tres semanas posteriores verificando que el embrión está vivo y situado en el útero.

Durante el ciclo del tratamiento de IVF, varios problemas pueden surgir los cuales pueden causar que el tratamiento sea cancelado o pueda fallar.

- I) Los ovarios pueden responder o sobre responder a las drogas estimulantes en tal caso la recolección de óvulos no proseguirá.
- II) Muy raramente, aunque el ultrasonido indicó la presencia de folículos, ningún óvulo podrá ser encontrado durante el procedimiento de la recolección de los mismos.
- III) Los óvulos pueden no haber sido fertilizados en el laboratorio y por lo tanto ninguno de los embriones estarían disponibles para la transferencia.

- IV) Los óvulos pueden sufrir una falla al dividirse después de que la fecundación y por lo tanto no pueden reemplazar en el útero.
- V) Después de la transferencias del embrión, los embriones pueden fallar al ser injertados en el útero. Esto es la razón más común para que un tratamiento IVF pueda fallar.

Desde el punto de vista de la fecundación artificial orientada a la procreación como remedio de la esterilidad masculina o femenina, se pueden distinguir distintas formas de intervención humana.

Fecundación In Vitro del óvulo de la esposa con espermatozoides, del marido, seguida de la implantación en el útero de la misma esposa.

Fecundación In Vitro del óvulo de la esposa con espermatozoides, del marido, seguida de la implantación en el útero de otra mujer.

Fecundación del óvulo de una mujer donante con espermatozoides, del marido seguido de implantación en el útero de la esposa.

Fecundación del óvulo de una mujer donante con espermatozoides también donantes, seguido de implantación en el útero de la esposa, y algunas otras combinaciones.

CONGELACION DE EMBRIONES

La fecundación *-In Vitro-* reviste unas características peculiares cuando se recurre a la congelación de embriones. Alburquerque, E. (1995).

Hoy es posible congelar y descongelar semen, óvulos, y embriones, de hecho, han nacido ya los primeros "niños probeta", que se mantuvieron congelados durante algunos meses. El primero nació en Australia en 1984. Esto supone el comienzo de una nueva etapa en las técnicas de reproducción asistida.

Desde el punto de vista médico, el recurrir a la congelación de embriones cuando se trabaja en la fecundación artificial, tiene un sentido pragmático. Sucede que en algunas ocasiones se puede disponer de siete u ocho embriones, y solamente se trasladan al útero de la mujer cuatro. Los embriones – sobrantes - pueden ser congelados sin riesgo, a una temperatura de 196 grados bajo cero y se pueden mantener así hasta por diez años.

Si la mujer no queda gestante puede serle transferidos posteriormente sin necesidad de reiniciar todas las intervenciones anteriores desde la obtención del óvulo

Por otra parte, es también una realidad la cesión y donación de embriones congelados a parejas que no logran obtener embriones propios. Se trata de una forma especial de adopción Pre-Natal.

La posibilidad de la congelación ha llevado a la creación de bancos de semen y de embriones. Parece que el semen congelado puede poseer buenas condiciones de fertilidad aun después de algunos años de congelación; en cambio los óvulos sufren más y son pocos los que pueden ser utilizados. Por lo que respecta a los embriones, el proceso de congelación y descongelación puede afectarlos negativamente.

Pero ciertamente, además de los aspectos médicos hay que prestar atención a otros aspectos humanos, sociales y éticos. Y desde esta perspectiva hay que

diferenciar entre la congelación de gametos y la congelación de embriones, ya que en estos últimos ya está engendrado y vivo un nuevo ser.

El embrión no es una cosa que el médico o el científico puedan usar y manipular a su antojo. Lo que el médico toca no es simplemente un conjunto de tejidos y órganos, es una vida humana. Y desde un punto de vista moral y social, algunas personas podrían argumentar que el origen y el destino de un hombre no puede decidirlo un científico.

Es importante en este punto señalar la perspectiva y los lineamientos de la Bioética, ciencia que se deriva de los vocablos griegos —bios— vida y —ethos— moral.

Es un neologismo introducido por Potter, (1970), y que a pesar de sus pocos años de existencia, esta de actualidad, y, surge de las múltiples voces, de todas partes, para salvaguardar los valores y derechos de la persona humana en las intervenciones técnicas.

Es un hecho que en aras de nuevas tecnologías, se pase por alto el valor ético o moral, tal es el caso de la destrucción de embriones humanos que en su propósito de lograr la fecundación fueron guardados y congelados, y que después de cierto tiempo en que el hombre logro su deseo de hijo, los mismos son destruidos.

El sentido de esta voz de alarma no es parar la marcha de la historia o detener el ritmo del progreso, no se trata de eso, se trata, más bien, de que el progreso resulte digno y humanizante, no alienante y destructor.

Las intervenciones técnicas, la práctica médica, los avances que se realicen han de estar al servicio de la persona, de sus derechos inalienables y de su bien integral,

No se trata simplemente de avanzar cada vez mas, se trata, de saber hacia donde se dirigen los conocimientos, que metas persiguen, que consecuencias se siguen de ello. Fines y consecuencias que clarifican siempre la valoración moral. Porque son capaces de expresar el ámbito de la responsabilidad humana.

Hasta hace muy poco tiempo se afirmaba que la reproducción clónica podría ser una realidad para el año 2000. Pero no ha hecho falta llegar al nuevo siglo para que la donación deje de ser ciencia ficción y se convierta en una posibilidad abierta. Ya hoy la técnica de donación podría permitir producir individuos idénticos genéticamente a partir de una célula de un genotipo dado.

Se habla de hijos calca o hijos fotocopia, Alburquerque, E. (1997) puntúa, "la clonación consagra la reiteración de lo mismo, es la materialización del doble por vía genética; el sujeto es expurgado de su división y entregado a la metástasis de sí mismo, a la pura repetición."

La palabra clonación proviene del griego (klon) y significa esqueje, brote. Alude al proceso de reproducción de las plantas. De un esqueje plantado que asoma muy pronto un nuevo brote. Se trataría de la multiplicación asexual de especies vegetales a partir de esquejes. En las especies animales y, mas concretamente, en los mamíferos, la obtención de organismos clónicos no es tan simple. Pero es posible y puede realizarse mediante dos técnicas diferentes. La primera consiste en dividir en dos o mas partes un embrión que se encuentre en un estado inicial de desarrollo. En estas circunstancias, las células (blastómeros) que forman el embrión son tan potentes y por tanto, capaces de originar un individuo completo. Con esta técnica se han producido, por ejemplo, ratones clónicos.

La segunda consiste en el trasplante del núcleo vivo de una célula diploide a un huevo del cual se ha extraído el núcleo, continuando el resto del desarrollo embrionario por cauces normales. De esta manera se podrían producir cientos de seres genéticamente idénticos, como una serie de gemelos. Los experimentos realizados con esta técnica de clonación habían sido hasta ahora escasos. Pero la obtención de una oveja clónica ha causado una profunda admiración y también un gran temor ante la posibilidad de poder llegar a producir seres humanos clónicos. EL 23 de Enero del 2001, Gran Bretaña ha sido el primer país en aceptar la clonación de seres humanos, pero sobre las bases únicamente de poder obtener órganos o tejidos que puedan ayudar en la curación de ciertas enfermedades, como por ejemplo, el Mal de Parkinson.

En Febrero de 1997, fue fundada la asociación internacional Clonaid, por el líder del movimiento Raelian, que aseguran haber clonado al primer bebe, "Eva" El 26 de Diciembre de 2002, hecho divulgado por la mayoría de los medios de comunicación, pero aún no reconocido por muchos científicos.

Hasta ahora hemos hablado únicamente de la parte médica y de las tecnologías altamente especializadas para poder lograr un embarazo, sin embargo, muchos de estos recursos no están indicados en todos los casos y tampoco son la solución definitiva.

Videla, (1996), señala; "nos interrogamos con preocupación acerca de esta sordera-ceguera de los científicos que siguen invirtiendo millones para resolver su dilema de escasos porcentajes de éxito tecnológico.

Cada día circunscriben un micro factor más, intentando negar una realidad evidente: que trabajan sobre la sexualidad de personas, quienes no son solamente

organismos sino cuerpos psíquicamente significados, portadores de una biografía singular.

De abordar a las personas solamente como organismos (organicistas), resulta una medicina que medicaliza la demanda verbal de hijo y deja de lado la resistencia expresada por los síntomas porque el médico no lo sabe descifrar."

Por más estrépito que haga la demanda de palabras para conseguir un hijo, si no se aborda el deseo inconsciente, las tecnologías reproductivas seguirán siendo mecanismos de forzamiento, a punto de llegar hasta súper estimulaciones ováricas, cuyas consecuencias aún se desconocen; para algunos pueden llevar hasta la muerte, como también generar siete o más niños iguales, cuando se buscaba solamente uno ó desarrollar enfermedades que no existían como la endometriosis o cáncer de mama.

Necesitar un niño para diversos fines no es lo mismo que desear un hijo. Lo que dice el cuerpo de las personas estériles no puede ser obturado con bombardeos hormonales, transferencias de embriones, crío conservadores o alquiler de mujeres para gestaciones mercenarias.

"Los magníficos descubrimientos científicos para solucionar mutilación tubárica de las mujeres y ausencias espermáticas en los varones, al ser aplicadas indiscriminadamente a cualquier problemática esterilizante (ESCA), esterilidad sin causa aparente, pasan a constituirse en verdaderas infamias biológicas, precisamente porque lo no aparente para la medicina es el orden inconsciente, que no toma en consideración. Si fuese tomado en cuenta, seguramente descenderían vertiginosamente los índices del fracaso tecnológico". Videla, (1996).

Para ello es necesario que la ambición de los tecnólogos mute hacia una reflexión en conjunción con otras disciplinas.

Ante esto muchos profesionales responden que ellos "poseen psicólogos y psicoanalistas" en sus equipos. Pero lo que no aclaran es con que objetivos los tienen.

Si las investigaciones guardaran un orden lógico y humano las parejas estériles debieran ser estudiadas integralmente, tanto en lo relacionado a sus demandas verbales de hijos como a sus deseos inconscientes.

Por ello, es importante señalar y analizar desde el punto de vista psicológico y social como viven todo este proceso las parejas infértiles o estériles.

2.1.7 ESTERILIDAD: CONSECUENCIAS Y EFECTOS SOCIALES

A lo largo de la historia existen narraciones sobre artificios para lograr el embarazo, que hoy serían reprobables, tales como la práctica del incesto, o ritos milagrosos, todo se valía, llegando incluso a tener efectos sobre la comunidad o la sociedad en general.

“Un claro ejemplo de ello, fue el rey Enrique VIII de Inglaterra, que es un caso particular de infertilidad secundaria y aunque tuvo descendencia posteriormente, con base en su dificultad, revolucionó la religión y los sistemas legales de un país, es claro que la importancia radicaba en aspectos de tipo social, económico y cultural, pues de la existencia de los hijos dependía no solamente la herencia de los bienes de la familia, sino también de fuerzas en el ámbito político y la estabilidad de los grupos en el poder; la ausencia de un heredero al trono provocaba un sin número de conflictos internos y externos, guerras, carestías y sufrimientos.” Hammer, B. (1993, citado en Castelazo, Morales y Carreño, 2000).

No resulta por tanto sorprendente que las mujeres de finales de la edad media, especialmente las pertenecientes a las clases en el poder, únicamente se preocuparan por el tipo, número y ocasión de embarazos, cuando su unión no fructificaba con la presencia de la prole.

Por otra parte, Bourdieu, P. (2000), señala: “la virilidad es un concepto eminentemente relacional, construido ante y para los restantes hombres y contra la feminidad, en una especie de miedo de lo femenino, y en primer lugar en sí mismos.” Es decir, la virilidad, entendida como capacidad reproductora, sexual y social, pero también como aptitud para el combate y para el ejercicio de la

violencia (en la venganza, sobre todo), es fundamentalmente una carga. En oposición a la mujer, cuyo honor esencialmente negativo, solo puede ser definido o perdido, al ser su virtud sucesivamente virginidad y fidelidad, el hombre se siente obligado a estar a la altura de la posibilidad que se le ofrece de incrementar su honor, buscando la gloria y la distinción en la esfera pública. La exaltación de los valores masculinos tiene su tenebrosa contrapartida en los miedos y las angustias que suscita la femineidad.

Todo contribuye así a hacer del ideal imposible de la virilidad el principio de una inmensa vulnerabilidad.

El privilegio masculino no deja de ser una trampa y encuentra su contrapartida en la tensión y contención permanentes, a veces llevadas al absurdo, que impone en cada hombre el deber de afirmar en cualquier circunstancia su virilidad." Hammer, B. (1993, citado en Morales, Carmona y Carreño, 2000), señala, " para algunos individuos, la infertilidad es una crisis o fallo que los aliena en sus creencias, en su comunidad religiosa y aun en Dios; se siente traicionada su confianza en el sistema de creencias, que no los protege o los resguarda adecuadamente del dolor. De tal manera que tienden a buscar en su pasado pecados que puedan explicar el sufrimiento, o bien optan por vivir con su destino al que catalogan como injusto. La infertilidad puede ser interpretada como un mensaje de Dios para reflexionar en la propia vida o como una forma de sufrimiento que es un acto divino mas allá del entendimiento humano."

Dentro de la sociedad mexicana, la finalidad de la familia, la sexualidad y del propio individuo sigue siendo la procreación de los hijos.

Según Octavio Paz, el fin de la sexualidad, en términos generales, es la reproducción, y el del erotismo, el placer.

La infertilidad se enfrenta con impotencia y frustración debido a que se le considera como un obstáculo para cumplir con una función socialmente esperada. En un mundo convulsionado por cambios profundos en su estructura social, con el trasfondo ominoso de la sobrepoblación y la contaminación ambiental, parecería un acto paradójico e insano dedicar urgentes esfuerzos al logro de un embarazo, la importancia de alcanzar este objetivo ha sido reforzada a través de los tiempos, ya que la paternidad-maternidad han influido no solo en el desempeño y aceptación social, sino también en la madurez, en la identidad sexual y en el ajuste emocional. Castelazo, M. Morales, C. y Carreño, M. (2000).

2.1.8 ESTERILIDAD: CONSECUENCIAS Y EFECTOS PSICOLOGICOS

Para profundizar en los avances del conocimiento científico sobre las consecuencias y efectos psicológicos de la infertilidad procederé a integrar algunos de los diferentes enfoques que se dan al fenómeno.

Maslow, (citado por Colmenares, 1999), "Enfoca el desarrollo psicológico en función de una sucesiva satisfacción de las necesidades superiores de auto realización, pero para lograrlo hay que satisfacer las necesidades inferiores fisiológicas, necesidades de seguridad (angustia y miedo) necesidades sociales (identidad y género) y necesidades de estima (tristeza, dolor, depresión).

La primera frustración de una necesidad, puede fijar al individuo en este nivel de funcionamiento. La búsqueda de necesidades superiores es un índice de salud mental.

La neurosis viene por deficiencias causadas por la frustración o privación de ciertas necesidades fundamentales,

La pareja estéril al no poder cubrir el deseo de tener un hijo, caería en una frustración.

Maslow sostiene, que el hambre y la sed, son indispensables para la supervivencia del individuo, en tanto el sexo, para la supervivencia de la especie."

Morales, C. y Carreño, M. (1996), nos señalan, "abordar el tema de la reproducción humana desde una visión psicológica resulta una tarea difícil porque

se trata de un fenómeno que incorpora una variedad amplia de fenómenos emocionales, y eventos que se encuentran arraigados tempranamente en la construcción psicológica del individuo, en especial de su identidad.

La identidad nos permite englobar aquellas características que una sociedad establece, en un momento histórico determinado, con las influencias políticas, económicas, costumbres, rituales, para diferenciar a hombres de mujeres.”

Al hombre se le exigen ciertos atributos, como son la fortaleza, la audacia la actividad y la independencia, en la ideología china sería lo que llaman el yang, y que caracteriza lo masculino como intrusivo, penetrante, solar, frío, seco, guiado por el hemisferio izquierdo, en el que se asienta la lógica y lo analítico. y a la mujer se le atribuye la debilidad, la sensibilidad, la dependencia y la sumisión, que sería el ying, y que caracteriza lo femenino como receptiva, intuitiva, cálida lunar y fértil, guiada por el hemisferio derecho que se rige por el sentimiento o lo emotivo.

En ambos casos, es claro que se interfiere con respuestas que sean del todo saludables desde un punto de vista emocional.

Al varón se le impone el que no sea capaz de mostrar sus emociones, que limite su capacidad para ser sensible, que no exprese sus temores y sus dudas, no posee las redes de apoyo necesarias para afrontar las situaciones difíciles, por su parte la mujer no está en mejores condiciones, puesto que la reproducción es esencial para su identidad, ya que esta le convierte con frecuencia en terreno de satisfacciones, pero también es propicia de reacciones emocionales que llegan a transformarse en malestar psicológico o, como expresa Bardwick, D.J. (1983), “la

maternidad brinda a la mujer la oportunidad de desarrollar sus afectos desde los sentimentales, tiernos y amorosos, hasta los autoritarios, agresivos y punitivos.

Le da la oportunidad de satisfacer su deseo de inmortalidad, la posibilidad de reexperimentar a través de los hijos la propia infancia, la posibilidad de entender o identificarse con los propios padres, la maternidad vista como símbolo de independencia.”

La mujer que necesita a un hijo para sentirse como tal, tiene un fallo en la adquisición de su identidad de género, y ha tomado uno de los roles de la feminidad como su totalidad.

Suponer la necesidad del hecho reproductivo (embarazo-parto-crianza) para ser mujeres, muestra una confusión del propio concepto de la mujer, la identidad y el rol de género.

Ferró, (1991 citado en Morales y Carreño, 2001), señala, “la identidad de género puede desarrollarse en un sentido mucho más amplio, en el que el ideal de la mujer tenga que ver con planos de desarrollo diferentes, hecho que coloque a la maternidad como una condición más de un abanico amplio de posibilidades de desarrollo con una gran diversidad de papeles tanto en lo individual como en la relación de pareja y en lo social.”

Por su parte Hunt, (1993) afirma, “ a las mujeres se les ha convencido de que su sentido de identidad y su definición se enmarca fundamentalmente por las relaciones hacia el interior de la familia; durante siglos se les ha identificado como hijas, esposas, madres y abuelas en el eterno ciclo de la mujer. Que probablemente condiciona en un nivel profundo de su mundo interno que se

interprete que, al ser mujer, debe ser madre. Por supuesto, la definición de la mujer adulta como fundamentalmente madre está muy arraigada en el psiquismo femenino, ignorando y excluyendo la amplitud de alternativas para lograr un nivel de autosatisfacción al fomentar el desarrollo de otras áreas creativas.”

Actualmente, algunas mujeres han iniciado el reconocer que la maternidad no es la única alternativa para definirse como tal, ni se sienten diferentes por la falta de un hijo. Sin embargo, estas expectativas no están del todo presentes en los más amplios sectores de la población femenina, para muchas aún existe la confusión de si el deseo de la maternidad es algo natural o aprendido, por lo que se responde al deseo y a la presión social. Videla, M. (1996).

Tort, M. (1994), desde el enfoque psicoanalista señala:

“No hay reproducción humana. El gran llamado de la vida, las sirenas de la reproducción son mitos. La procreación, por la cual dos sujetos le dan vida a otro, es una operación simbólica socialmente organizada en todas las culturas.

El proceso biológico del engendramiento le esta subordinado, y hay que dejar de pensar que trabaja, en las profundidades que tan extrañamente se le atribuyen, y que la Biología aplasta sin piedad, en pro de la gran obra, de la piedra filosofal de la vida, pero como la experiencia analítica, lo enseña cada día, son otras las fuerzas que subtienden al deseo, la concepción, el embarazo y el nacimiento. Las dominan el lenguaje y la representación mediante la relación con el objeto (perdido), y las relaciones de sexos identificados como masculino y femenino.

La pretendida reproducción humana se apoya en una lógica inconsciente de las representaciones originarias. Las teorías sexuales infantiles, con los extraños

fantasmas que las organizan, las teorías sexuales "adultas", singulares y colectivas que les suceden, el determinismo edípico y narcisista de las concepciones."

Faure y Pragier, (1987 citados en Tort, 1994), "se interrogaron acerca del extraño lugar de la esterilidad femenina en los textos freudianos., haciendo resaltar la importancia que adquieren las representaciones de la esterilidad en la idealización de la relación madre-hijo."

"La esterilidad aparece también como castigo a un amor incestuoso, el hijo incestuoso no debe engendrarse, y es objeto de una suerte de asesinato prenatal, del mismo modo que en el análisis Rosmersholm Ibseniano, la esterilidad castiga los deseos edípicos y su realización. Y el deseo de poder exige el sacrificio de la feminidad." Faure y Pragier, (1987).

También se menciona la hipótesis de una conexión entre la esterilidad y la histeria.

Todas estas teorías subjetivas no pueden pronunciarse científicamente sobre la existencia o ausencia de un factor psicológico que pudiera ser causal de una esterilidad.

Videla, M. (1996), hace referencia a una frase de Aulagnier, que dice "los psicoanalistas son buscadores de pruebas" y nunca me ha parecido tan acertada esta definición como en relación a nuestra investigación sobre las causas inconscientes de la esterilidad. Pero además creo que hoy deberíamos agregar a esa definición que son además "buscadores de pruebas para el indulto", de aquellos que se visualizan como pecadores-delincuentes, por acontecimientos de

su biografía registrada en el inconsciente, flagelándose por medio de la mutilación pro creativa.

Fromm, (1970), "habla sobre el amor como forma de superar la separatividad humana, como la realización del deseo de unión, Pero por encima de la necesidad universal, existencial de unión, surge otra mas específica y de orden biológico. El deseo de unión entre los polos masculino y femenino.

La polaridad masculina-femenina se evidencia biológicamente en el hecho de que la unión de un espermatozoide y el óvulo constituyen la base para el nacimiento de un niño. El dominio puramente psíquico, en el amor entre hombre y mujer, cada uno vuelve a nacer.

La polaridad entre los principios masculino-femenino existe también dentro de cada hombre y cada mujer. Así como fisiológicamente tanto el hombre como la mujer poseen hormonas del sexo opuesto, así también en el sentido psicológico son bisexuales. Llevan en si mismos el principio de recibir y de penetrar, de la materia y del espíritu.

El hombre y la mujer solo logran la unión interior en la unión con su polaridad femenina o masculina."

Jung, desarrolla su teoría de los arquetipos, propuesta originalmente por Lamark (1774—1829) quien creía que los caracteres adquiridos mediante la experiencia individual podían transmitirse genéticamente a las generaciones siguientes.

Los etólogos por su parte sostienen que cada especie animal esta dotada de un repertorio exclusivo de comportamientos adaptados al entorno donde ha

evolucionado. Este repertorio depende de los mecanismos de activación innatos, que el animal hereda en su Sistema Nervioso Central, y que están preparados para activarse cuando se encuentren en el entorno los estímulos apropiados, llamados estímulos señales. Cuando estos estímulos se encuentran, el mecanismo innato se activa y el animal responde con una pauta de comportamiento adaptada a la situación, esto es porque las experiencias arquetípicas se "graban" en la psique durante milenios de la existencia humana.

Jung, (1919 citado en Stevens, 1998), estableció una clara distinción teórica entre el arquetipo como tal, profundamente inconsciente, y por tanto, incognoscible, y las imágenes ideas y comportamientos arquetípicos a los que el arquetipo como tal da origen.

"Se hereda el arquetipo como tal, la predisposición a tener determinada experiencia, no la experiencia misma." Jung (1919).

Maternidad y paternidad son imágenes arquetípicas, que se alojan en el inconsciente personal y que encuentran su expresión, en los mitos, creencias, experiencias de vida, según el entorno particular socio-cultural de cada persona. Por lo que podemos esperar, según su historia particular de vida, parejas que no desean tener hijos, porque anteponen su bienestar económico, social, estético, profesional, a la crianza de un hijo. Ya que este, el hijo, representaría un obstáculo o un bloqueo en su desarrollo personal y su expectativa de vida.

Para efectos de la presente investigación resulta fundamental la explicación jungiana, en la cual posteriormente me extenderé y comentaré.

Como vimos existen distintos enfoques psicológicos de distintas corrientes o escuelas que han tratado de dar una explicación al deseo de tener hijo.

Las investigaciones que se han realizado se dirigen más hacia las consecuencias y efectos psicológicas que han manifestado pacientes que han pasado por problemas de infertilidad.

El papel que juega el estrés psicológico en la concepción sigue siendo poco claro, la relación entre los cambios hormonales que produce el estrés y las consecuencias que sobre el sistema reproductor se derivan son todavía motivo de estudio. Lo que si es un hecho es que la infertilidad o esterilidad es una experiencia muy estresante para las parejas. Freeman, (1982), encontró que para la mitad de la muestra de sus parejas estériles, la esterilidad era la experiencia más perturbadora que habían tenido en sus vidas, es indudable el impacto nocivo que el estrés por problema de esterilidad puede tener en el funcionamiento de una pareja y en su calidad de vida así como en la adaptación al tratamiento a seguir.

Generalmente tanto el diagnóstico como el tratamiento, afectan de forma crítica cada una de la facetas de la vida de estas parejas. De forma paradójica, las parejas estériles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, visitas a laboratorios para muestras y exámenes, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas. Debido a la presión de los tratamientos, son capaces de retrasar vacaciones, de no hacer cambios en su profesión, de viajar en busca de soluciones, de renunciar a su vida social, y, en definitiva, dejar de hacer su vida habitual.

La infertilidad o esterilidad supone una carga en la calidad de vida de estas parejas, afectando su estado emocional.

Domar, (citada en INNX, 1999-2001), y sus colegas de la Escuela de Medicina de Harvard, estudiaron a 185 mujeres que durante uno o dos años habían tratado de concebir.

Las investigaciones asignaron al azar a cada mujer para que recibiera cuidados de rutina, para que participara en 10 sesiones de terapia de grupo, o en 10 reuniones de grupos de apoyo. Las sesiones cognoscitivo-conductuales incluían entrenamiento de relajación, estrategias de manejo de estrés y consejos sobre nutrición y ejercicio. Reportó que las sesiones de apoyo se enfocaron hacia diferentes aspectos de la infertilidad, incluyendo el impacto de la fertilidad sobre la autoestima, el matrimonio, el trabajo y la familia.

De las 112 mujeres que completaron el estudio, 25 recibieron cuidados de rutina, 46 recibieron terapia cognoscitivo-conductual y 41 asistieron a las reuniones de los grupos de apoyo. Los investigadores determinaron que, en el transcurso de un año, las mujeres de estos grupos se habían embarazado en 28%, 76.1% y 68% de los casos, respectivamente, lo que prueba que existe un vínculo entre la psicología y los posibles embarazos en mujeres infértiles.

Domar, (citada en INNX, 1999-2001), concluye que este estudio sustenta la complejidad de la relación entre estrés e infertilidad.

Desjardins y Castro López, (2000), señalan "cuando se diagnostica infertilidad o esterilidad, la pareja entra en una crisis, que es altamente estresante y provoca sentimientos de inadecuación, desaliento e incluso problemas sexuales y abarca distintas facetas: Shock, negación, enojo, aislamiento, culpa, depresión y duelo."

1) SORPRESA O SHOCK EMOCIONAL, la pareja se sorprende ya que estaba acostumbrada a planear su vida y a pensar en términos de una futura paternidad, y esto representa un evento incontrolable.

2) NEGACION, la pareja se niega a escuchar el veredicto de infertilidad, se niega a asistir a cualquier tratamiento e incluso a tocar el tema.

3) ENOJO, el enojo puede ser en cierto sentido racional y enfocarse a la presión de los amigos y familiares para concebir, otras veces se proyecta al cónyuge, al doctor, a una mujer embarazada, o bien a la incomodidad que representa el tratamiento. Es común que se presente agresión y pérdida de control.

Hunt, (1993), refiere frases de algunas pacientes respecto al enojo.

"Tengo tanta rabia que no se que hacer con ella, rabia por las injusticias que hay en el mundo, es frustrante porque no hay nadie contra quien dirigirla, no hay ningún villano".

"Pienso que muchas mujeres deben sentirse estafadas por la naturaleza o como quiera que se llame a esa fuerza, la cuestión es que una queda destrozada".

4) AISLAMIENTO, Las parejas se alejan de todo aquello que represente símbolos de fertilidad, ya que les duele saber que no puedan tener hijos, se alejan de los demás por miedo a no ser entendidos. También se puede dar un alejamiento en la pareja, debido al decremento en la comunicación y en el acercamiento sexual.

Hunt, (1993), refiere frases de sus pacientes.

"Cuando ando por ahí, todo gira en torno de los niños. Ocurre que pertenezco a un grupo en el que todas tienen o están por tener hijos".

"Odio profundamente el día de la madre, la pasaba tan mal que una vez desaparecí todo el día en esa fecha, no soportaba ni siquiera estar en casa".

"Es tan personal que una prefiere no hablar del tema delante de la gente, entonces la gente piensa que uno no siente nada".

5) CULPA, el cónyuge estéril se culpa por estar impidiendo a su pareja tener un hijo biológico, la mujer ve la posibilidad de abandonar a su marido para darle la oportunidad de encontrar una esposa fértil, o ambos lo pueden tomar como un castigo atribuido a algún mal comportamiento de su pasado.

Hunt, (1993), hace una recopilación de discursos de sus propias pacientes con respecto a la culpa:

"Quizá sea el juicio de Dios, no lo se ha ciencia cierta, pero tiene que haber algo de eso. Puede que el juicio haya sido: no tienes hijos porque no habrías sabido como manejarlos, porque no habrías sido una buena madre.

"Durante algún tiempo me culpe a mí misma, todavía lo hago pero trato de evitarlo, porque al fin y al cabo no es mi culpa, al menos eso es lo que me digo, aunque en el fondo no lo crea.

"De alguna manera siento que no estoy completa, se supone que una mujer debe tener hijos".

6) DEPRESION Y DUELO, la esterilidad representa una pérdida en varios sentidos, pérdida de continuidad, de un amor permanente e incondicional, se considera que el sentimiento más poderoso y menos egoísta que puede experimentar el ser humano es el amor maternal, pérdida de apoyo en tiempos difíciles o durante la vejez, pérdida de experiencia o desafío, a enfrentarse a las experiencias más difíciles y gratificantes que da un hijo y que favorecen al crecimiento individual.

Estas pérdidas pueden provocar depresión, que puede ir desde leve hasta severa.

El duelo aparece por lo general después de que se recibe la noticia de que la infertilidad o esterilidad es un hecho.

7) RESOLUCION, esta ocurre cuando las parejas, en una sociedad que alienta la paternidad, ante la esterilidad han decidido elegir distintas opciones, como serían adoptar a un hijo, resignarse a no tener hijos, recibir tratamientos antes mencionados como reproducción asistida.

Otras reacciones emocionales son la frustración, el miedo y la soledad, sentimiento de invalía o reducción de auto concepto.

Valentine, (1986 citado en Desjardins y Castro López, Julio, 2000), reporta los resultados que obtuvo en una investigación enfocada a explorar, mediante entrevistas semiestructuradas, el impacto emocional de la esterilidad en 26 personas. Los resultados indicaron que todos los participantes describieron años de dolor y sufrimiento por su esterilidad, reportaron sentimientos de tristeza, depresión, enojo, confusión, desesperación, dolor miedo, vergüenza, pérdida de control, también mencionaron que experimentaban respuestas conductuales como desorganización, distracción, fatiga, impredecibilidad, mal humor y conductas y pensamientos obsesivos.

Asimismo se encontró que las parejas llegan a presentar problemas maritales, a reducir la comunicación, afectando su vida social y familiar con una tendencia al aislamiento, problemas en la identidad sexual, pérdida de satisfacción y competencia sexual.

Por otro lado Stanton, (1991 citado en Desjardins y Castro López, 2000), reporta en su estudio realizado a 76 mujeres y 54 hombres, mediante cuestionarios y

entrevistas estructuradas, que las parejas consideran su esterilidad tanto dolorosa como benéfica, ya que provoca estrés y pérdida de control, pero también conlleva a un crecimiento personal, según afirma el 70% de los hombres y el 75% de las mujeres y un fortalecimiento de sus relaciones maritales, opinan 39% de los hombres y 51% de las mujeres, estos resultados coinciden con los encontrados por Janoff, Bulman, (1989, citado en Desjardins y Castro López 2000) y Taylor, (1993, citado en Desjardins y Castro López, 2000), acerca de que las parejas pueden encontrar aspectos positivos de su esterilidad dentro del proceso doloroso. Algunos factores que crean gran tensión y ansiedad son el factor económico, ya que implica un gasto fuerte en la economía de la pareja.

La desilusión o el rompimiento de ilusiones forjadas por intentos fallidos, provocan una frustración y una obsesión, la idea fija de tener un hijo, se vuelve perturbadora, insistente e imposible de desterrar, las parejas se ven forzadas a agotar todos los recursos disponibles, creándose nuevas esperanzas, como en un círculo vicioso en el que no quieren estar, pero del que no pueden salir.
(convicción formal)

Algunas parejas, especialmente en la mujer, se llegan a presentar reacciones o trastornos psicósomáticos, transformación de una agresión psicológica en sintomatología física, es decir determinada tendencia emotiva se manifiesta a través de un órgano, y así vemos mujeres que presentan abultamiento del vientre, crecimiento de senos, falta de menstruación, lo que las lleva a afirmar que están embarazadas, y que en realidad solo presentan reacciones psicósomáticas. Holmes HB y Tymistra T, (1987 citados en Castelazo, Morales y Meléndez), refieren que en el caso de la infertilidad, cuando la pareja establece que el tener

hijos es algo fundamental de toda relación marital, y percatarse de que no pueden procrear, representa para sí mismos un daño a su autoestima y a su capacidad sexual reproductiva. Igualmente, representa una situación amenazante en el sentido de que implica algún daño o pérdida que todavía no ocurre pero que se prevé. Esto es común observarlo entre pacientes que han sido sometidas a algunos de los procedimientos de fertilización más de una vez y que los han experimentado como incómodos y dolorosos, con grandes montos de ansiedad en parte facilitados por el monitoreo médico, el fracaso en el tratamiento,, malestares físicos, medicación frecuente, control estricto del tiempo, coitos programados etc. Y combinado con deficientes estrategias de afrontamiento.

Lo dicho anteriormente quedó demostrado en su evaluación a las expectativas de 93 mujeres estériles acerca del tratamiento de inseminación artificial, observaron que las mujeres que iban a ser sometidas al tratamiento por primera vez, tenían mayores expectativas de éxito que aquellas que ya habían experimentado más de un intento de embarazo. Aunque ambos grupos describieron un estrés incontrolable mientras esperaban su ingreso al tratamiento, el grupo de mujeres con más de un intento no logrado dijeron que después de cada fracaso se sentían deprimidas, y que ese momento de espera tenía un impacto muy fuerte sobre ellas. Consecuentemente, en concordancia con la cadena de fracasos y frustraciones, las parejas logran enmascarar respuestas de ansiedad y depresión, utilizando otros recursos como la fantasía, las conductas compulsivas, los síntomas físicos, el aislamiento y la conducta agresiva.

Por su parte Arranz, L. (2001), detectó diversos factores que influyen en las mujeres infértiles de someterse reiteradamente a tratamientos de reproducción

asistida. Entre ellos se encuentra, de manera central, el imaginario social genérico, las fallas en la estructura narcisista de la personalidad y el hijo imaginario, a partir de este estudio y el aporte de otros especialistas, se proponen lineamientos para llevar a cabo una terapia focalizada en la paciente estéril que presenta resistencia a someterse a tratamientos de Reproducción Asistida.

Cuando una pareja enfrenta la pérdida de la función reproductiva, su forma de resolver emocionalmente el hecho depende de un buen número de variables, siendo las más importantes las que se relacionan con la situación de pareja en términos de consolidación del vínculo, pariedad y dinámica de la relación. De aquí la importancia de hablar de la pareja y de su proyecto de vida en común.

2.2 LA PAREJA

Las definiciones que resultaron más pertinentes para esta investigación son:

Pick y Givaudan, (1998), "Una pareja es otra persona con la que tenemos o deseamos una vida en común y no nos damos cuenta que hablar de pareja implica capacidades, cualidades y defectos propios que se conjugan de diferentes formas en la relación."

Vanegas, (2000), "La pareja está conformada por dos personas que tienen un continuo en las expresiones sexo, amistad, pasión e intimidad.

COPHAC, (2001), la enuncia como, "Entidad de dos individuos que voluntariamente toman la decisión de estar juntos uniendo sus vidas con la finalidad de satisfacer sus necesidades y las que surjan de la pareja, siendo el uno para el otro un vehículo de crecimiento."

Nuestra pareja es nuestro espejo, el reflejo más fiel de nuestra salud mental.

Hay un refrán que dice "no hables mal de tu pareja, porque hablar mal de tu pareja es como escupir al cielo". Fonseca, R. (2000).

En este trabajo nos abocaremos a la pareja desde un enfoque Jungiano, la tendencia de relacionarnos, en pareja es arquetípica, si formamos la imagen mental de una pareja amorosa, que se encuentra unida tanto física como psicológicamente, entonces hemos formado una metáfora de la unión de los opuestos.

2.2.1 EL CICLO VITAL DE LA PAREJA

Los estudios sobre el Ciclo de la Pareja, inician con la formación de la misma durante la Selección, el Cortejo y el Matrimonio.

Nichols y Everett, (1986, citados en Zumaya, 1998), afirman, "EL proceso de selección mutua de cada pareja no es mágico, ni místico, es la expresión de las necesidades personales de cada individuo, desarrolladas en un contexto socio-cultural particular."

Murstein, (1976, citado en Zumaya, 1998), en su teoría de la selección llamada estímulo-selección-rol, explica, "dos personas se atraen debido a los atributos de tipo físico, social, intelectual y aquellas características de una reputación deseable que ambos poseen."

Lidz, (1968, citado en Zumaya, 1998), afirma, "si bien no somos capaces de escoger de quien nos enamoramos, lo somos mucho menos de juzgar acertadamente con quien podemos vivir en armonía el resto de nuestra vida."

La razón o sin razón que dan la mayoría de las parejas para decidirse a vivir juntos es la de haberse enamorado.

El enamoramiento es aquel inexplicable estado de comprensión y consideración compartido, de deseo y anhelo de uno por el otro, de estar juntos, que se acompaña de una extrema idealización mutua. Diríamos que es como estar en un estado alterado de conciencia, no real, poco duradero y muy intenso.

Scharff, (1982 citado en Zumaya, 1998), refiere que, "durante el enamoramiento se da una recreación de la interacción madre-hijo."

Desde un punto de vista interaccional, a lo largo del cortejo se da un juego de diferentes mecanismos de poder y control, de acuerdo con cada personalidad, entre los miembros de la pareja y que tiene la finalidad de garantizar la satisfacción de las necesidades mutuas.

Greene, (1970 citado en Zumaya, 1998), nos dice, "es bastante común observar que un porcentaje significativo del 50% de parejas observadas en consulta, presenten conflictos iniciados en la etapa pre-matrimonial."

Sobre el ciclo de la pareja y la familia se han desarrollado diferentes esquemas teóricos como los expuestos por Satir (1972), Colón (1980), Sanchez (1980), Leñero (1983), Minuchin (1986), Estrada (1997).

Barragán, (1976), adopta los conceptos de Levinson, (1974), y propone un modelo concreto y específico sobre el "Ciclo de la Pareja", dentro del ciclo individual y familiar, es el primer psicoterapeuta en nuestro país que propone el estudio y el tratamiento de la pareja como unidad específica, y es el que tomaré como referencia en mi investigación.

El estudio esta dividido en seis etapas, y cada una de ellas se caracteriza por tener un tema central y tres líneas de desarrollo, alrededor de las cuales se resume la interacción que constituye a una pareja como unidad observable y objeto de descripción.

ETAPAS.

1.- SELECCION (duración variables)

Las bases sobre las cuales una persona escoge a otra para compartir su vida son importantes, ya que las selecciones son y deben ser voluntarias. La selección se da a partir de una necesidad básica que debe ser satisfecha por el cónyuge, y se caracteriza por el enamoramiento, el erotismo y la seducción.

El tema central en esta etapa es el enamoramiento, la tarea a cumplir es la vida en común y las líneas de desarrollo son muy difusas.

2.- ADAPTACION TEMPRANA (1---3 años de casados)

Los integrantes de la pareja se enfrentan a la tarea primaria de adaptarse a un nuevo sistema de vida, hábitos, satisfacciones y demandas con su cónyuge, diferentes a los que tenían con su familia de origen.

En esta etapa es muy importante que se establezcan límites con la familia de origen, amigos, trabajo etc. Los celos en esta etapa son beneficiosos para el establecimiento de límites, siempre y cuando no sean enfermizos.

3.- REAFIRMACION COMO PAREJA Y PATERNIDAD (3---8 años de casados)

Resolución de las dudas acerca de la adecuada elección de la pareja y adaptación y solución de la tarea de ser padres. " La inclusión de los niños tiende a producir la principal de las perturbaciones estructurales en el desarrollo de la pareja", Pollack, (1965 citado en Sumaya, 1998).

4.-DIFERENCIACION Y REALIZACION (8---15 años de casados)

Consolidación de la estabilidad del matrimonio y terminación de las dudas acerca de la elección del cónyuge, en esta etapa Cuber y Harrof, (1966 citado en Sumaya, 1998), clasifican a las parejas en cinco tipos:

- 1.- Matrimonio habituado al conflicto - PHC
- 2.- Matrimonio desvitalizado
- 3.- Matrimonio evitador de conflicto - PEC
- 4.- Relación vital
- 5.- Matrimonio total

5.- ESTABILIZACION (15---30 años de casados)

Ambos miembros se encuentran en la transición de la mitad de la vida, con una búsqueda de equilibrio entre las aspiraciones y los logros, con un rearreglo de prioridades que finalmente conduce a una estabilización de ambos miembros de la pareja. En consecuencia de la pareja misma.

6.- VEJEZ---SOLEDAD----MUERTE (30 años de casados en adelante)

Esta etapa produce fuente de ansiedad para la pareja, se enfrentan a pérdidas importantes físicas y emocionales, necesitan apoyo y afecto mutuo, así como de fuentes externas familiares y sociales.

Una pareja funcional en esta etapa, acepta con agrado su rol de abuelos.

"Las parejas infértiles o estériles pasan por las mismas etapas que aquellas que los tienen y los crían, excepto por las circunscritas, de manera directa, a los aspectos parentales.

Las tareas que afrontan y que han de negociar están más determinadas por otro tipo de factores, tales como el paso del tiempo y los cambios individuales."

Barragán, M. (1976).

Las tres líneas de desarrollo son:

Límites, Intimidad y Poder.

LIMITES: Se refiere a la interferencia - que o quien interfiere - llamada también de inclusión o exclusión, nos habla de los factores que se incluyen en la dñada marital, parientes, amigos, carrera, diversiones, intereses sociales e incluso animales.

INTIMIDAD: Se refiere - a que tan cerca o que tan lejos esta la pareja - es necesario ver las oscilaciones en la distancia física y emocional a través del proceso de vida compartida.

PODER: Se refiere a la jerarquía - quien manda - hay tres tipos de poder:

- 1.- Paralelo: Uno de los cónyuges maneja el poder y el otro se somete.
- 2.- Complementario: se da una lucha por la jerarquía.
- 3.- Simétrico: hay una aceptación conciente de las habilidades de cada cónyuge y estas se ponen a la disposición de la pareja, sin dependencia ni culpabilidad.

Dentro de cada etapa, existe una tarea importante por cumplir, cuando no se cumple, la pareja experimenta un retraso en la evolución de la siguiente etapa, llevando a la pareja a serios conflictos, y muchas veces a un rompimiento o disolución del vínculo.

La tesis toma como referencia la tercera etapa de reafirmación, para el objeto de estudio, es por ello que ampliaré los términos de la misma.

ETAPA DE REAFIRMACION

Se ubica entre los 3 y 8 años de casados. El tema central de esta etapa es la reafirmación de la pareja, Barragán, (1976), señala, "es la etapa que con mayor frecuencia aparecen dudas serias sobre lo adecuado de la selección del cónyuge, la resolución de estas dudas conduce a una reafirmación de la estabilidad de la pareja o a una certeza de que lo más adecuado para la futura felicidad es la separación y el divorcio."

Otra tarea a cumplir en esta etapa es la decisión de tener hijos y la modificación de roles. Durante esta etapa la pareja prepara el espacio para la llegada de los hijos, este espacio nos habla de la necesidad de ser padres y formar una familia, desde el punto de vista Jungiano diríamos que se puede detonar o no la imagen arquetípica de la maternidad-paternidad.

Los límites de la pareja están mejor definidos en esta etapa, sobre todo en relación a los padres de los cónyuges, pero la relativa solidez lograda en este

aspecto se pone a prueba con la aparición de amigos y amantes potenciales, en donde son más frecuentes los celos, en este tiempo en que los esposos se ausentan del hogar por estar con los amigos, o las esposas descuidan sus deberes por estar con sus amigos. Los pleitos abundan y si combinamos esto con las dudas acerca de la selección del cónyuge, veremos que es en este tiempo donde hacen su aparición los triángulos amorosos con aventuras extramaritales o amantes bien definidos.

Dependiendo de la calidad de los mecanismos de resolución de los problemas podemos hablar de parejas funcionales o disfuncionales.

Una pareja disfuncional se siente amenazada por la llegada de los hijos, el padre se siente desplazado, ya que siente que el compromiso y la atención ya no son para él sino para los hijos, hecho que lo lleva a buscar separadores, tales como el trabajo, la familia de origen, los amigos, una amante.

Con la llegada de los hijos, la mujer adquiere un poder que antes no tenía.

En esta etapa de la aparición de los hijos la comunicación se triangula y se dan coaliciones de la madre con los hijos, inclusive se les utiliza como separadores para no enfrentar conflictos.

La pareja funcional por el contrario, cuando llegan los hijos ya están preparados, se apoyan mutuamente, establecen límites a las familias de origen con respecto a la educación de sus hijos, no permiten interferencias, y cada uno cumple con su rol de padre y madre.

Muy importante, manejan la relación con los hijos sin perder su relación de pareja, por ello el sistema de pareja no se ve disminuido, sino por el contrario se afirma.

Con respecto a la intimidad hay cambio en las manifestaciones de cariño y las relaciones sexuales sufren grandes variaciones en lo que se refiere a la intensidad en el placer y la satisfacción, según el polo de la ambivalencia en que se encuentre la pareja.

El aspecto del poder se define como resultado de las múltiples resoluciones de conflicto en las etapas anteriores, convirtiéndose en un poder simétrico, complementario o paralelo definido ya anteriormente.

En el caso de una pareja infértil hablaríamos de un hueco o un vacío en esta etapa, en donde se substituyen muchas de las funciones mencionadas con mecanismos de defensa, como un mecanismo ante el dolor para no hacer frente al conflicto.

Los mecanismos de defensa son inconscientes e individuales, cada cónyuge maneja sus propios mecanismos.

Esta etapa sería la más caótica a nivel emocional y social para una pareja estéril, porque además de no poder concebir un hijo, que ya es deseado, la pareja no puede seguir adelante en sus roles, se diría que hay un estancamiento desde el punto de vista del "Ciclo de la Pareja".

Sumado a lo anteriormente dicho, la pareja en esta etapa debe resolver también las dudas que se le presentan acerca de la elección del cónyuge, por lo que no es de extrañarse que una pareja estéril disfuncional culpe al cónyuge de su infertilidad, provocando con ello, muchas veces, la separación, ó disolución del lazo matrimonial, o el aferrarse a una idea obsesiva de concepción como única resolución a su conflicto de pareja, dándole así al "hijo", la única solución "mágica", a su problema de pareja.

Otra manifestación sería la presencia de un cuadro psicossomático, con el fin de conservar a la pareja. Convirtiéndose así el tener un hijo, no en una convicción sino en un medio para lograr otro objetivo.

La pareja estéril funcional, abordaría de otra manera su deseo de hijo, apoyándose mutuamente, buscando ayuda profesional a nivel médico y psicológico, todo con tal de lograr formar una familia y seguir cumpliendo sus roles dentro del "Ciclo vital de la Pareja."

2.2.2 LOS OPUESTOS

Anteriormente señalé que para efectos de esta investigación ahondaríamos más en el enfoque Jungiano, por lo que empezaré por decir que el motivo que impregna todo el cuerpo de la teoría Jungiana, es el principio del crecimiento, desarrollo y la individuación.

Se logra esta individuación a través del conocimiento e integración de la parte inconsciente, en una integración de los opuestos. La pareja puede constituir un vínculo de crecimiento que lleve a la individuación.

Jung, dejó bien sentado que defendía la concepción de los opuestos, en esta concepción de opuestos persona - sombra. La adaptación del individuo a la sociedad se efectúa mediante el desarrollo de una parte de la personalidad que denomina "persona".

Jung, (Tipos Psicológicos p.555), define a la persona como "un complejo funcional al que ha llegado por motivos de adaptación o de la necesaria comodidad. Pero no es algo idéntico a la individualidad."

Es el papel cuya representación nos caracteriza, la cara que nos ponemos cuando nos relacionamos con los demás. La persona es la "envoltura" del yo, el responsable de anunciar a nuestros semejantes como deseamos que nos vean y como queremos que reaccionen ante nosotros. Simplifica las relaciones, lubrica los engranajes del intercambio social y evita la necesidad de largas explicaciones y presentaciones.

La persona nace de la necesidad de ajustarse a las expectativas de los padres, los profesores y la sociedad durante el crecimiento, existe una tendencia perfectamente comprensible de que los rasgos deseables se incorporen a la persona, mientras que las cualidades que se perciben como indeseables, inaceptables o censurables se repriman u oculten. Estas inclinaciones reprimidas acaban formando otro complejo o subpersonalidad al que se le denomina "sombra."

Por consiguiente estos dos aspectos de la personalidad se complementan y contrapesan continuamente.

Una pareja infértil, es una pareja sombreada, ya que al no poder concebir un hijo, queda expuesta ante la sociedad, no se puede ocultar.

Jung, (citado en Zweig y Adams, 1992), define a la sombra como lo que una persona no desea ser, se refiere a ella como "deseos no reconocidos" y "aspectos reprimidos" de la personalidad.

Es lo opuesto de nuestras actitudes y decisiones conscientes, representa una instancia psicológica negada que mantenemos aislada en el inconsciente donde termina configurando una especie de personalidad disidente. Desde este punto de vista la sombra es pues una especie de compensación a la identificación unilateral de nuestra mente consciente con aquello que le resulta aceptable.

El descubrimiento de la sombra tiene por objeto fomentar nuestra relación con el inconsciente y expandir nuestra identidad compensando, de ese modo, la unilateralidad de nuestras actitudes conscientes con muestras profundidades inconscientes.

Según el novelista Robbins, (citado en Zweig y Abrams, 1992), " descubrir la sombra nos permite estar en el lugar correcto del modo correcto, cuando mantenemos una relación correcta con la sombra el Inconsciente deja de ser un monstruo diabólico ya que la sombra solo resulta peligrosa cuando no le prestamos la debida atención".

Cuando mantenemos una relación adecuada con la sombra reestablecemos también el contacto con nuestras capacidades ocultas.

La sombra personal se desarrolla en todos nosotros de manera natural durante la infancia, cuando nos identificamos con determinados rasgos ideales de nuestra personalidad, como la buena educación y la generosidad, por ejemplo, cualidades que, por otra parte, son reforzadas sistemáticamente por el entorno que nos rodea, vamos configurando lo que W. Brugh, (citado en Zweig y Abrams, 1992), llama "el yo de las resoluciones de Año Nuevo," no obstante al mismo tiempo, vamos desterramos a la sombra aquellas cualidades que no se adecuan a nuestra imagen ideal, como la grosería , el egoísmo, por ejemplo, de esta manera, el ego y la sombra se van edificando simultáneamente, alimentándose, por así decirlo, de la misma experiencia vital.

Jung, descubrió la indisolubilidad del ego y de la sombra en un sueño que recoge en su autobiografía. Recuerdos, Sueños Y Pensamientos, (1957).

"Era de noche y me hallaba en un lugar desconocido avanzando lenta y penosamente en medio de un poderoso vendaval. La niebla lo cubría todo. Yo sostenía y protegía con las manos una débil lucecilla que amenazaba con apagarse en cualquier momento. Todo parecía depender de que

consiguiera mantener viva esa luz. De repente tuve la sensación de que algo me seguía. Entonces me giré y descubrí una enorme figura negra que avanzaba tras de mí. A pesar del terror que experimenté no dejé de ser consciente en todo momento de que debía proteger la luz a través de la noche y la tormenta. Cuando desperté me di cuenta de inmediato de que la figura que había visto en sueños era mi sombra, la sombra de mi propio cuerpo iluminada por la luz, recortándose en la niebla. También sabía que esa luz era mi conciencia, la única luz que poseo, una luz infinitamente más pequeña y frágil que el poder de las tinieblas pero, al fin y al cabo, una luz, mi única luz”.

Son muchas las fuerzas que coadyuvan a la formación de nuestra sombra y determinan lo que esta permitido y lo que no lo esta, los padres, los parientes, los maestros, los amigos, los sacerdotes constituyen un entorno complejo en el que aprendamos lo que es una conducta amable, adecuada y moral y lo que es un comportamiento despreciable, bochornoso y pecador.

La sombra opera como un sistema psíquico autónomo que perfila lo que es el yo y lo que no lo es. Cada cultura, cada familia e incluso cada pareja, demarca de maneras diferentes lo que corresponde al ego y lo que corresponde a la sombra. Algunos, por ejemplo, permiten la expresión de ira y la agresividad, mientras que la mayoría por el contrario, no lo hacen así; unas reconocen la sexualidad, la vulnerabilidad y las emociones intensas y otras no; unas, en fin, consienten la ambición por el dinero, la expresión artística y o el desarrollo intelectual mientras que otras, en cambio, apenas si las toleran.

En cualquiera de los casos, todos los sentimientos y capacidades rechazadas por el ego y desterradas a la sombra alimentan el poder oculto del lado oscuro de la naturaleza humana.

Friedrich Nietzsche

Yo creo que la del hombre radica en su propia vanidad

William Shakespeare

Esta cosa oscura que reconozco mía

Doris Lessing

Pero hay un misterio que no comprendo, sin ese impulso de otredad, diría incluso que de maldad, sin esa terrible energía que se oculta detrás de la salud, la sensatez y el sentido, nada funciona ni puede funcionar. Te digo que la bondad-lo nuestro, yo vigilico cotidiano denomina bondad- lo normal, lo decente, no son nada sin ese poder oculto que mana ininterrumpidamente de nuestro lado mas sombrío.

C.G.Jung

Cada uno de nosotros proyecta una sombra tanto mas oscura y compacta cuanto menos encarnada se halle en nuestra vida conciente. Esta sombra constituye, a todos los efectos, un impedimento inconsciente que malogra nuestras mejores intenciones.

No por ser el lado oscuro de la naturaleza humana significa que los rasgos deban ser necesariamente negativos. La analista jungiana Frey-Rohn, (citada por Zweig y Abrams, 1992), dice, "este misterioso tesoro encierra tanto facetas infantiles, apegos emocionales y síntomas neuróticos como aptitudes y talentos que no hemos llegado a desarrollar, así en sus mismas palabras. La sombra permanece conectada con las profundidades olvidadas del alma, con la vida y la vitalidad; ahí puede establecerse contacto con lo superior, lo creativo y lo universalmente humano."

La analista jungiana Von Franz, (citada en Zweig y Abrams, 1992)" ha insinuado que el mecanismo de la proyección se asemeja al hecho de disparar una flecha mágica. Si el receptor tiene un punto débil como para recibir la proyección la flecha da en el blanco, así por ejemplo, cuando proyectamos nuestro enfado sobre una pareja insatisfecha, nuestro seductor encanto sobre un atractivo desconocido, o nuestras cualidades espirituales sobre un Guru, nuestra flecha da en el blanco y la proyección tiene lugar estableciéndose, a partir de entonces se produce un misterioso vínculo entre el emisor y el receptor, cosa que ocurre, por ejemplo, cuando nos enamoramos, cuando descubrimos un héroe inmaculado o cuando tropezamos con alguien absolutamente despreciable.

Nuestra sombra personal contiene todo tipo de capacidades potenciales sin manifestar, cualidades que no hemos desarrollado ni expresado, nuestra sombra personal constituye una parte del inconsciente que complementa al ego y que representa aquellas características que nuestra personalidad consciente no desea reconocer y, consecuentemente, repudia, olvida y destierra a las profundidades de

su psiquismo solo para reencontrarlas nuevamente mas tarde en los enfrentamientos desagradables con los demás.”

La psicoanalista Tuby, (citada en Zweig y Abrams, 1992), describe seis modalidades diferentes para descubrir a la sombra en nuestra vida cotidiana.

- En los sentimientos exagerados respecto de los demás
- En el feedback negativo de quienes nos sirven de espejo
- En aquellas relaciones en las que provocamos de continuo el mismo efecto perturbador sobre diferentes personas.
- En las acciones impulsivas o inadvertidas
- En aquellas situaciones en las que nos sentimos humillados
- En los enfados desproporcionados por los errores cometidos por los demás

También podemos reconocer la irrupción inesperada de la sombra cuando nos sentimos abrumados por la vergüenza o la cólera o cuando descubrimos que nuestra conducta esta fuera de lugar, pero la sombra suele retroceder con la misma prontitud con la que aparece porque descubrirla puede constituir una amenaza terrible para nuestra propia imagen

Es precisamente por este motivo que rechazamos tan rápidamente- sin advertirlas siquiera- las fantasías asesinas, los pensamientos suicidas o la embarazosa envidia que tantas cosas podría revelarnos sobre nuestra propia oscuridad.

La ira, el coraje, el rencor, la depresión también pueden ser consecuencia de una confrontación paralizante con nuestro lado oscuro.

Hace más de dos mil años, el filósofo taoista Chuang Tzu escribió diversas parábolas encomiando las cualidades de los seres humanos inútiles, feos o deformes, jorobados, tullidos y lunáticos, y de los árboles retorcidos, nudosos y "estériles".

Estas historias ilustran la importancia que los taoistas atribuían a las cosas que parecen no servir para nada, a todo lo que la sociedad y los individuos desdeñan por su inutilidad,

Sin embargo esto nos proporciona una nueva perspectiva para sacar partido de nuestra situación y encontrar algo positivo en nuestras dolencias, desde este punto de vista lo que parece incorrecto es absolutamente adecuado porque nos proporciona un nuevo sentido que puede servir algún propósito desconocido.

Para Campbell, (1991 citado en Ubando, 1997), "la integración de los opuestos es hacer consciente cabalmente lo que uno verdaderamente es; lo uno más lo otro, contrario a suponer que es lo uno pero no lo otro."

Es importante referirnos al espacio interaccional que es donde se concentra la energía de la pareja, es donde se mueve la pareja y el conflicto generalmente está en tipos psicológicos, sombra-persona, anima-animus, ego-self, este es un espacio que da la posibilidad de expandir la conciencia y a la vez propicia malestares y enfrentamiento en la pareja y es que cada pareja se va a enfrentar a la relación con una polaridad que ha sido excluida de su propia vida y de su propia conciencia y que sin embargo le pertenece. El ego tiene que disolverse en el self y el hombre reúne en sí todos los contrarios. Sellando fuente de conflicto y ampliando la conciencia.

La relación de pareja revela el grado de integración de la sombra, se refleja en la aceptación que cada uno muestra hacia el otro.

Zweig y Abrams, (1992), refieren que hay diferente grado de integración en la sombra.

1.- Parejas en la que no existe ninguna tolerancia hacia errores e imperfecciones del otro. Para cada uno el otro es el causante de la infelicidad, son parejas que se relacionan a través de una mortal lucha de poder.

2.- Parejas que toleran, sin agrado, un ocasional contacto con la sombra. Lo que lleva a la pareja al propósito de poner atención, "para que en el futuro ya no les ocurra ". La tolerancia a las manifestaciones de sombra queda condicionado a su eventual mejoría.

3.- Parejas que manifiestan un sustancial aumento de contacto con la sombra. Claramente les llena de energía y de humor. Es un contacto limitado a determinadas circunstancias y equivale a fijar límites dentro de los cuales, a su vez se desvanecen los límites entre el ego y la sombra.

4.- Parejas que mantienen habitual relación con la sombra." Aquí es preferible la espontaneidad que el cuidado de la imagen social". En estas parejas ya existe casi una total aceptación de uno hacia el otro, habiendo muy poca lucha de poderes.

5.- Parejas en que ya se ha desvanecido el límite entre el ego y la sombra. La máscara social tiene importancia solo como un juego. La crítica no se recibe como un dardo que se clava, sino como una oportunidad de aprender algo de sí mismo

Tiene más importancia la honestidad consigo mismo, antes de la necesidad de deshacerse de aspectos indeseables mediante la proyección.

Podríamos decir que un gran número de parejas estériles pasan por estas distintas etapas, logrando llegar a la última, que les proporciona un crecimiento individual y de pareja.

2.2.3 PAREJAS ATÍPICAS

En síntesis, podemos concluir, a partir de los diferentes enfoques expuestos que: Las parejas estériles, son parejas que no pueden considerarse dentro del contexto universal ó del común denominador de que por el solo hecho de existir como seres humanos, biológicos, vivientes tienen la facultad de la reproducción, por ese hecho se excluyen de la normatividad y se convierten en parejas atípicas. Asimismo se podría decir que son parejas sombreadas, expuestas a una sociedad, en donde lo válido es mostrarse con una máscara para no ser el centro de ataques.

Parejas que tienen que enfrentarse continuamente a la lástima, el desdén, la incomprensión, la burla, la vergüenza, la cólera, el considerarse inútiles cuerpos que no funcionan y todo esto los lleva a enfrentarse a ellos mismos, a lidiar con sus propios demonios internos, a una lucha interna entre lo que es y lo que no es. Motivándolos y movilizándolos hacia un crecimiento personal y de pareja. como señalamos anteriormente en la investigación realizada por Janoff-Bulman, (1989). Necesariamente estas parejas tienen que tocar aspectos de su sombra, lidiar con ella y aceptar su parte oculta e ir integrándola, en esa integración de los opuestos que los lleva a la Individuación, y a formar cuando la pareja tiene buenos mecanismos de resolución de su problema, dentro del Ciclo Vital de la Pareja, un matrimonio Vital, con la fuerza necesaria para superar cualquier adversidad, creando entre ellos un verdadero vínculo de respeto, individualidad, y responsabilidad.

Con una escala de comunicación que va a lo profundo é íntimo, ya que la experiencia de vida por la que están pasando les permite contactarse con su sombra y aprender de ella, como una aliada a su problemática de infertilidad o esterilidad y sobrevivir ante una sociedad cuyos mitos, creencias e ideologías los señalan y los oprimen en aras de la procreación.

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la incidencia de las manifestaciones psicológicas en parejas infértiles y que ayuda se les da desde una perspectiva holística, en consulta privada, para enfrentar el embate de la infertilidad ?

3.1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Describir y analizar, desde su propio marco referencial, como viven las parejas infértiles, el proceso de infertilidad, desde una perspectiva holística bio-psico-social.

Identificar los recursos de las parejas infértiles para afrontar su problema de infertilidad.

Describir y analizar la frecuencia y magnitud de las manifestaciones psicológicas en parejas infértiles.

Identificar el Auto-concepto que tienen los miembros de las parejas infértiles.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Es una investigación Ex Post Facto, con un diseño pre-experimental, transeccional descriptivo, en un estudio de casos múltiples, (Hernández,S. Fernández,C. Baptista,L, 1998). " La investigación no experimental es la que se

realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes, se basa en variables que ya ocurrieron o se dieron en la realidad sin la intervención directa del investigador. Es un enfoque retrospectivo, en que los hechos y variables ya ocurrieron y observa variables en su contexto natural, se usan con el fin de lograr un avance en el conocimiento.

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas una, o generalmente más variables y proporcionar su descripción, realizan observaciones en un momento único en el tiempo. Cuando miden variables de manera individual y reportan esas mediciones, son descriptivas, no correlacionales ni causales.”

Por lo tanto el propósito del estudio es describir variables y analizar su incidencia. Es un estudio de corte antropológico, visto desde una perspectiva holística y humanista.

Es descriptivo, porque tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables entre grupos o subgrupos de personas, (Hernández,S. Fernández,C. Baptista,L,1998) en este caso sería indagar la incidencia de las emociones que han experimentado, cada uno de los miembros de la pareja, a lo largo de su padecimiento de infertilidad, desde su propio marco referencial, y describir y especificar su peregrinar por la ruta de la infertilidad.

3.1.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó en base a un muestreo intencionado, cuyos criterios de inclusión fueron: parejas con diagnóstico de infertilidad, que se encuentren dentro del Ciclo Vital de la Familia, en Etapa de Reafirmación. Barragán, M. (1994), entre 3 - 8 años de casados y que reciban actualmente tratamiento médico.

En una muestra no probabilística de estudio de casos, sujeto-tipo, con una perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar las emociones y su significado en un determinado grupo social. (Hernández, S. Fernández, c. y Baptista, L.1998).

Se hizo una selección de parejas que cumplieran con los requisitos impuestos por el investigador, y se seleccionaron cinco que voluntariamente se prestaron a la investigación. N – 5 parejas.

3.1.5 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se aplicaron tres instrumentos de evaluación.

I.- Cuestionario de Historia de Vida

EL primer instrumento se diseñó ex profeso: un cuestionario de entrevista semi-dirigida, que permitiera describir tres aspectos de vida (bio-psico-social) en las parejas infértiles. el nivel de medición de las preguntas es nominal, Los números utilizados en este nivel tienen una función puramente clasificatoria y no se pueden manipular aritméticamente. (Hernandez,S. Fernandez,C. y Baptista, L. 1998).

El cuestionario consta de 17 preguntas cerradas dicotómicas y numeradas para facilitar la sistematización en la recopilación de los datos y su descripción. Y 5 preguntas abiertas que permitieran obtener datos más específicos sobre factores de infertilidad y tratamientos, esto junto con los datos socio-demográficos, permitió hacer un cuadro del perfil de estas parejas. (Ver Perfil de Parejas).

Se escogió el cuestionario de entrevista semi-dirigida por ser un poderoso instrumento que permite registrar experiencias que no pueden inferirse de la observación, y hay un solo marco de referencia a partir del cual el sujeto contesta a la pregunta que se ha ideado de antemano y que se repite con las mismas palabras y en el mismo orden, para así obtener la misma información de cada entrevistado, lo que le da más confiabilidad, porque elimina la posibilidad de formular erróneamente la pregunta. Weiner, I.B. (1993).

La elaboración de las preguntas se formuló en base a la problemática de infertilidad desde tres aspectos: el aspecto médico, el psicológico y el social, en donde se exploró la existencia-no existencia de los aspectos evaluados.

El Marco Teórico sirvió para elaborar y sustentar su desarrollo, lo que le da una validez de constructos. Ver (Anexo I).

Se contó con 10 jueces, (validación interjueces), expertos en psicología y terapia de pareja del Centro de Integración y Promoción Humana, quienes revisaron y aceptaron el contenido, con la finalidad de otorgar validez al instrumento.

Nivel de confiabilidad del instrumento no se puede dar porque el nivel de medición (si-no), no lo permite, confiabilidad intrainstrumento. Ver (Anexo I)

2.- Escala Psicofísica de Manifestaciones Psicológicas.

El segundo instrumento de evaluación, diseñado ex profeso: Escala Psicofísica de Manifestaciones Psicológicas, consta de 23 manifestaciones psicológicas, sustentadas en investigaciones realizadas anteriormente y descritas en el Marco Teórico, por diferentes estudiosos del tema, lo que le da una validez de constructos.

El objetivo identificar la frecuencia y magnitud de determinadas emociones en cada miembro de la pareja.

Se enjuiciaron los reactivos por 10 jueces psicólogos y especialistas en pareja, quienes revisaron y aceptaron el contenido, con la finalidad de otorgar mayor validez al instrumento, (validación interjueces). Se ordenaron los ítems en una escala hipotética del I al 10, en un nivel de medición intervalar, en donde se hace una estimación de resultados, para delimitar la intensidad en: leve (1-3) moderada (4-7) y acentuada (8-10).

Con el objeto de facilitar la sistematización y la descripción, se separaron las emociones en tres rubros: manifestaciones de control o poder, manifestaciones de seguridad y manifestaciones de autoestima. Ver (Anexo II).

3.- Escala de Auto-concepto (Lagunas, 1998)

Se aplicó para detectar las características personales que poseen los miembros de cada pareja, y ver el concepto que tienen de si mismos. (Anexo III).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se seleccionó una muestra dirigida de sujeto-tipo, parejas infértiles con determinadas características, dentro de la consulta privada de un especialista en infertilidad, a estas parejas se les informó acerca de él estudio y únicamente cinco de ellas estuvieron de acuerdo en llevarlo a cabo, por lo que la población: N -5 parejas. Una vez teniendo su consentimiento se llevó a cabo la aplicación en el mismo consultorio. Se les aplicaron tres instrumentos de evaluación, los cuáles contestaron de manera individual, el tiempo de aplicación fue de aproximadamente 30 min. Y contaron con la presencia del investigador, para resolver cualquier duda que tuvieron con respecto a las indicaciones, preguntas ó significado de alguna palabra. (Ver cuadro de perfil de parejas).

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

En el primer instrumento aplicado, cuestionario de entrevista semidirigida, se hizo una separación de las preguntas con el objeto de profundizar y analizar diferentes aspectos: Historia de Vida, Aspecto Médico, Aspecto Psicológico, Aspecto Social.

I.- Historia de Vida. preguntas (I-2-3-6). ver Cuadro I

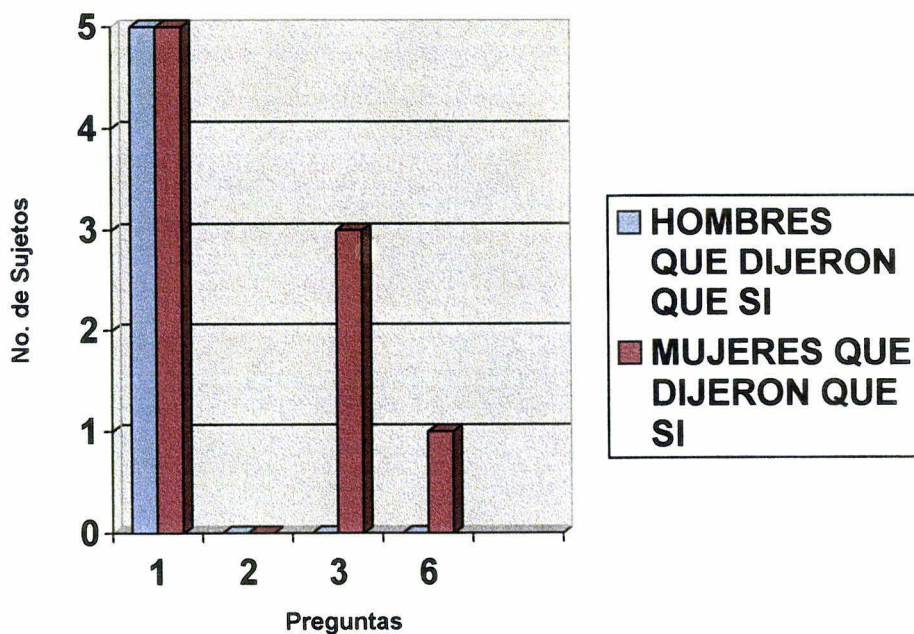
Las cinco parejas contestaron afirmativamente a la pregunta (1) ¿Una de las expectativas al casarse era tener hijos?

Las cinco parejas contestaron negativamente a la pregunta (2) ¿Alguna vez cruzó por tu mente la idea de no tener hijos?

Tres mujeres contestaron, afirmativamente a la pregunta (3) ¿Alguna ves cruzo por tu mente la idea de no poder tener hijos? los cinco hombres contestaron negativamente a la misma pregunta.

Una de las mujeres contestó afirmativamente a la pregunta (6) ¿Alguna vez pensaron que podían tener problemas de infertilidad? Los cinco hombres, contestaron negativamente a la misma pregunta.

CUADRO I HISTORIA DE VIDA



Los resultados nos muestran claramente que las cinco parejas tienen como expectativa de vida, casarse, tener hijos y formar una familia.

Tres mujeres dijeron que alguna vez cruzó por su mente la idea de no poder tener hijos, y solo una mujer pensó que podía ser estéril. A diferencia de los hombres que nunca pensaron ni en la posibilidad de no tener hijos ni de ser estériles.

PERFIL DE PAREJAS

	EDAD AÑOS	ESCOLARIDAD	INFERTILIDAD EN AÑOS	FACTORES DE INFERTILIDAD	TRATAMIENTOS	TRATAMIENTO PSICOLOGICO O RECIBIDO
PAREJA I	M--36. F--31	Médico. Psicóloga.	3	Endometriosis	Laparoscopia. Tratamiento hormonal. Cirugía. Fecundación in Vitro IVF (2 ocasiones).	No
PAREJA II	M--37. F--34	L.A.E. Arquitecto.	6	Insuficiencia Ovárica. Doctores no calificados.	Pruebas Laboratorio. Laparoscopia. Histerosalpingografía. Fecundación in Vitro	No
PAREJA III	M--45. F--40	L.A.E. Psicoterapeuta.	2	Ya tienen un hijo. Endometriosis	Laparoscopia. Seguimientos. Reproducción Asistida. IVF	Si (ella no por infertilidad)
PAREJA IV	M--38. F--32	Ingeniero. Educatora.	4	Insuficiencia Ovárica. Pólipos. Oligospermia.	Tratamientos Hormonales. Fecundación in Vitro. M-ICSI.	No
PAREJA V	M--34. F--30	Computación. Hogar.	3	Sin causa aparente. Recorrido 3 médicos.	Pruebas Laboratorio. Tratamientos Hormonales.	No

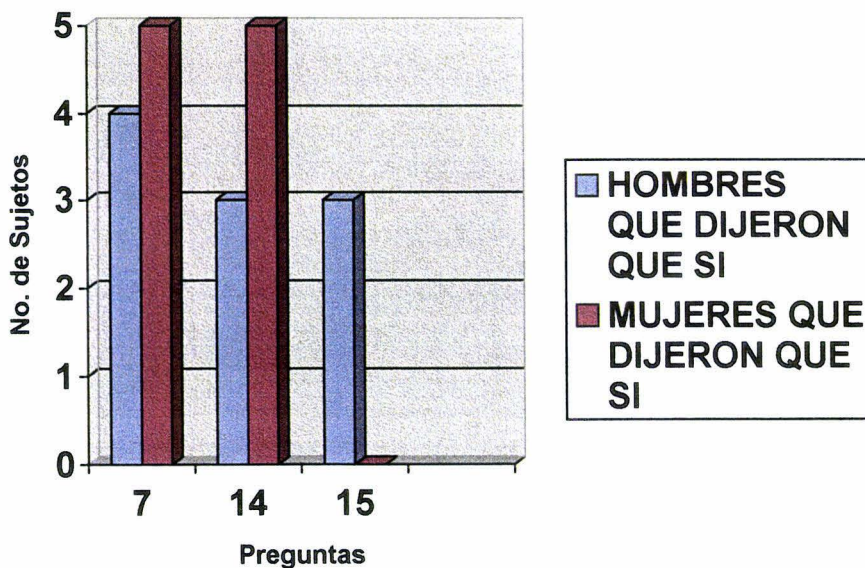
II.- Aspecto Médico. Preguntas (7-14-15). Ver Cuadro II

Las cinco mujeres y cuatro hombres contestaron afirmativamente a la pregunta (7) ¿se han sentido entendidos por su médico?

Las cinco mujeres y tres hombres contestaron afirmativamente a la pregunta (14) ¿Están dispuestas a someterse a cualquier tratamiento (doloroso o costoso) con tal de embarazarse?

Las cinco mujeres contestó negativamente a la pregunta (15), ¿se han sentido usados por su médico, en su tratamiento de infertilidad? Tres hombres contestaron afirmativamente.

CUADRO II ASPECTO MEDICO



Es interesante ver que tres de los hombres se han sentido utilizados, y no confían tan ciegamente en los doctores y en los tratamientos médicos, a comparación de las mujeres, que están dispuestas a someterse a cualquier tratamiento por doloroso o costoso que sea, y confían plenamente en su médico.

III.- Proceso Social Preguntas (9-10-11-12). Ver Cuadro III

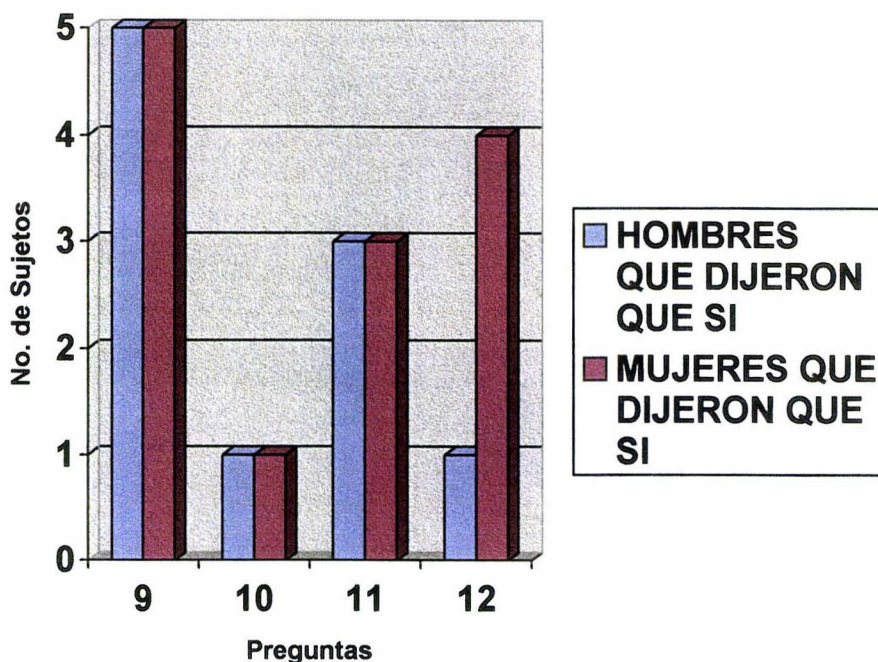
Las cinco parejas contestaron afirmativamente a la pregunta (9), ¿se han sentido mutuamente apoyados en este proceso?

Cuatro parejas contestaron negativamente a la pregunta (10), ¿se han sentido criticados por la sociedad?

Tres parejas contestaron afirmativamente a la pregunta (11), ¿han sido objeto de burla o malos chistes?

Cuatro mujeres contestaron afirmativamente a la pregunta (12), ¿las personas les dan consejos o sugerencias para embarazarse? Y cuatro de los hombres por el contrario contestó negativamente a la misma pregunta.

CUADRO III PROCESO SOCIAL



Los resultados nos confirman que estas cinco parejas se enfrentan a su problema, asumen su responsabilidad y se apoyan mutuamente. Dentro del Ciclo Vital de Pareja, podemos decir que son parejas funcionales.

Entre la pregunta 10 y 11, las parejas se contradicen, por un lado dicen que no se han sentido criticados por la sociedad y por otro afirman que han sido blanco de ataques por parte de la sociedad, lo que muestra desde un punto de vista Jungiano, que son parejas sombreadas, no pueden escapar de una sociedad que los señala, y como pareja mantienen habitual contacto con la sombra.

La respuesta a la pregunta 12, muestra que a la mayoría de los hombres tienen dificultad en expresar sus dudas y emociones, cosa que no ocurre en las mujeres.

IV.- Proceso Psicológico. Preguntas (16-19-20-21). Ver Cuadro IV

Solamente una mujer contestó afirmativamente a la pregunta (16), ¿han acudido alguna vez a recibir apoyo terapéutico psicológico?

Solamente una mujer contestó afirmativamente (19), ¿han recurrido alguna vez a un grupo de apoyo con personas que se encuentren en la misma situación?

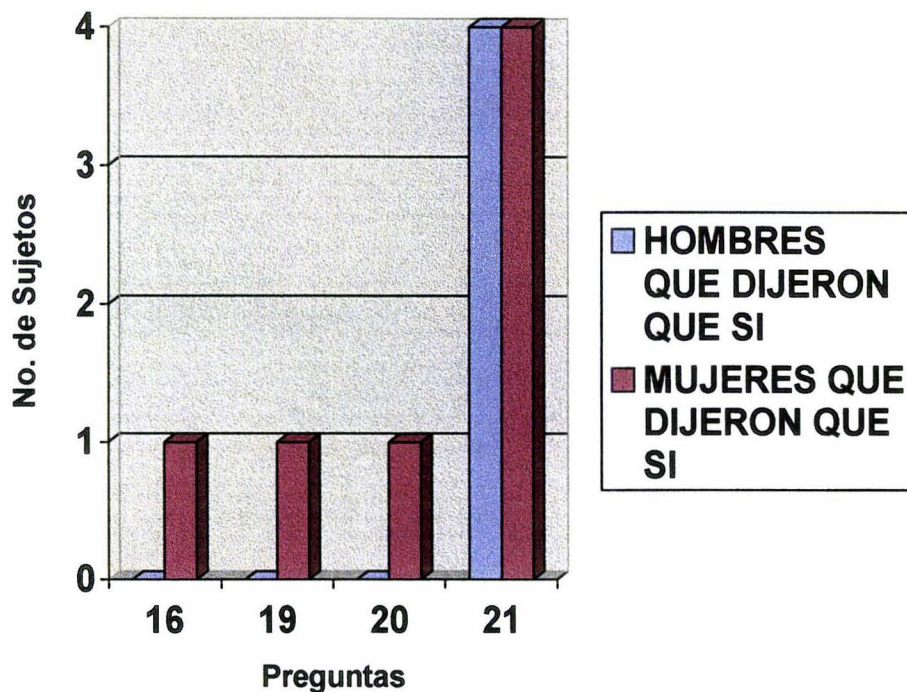
Solamente una mujer contestó afirmativamente (20), ¿han acudido a alguna conferencia o seminario de infertilidad?

Cuatro parejas contestaron afirmativamente a la pregunta (21), ¿estarían dispuestos a recibir tratamiento psicológico mientras están en su tratamiento médico?

A la pregunta (22), ¿en que podría beneficiarlos? Cinco mujeres y cuatro de los hombres coinciden en que les ayudaría a relajarse, entender que está pasando y bajar estrés.



CUADRO IV PROCESO PSICOLOGICO



Los resultados muestran que la mayoría de las parejas no han recibido ningún tipo de ayuda psicológica. A diferencia de la ayuda médica, en que llevan años sometiéndose a todo tipo de pruebas y tratamientos, sin lograr el embarazo.

Sin embargo, y a pesar de ello, la mayoría de estas parejas están dispuestos a acudir a tratamiento psicológico, si con ello logran bajar su estrés y contar con mejores recursos para afrontar su problema

INSTRUMENTO DE MANIFESTACIONES PSICOLOGICAS

Las manifestaciones psicológicas se presentan en diferentes intensidades por lo que fue necesario registrarlas en una escala hipotética con tres niveles: leve (significa que alguna vez sintieron esa emoción), moderada (algunas veces la han sentido) y acentuada (han sentido constantemente esa emoción). Se separaron mujeres de hombres y se describieron y analizaron las respuestas obtenidos en cada uno de ellas, en base a tres rubros que permitieran describir el control, la seguridad y la autoestima.

Cuadro I	Coraje Ira	Control Poder
Cuadro II	Miedo Dolor	Seguridad
Cuadro III	Vacío Depresión	Autoestima

La evaluación arrojó los siguientes resultados:

CUADRO I Manifestaciones Psicológicas (1-4-6-7-16-17-19-23)

Una mujer manifestó enojo en forma acentuada, una moderada y tres leve, mientras que dos de los hombres manifestaron enojo en forma moderada y uno leve.

Dos de las mujeres manifestaron desesperación en forma acentuada, dos moderada y una leve, mientras que dos de los hombres manifestaron desesperación en forma acentuada y tres leve.

Tres de las mujeres manifestaron impotencia de forma acentuada y dos moderada, mientras que uno de los hombres manifestó impotencia de forma acentuada, uno moderada y dos leve.

Una de las mujeres manifestó coraje en forma acentuada, dos moderada y dos leve, mientras que dos de los hombres manifestaron coraje en forma moderada y tres leve.

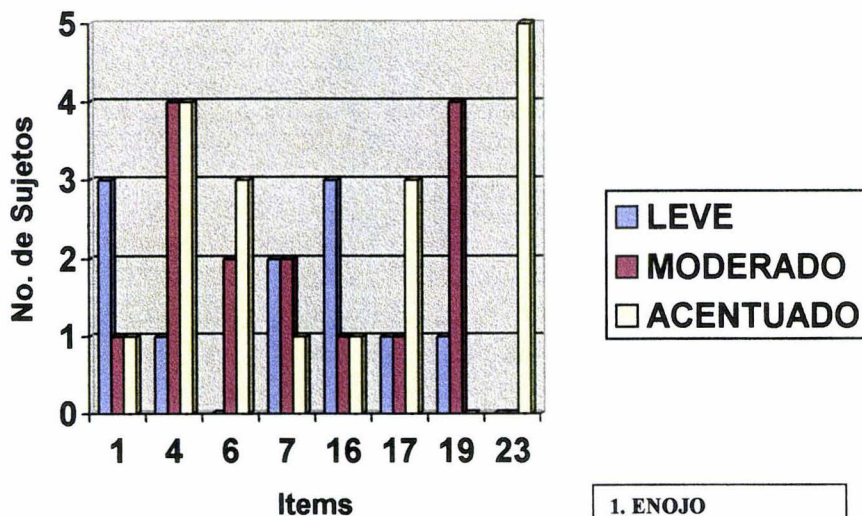
Una de las mujeres manifestó rabia de forma acentuada, una moderada y tres leve, mientras que uno de los hombres manifestó rabia de forma acentuada y cuatro leve.

Tres de las mujeres manifestaron frustración en forma acentuada, una moderada y una leve, mientras cuatro de los hombres manifestaron frustración de forma moderada y uno leve.

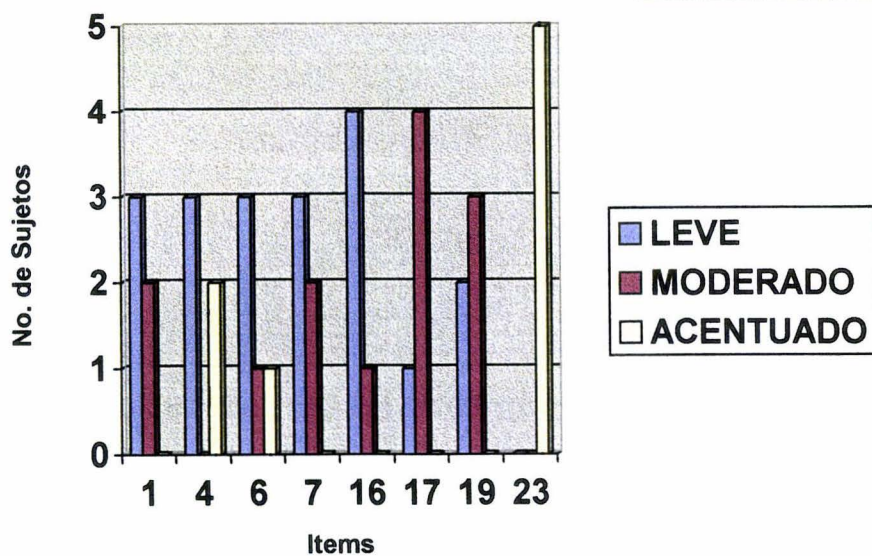
Cuatro de las mujeres manifestaron irritabilidad de forma moderada y una leve, mientras tres de los hombres manifestaron irritabilidad de forma moderada y dos leve.

Las cinco parejas manifestaron estrés de forma acentuada. (Ver cuadro I)

CUADRO 1

MUJERES

- 1. ENOJO
- 4. DESESERACION
- 6. IMPOTENCIA
- 7. CORAJE
- 16. RABIA
- 17. FRUSTRACION
- 19. IRRITABILIDAD
- 23. ESTRÉS

HOMBRES

Los resultados muestran que el estrés es la única manifestación psicológica que se da con la misma frecuencia y magnitud tanto en hombres y mujeres.

Las manifestaciones psicológicas de pérdida de control: desesperación, impotencia y frustración son una constante en ambos sexos.

La irritabilidad, enojo, coraje y rabia se ven más acentuadas en las mujeres.

CUADRO II Manifestaciones Psicológicas. (2-3-6-10)

Tres de las mujeres manifestaron tristeza en forma acentuada, una moderada y una leve, mientras uno de los hombres manifestó tristeza de forma moderada y cuatro leve.

Tres mujeres manifestaron confusión de forma moderada y dos leve, mientras que uno de los hombres manifestó confusión en forma acentuada, uno moderada y tres leve.

Cuatro de las mujeres manifestaron miedo en forma moderada y una leve, mientras que uno de los hombres manifestó miedo en forma acentuada, dos leve y dos moderada.

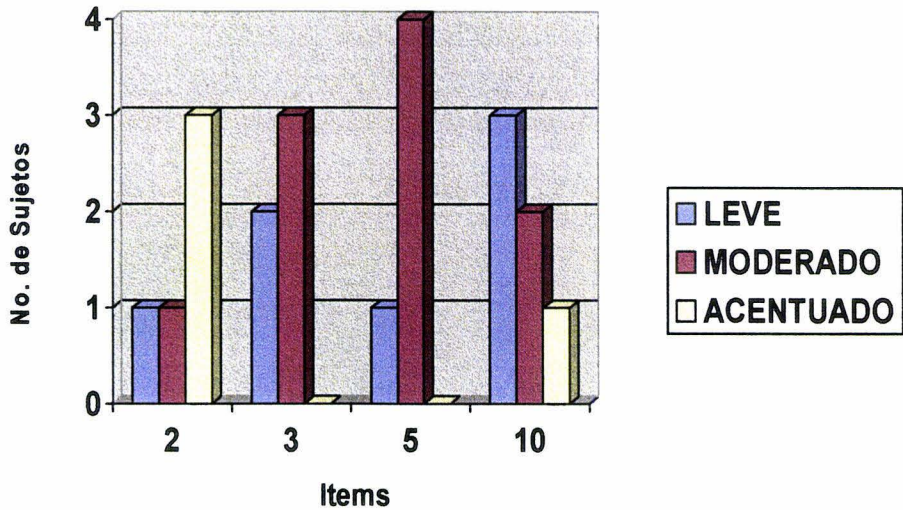
Una de las mujeres manifestó dolor en forma acentuada una moderada y tres leve, mientras uno de los hombres manifestó dolor de forma moderada y cuatro leve.

Los resultados muestran que en cuanto a la pérdida de seguridad: Hay confusión y miedo en ambos sexos, hay un fallo en cuanto a su identidad y rol de género. Sin embargo es de llamar la atención que en dos de los hombres se señala más acentuada que en las mujeres, lo que es un dato interesante porque podemos ver lo importante que es para ellos, no perder su pertenencia y aceptación al grupo con el que se identifican, el grupo viril.

El dolor y la tristeza son más acentuado en la mayoría de las mujeres.

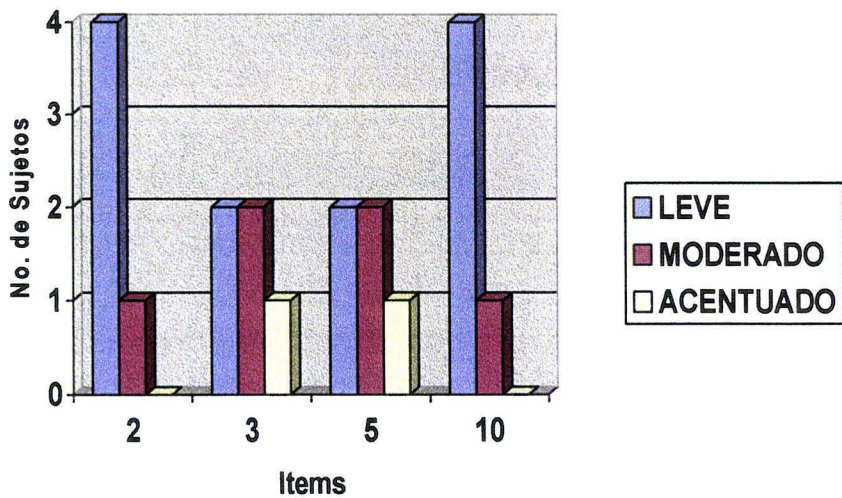
CUADRO II

MUJERES



2.-TRISTEZA
3.
CONFUSIÓN
5. MIEDO
10. DOLOR

HOMBRES



LEVE
MODERADO
ACENTUADO

CUADRO 111 Manifestaciones Psicológicas (8-9-11-12-13-14-15-18-20-21)

Tres de las mujeres manifestaron desgano en forma moderada y dos leve, mientras que un hombre manifestó desgano en forma moderada y cuatro leve.

Una de las mujeres manifestó soledad en forma moderada y cuatro leve, mientras que los cinco hombres manifestaron soledad en forma leve.

Una mujer y un hombre manifestaron aislamiento en forma moderada y cuatro leve.

Cinco de las mujeres manifestaron vergüenza en forma leve, mientras un hombre manifestó vergüenza en forma moderada y cuatro leve.

Las cinco parejas manifestaron humillación en forma leve.

Una de las mujeres manifestó vacío de forma acentuada, una moderada y tres leve, mientras, dos de los hombres manifestaron vacío en forma moderada y tres leve.

Dos de las mujeres manifestaron incompletad de forma acentuada, dos moderada y una leve, mientras dos de los hombres manifestaron incompletad de forma moderada y tres leve.

Las cinco parejas manifestaron culpa de forma leve.

Una mujer manifestó sentirse utilizada en forma moderada y cuatro leve, mientras dos hombres manifestaron sentirse utilizados en forma moderada y tres leve.

Uno de los hombres y una de las mujeres manifestaron sentirse desvalorizados en forma moderada y cuatro de los hombres y de las mujeres se sienten desvalorizado en forma leve. Ver Cuadro III.

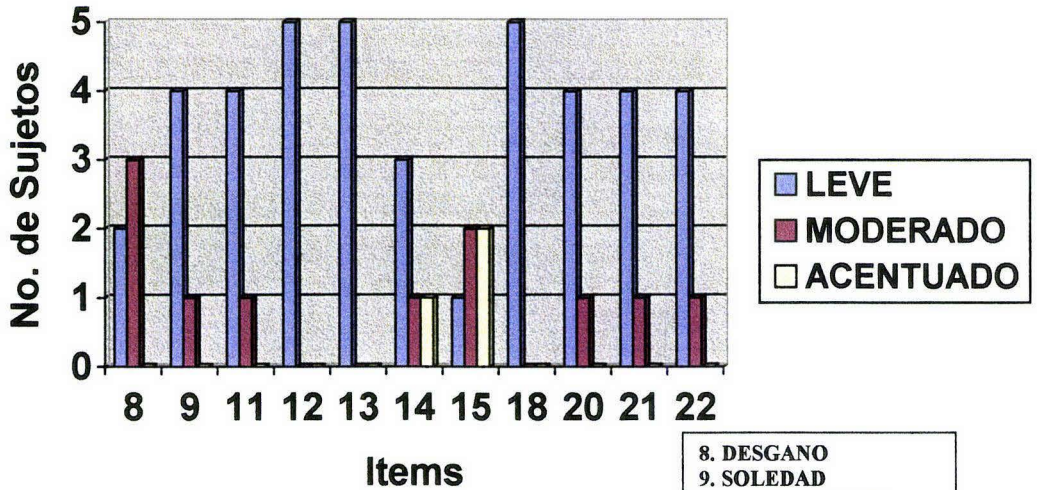
Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres manifiestan en forma constante: vacío e incompletad, (baja autoestima), necesitan un hijo para sentirse mujeres completas, lo que confirma, que existe un fallo en su identidad y en su rol de género.

Por otro lado, algunas veces han sentido desgano, aislamiento, y el sentirse castigadas, utilizada y desvalorizadas aunque con menos frecuencia e intensidad.

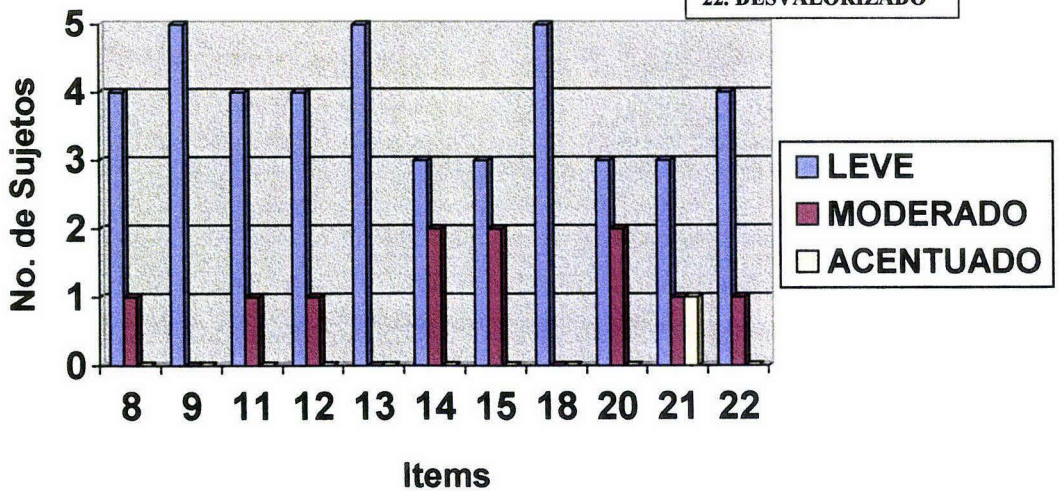
La mayoría de los hombres han sentido alguna vez: desgano, aislamiento, culpa y vergüenza, pero sobre todo se han sentido utilizados, (como objeto), ya que sobre ellos recae la responsabilidad de erección y eyaculación, no cuando lo desean, sino cuando se les pide, para algún estudio o tratamiento, o en un día determinado, cuando se presenta la ovulación.

CUADRO 111

MUJERES



HOMBRES



Resultados Tercer Instrumento de Medición: Escala de Autoconcepto

reactivo	mujeres	hombres	reactivo	mujeres	hombres
acomodado	60%	80%	impulsivo	40%	40%
activo	40%	80%	incumplido	20%	20%
afectuoso	100%	100%	inflexible	0%	0%
agradable	100%	60%	inepto	0%	0%
agresivo	20%	20%	inteligente	100%	80%
alegre	80%	60%	jovial	80%	60%
amable	60%	60%	leal	100%	100%
amargado	0%	20%	lento	20%	20%
amigable	80%	80%	limpio	100%	100%
autoritario	60%	60%	melancólico	40%	40%
amoroso	100%	60%	necio	20%	40%
animado	80%	60%	nervioso	40%	20%
ansioso	40%	60%	noble	80%	100%
apático	20%	0%	obediente	40%	40%
aplicado	80%	40%	optimista	80%	80%
atento	80%	60%	ordenado	80%	60%
audaz	60%	60%	pacífico	60%	80%
bromista	20%	40%	pesimista	20%	20%
conflictivo	20%	20%	platicador	80%	60%
bueno	100%	60%	puntual	40%	80%
calmado	40%	40%	realizado	60%	60%
capaz	80%	80%	rebeldé	40%	40%
cariñoso	100%	60%	recto	100%	100%
compartido	80%	40%	relajado	60%	60%
comprensivo	80%	60%	rencoroso	0%	20%
contento	60%	60%	relajiento	20%	60%
corrupto	20%	20%	reservado	0%	60%
cortés	80%	80%	respetuoso	80%	80%
crítico	20%	20%	romántico	100%	60%
cumplido	80%	80%	seguro	100%	100%
decente	100%	100%	sencillo	80%	80%
desinhibido	80%	40%	sentimental	100%	60%
conciliador	60%	60%	sereno	20%	80%
detallista	80%	60%	simpático	40%	60%
divertido	80%	60%	sincero	100%	100%
dominante	80%	80%	sociable	80%	80%
educado	100%	80%	sumiso	20%	20%
eficiente	60%	80%	temperamental	80%	20%
egoísta	60%	0%	tierno	100%	40%
enojón	60%	20%	tímido	0%	20%
bondadoso	80%	100%	tolerante	40%	100%
estable	60%	80%	trabajador	80%	100%
estricto	80%	60%	tranquilo	20%	80%
indeseable	0%	0%	tratable	100%	100%
estudioso	60%	60%	triste	40%	20%
falso	0%	0%	triunfador	60%	100%
feliz	80%	60%	voluble	20%	20%
flexible	40%	60%	solitario	0%	20%
introverso	20%	20%	honrado	100%	100%
flojo	0%	60%			
frustrado	60%	40%			
generoso	100%	80%			
honesto	100%	80%			

RESULTADOS DE ESCALA DE AUTOCONCEPTO

Las cinco parejas afirmaron ser: afectuosos, decentes, honrados, leales, limpios, rectos, seguros, sinceros, tratables.

Cuatro de las parejas se consideran: amigables, cumplidos, dominantes, optimistas, respetuosos y sencillos.

Las cinco mujeres se consideran: agradables, amorosas, cariñosas, educadas, generosas, honestas, inteligentes, románticas, sentimentales, sinceras y tiernas.

Los cinco hombres se consideran: bondadosos, estables, nerviosos, sociables, tolerantes, trabajadores, triunfadores.

Cuatro de las mujeres se consideran: alegres, animadas, aplicadas, atentas, capaces, compartidas, comprensivas, cumplidas, detallistas, divertidas, estrictas, felices, joviales, nobles, optimistas, ordenadas, platicadoras, temperamentales y trabajadoras.

Cuatro de los hombres se consideran: acomodados, activos, corteses, educados, estables, generosos, honestos, puntuales y tranquilos.

Las cinco parejas no se consideran: amargados, indeseables, falsos.

Cuatro de las parejas no se consideran: apáticos, conflictivos, corruptos, ineptos, sumisos, volubles ni solitarios.

Solo una pareja afirma tener rasgos agresivos.

La Escala de Auto-concepto, únicamente nos revelan, como se perciben a sí mismos, y los resultados muestran que las cinco parejas tienen un buen autoconcepto, tomando en cuenta las características de la muestra, clase socio-económica alta, con un nivel de escolaridad, la mayoría profesionistas, la prueba sirve para confirmar que no existe una relación directa entre la infertilidad y el auto concepto en estas parejas.

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los datos obtenidos resultan relevantes los siguientes aspectos.

Estas parejas tienen como expectativa de vida común, tener hijos y formar una familia, los hombres nunca contemplaron siquiera la idea no poder tener hijos, y en contraparte, algunas mujeres si llegaron a pensar alguna vez en esa posibilidad. Este hecho confirma lo que dice Hunt, L. (1993). "la mujer ha cargado desde siempre con esa responsabilidad."

La tesis Jungiana, nos habla del arquetipo, que se encuentra en el inconsciente colectivo, Sharp, D. (1997), lo define como "elementos estructurales y primordiales de la psique humana", que se heredan como una dotación innata y global. Se hereda el arquetipo como tal, que en este caso sería el instinto sexual, y no la experiencia misma, que se da en el inconsciente personal y depende de la imagen arquetípica, (madre-padre), que se forma a través de los mitos, creencias, influencias sociales, económicas, y experiencia de vida. Todas estas influencias socio-culturales, intensifican la identidad de la mujer con la maternidad, por lo que no es de extrañarse que la mujer se sienta totalmente responsable de la fertilidad, y pueda llegar a plantearse en algún momento la posibilidad de poder ser infértil o estéril, hecho que no ocurre en el hombre.

Cuando aparece la posibilidad de no poder cumplir con lo previsto, que es la procreación estas parejas entran en un estado de shock, Desjardins y Castro López, (1999) y aparece como vemos en los resultados la confusión, las mujeres

se cuestionan su propio concepto, su identidad y su rol de género. Hunt, L. (1993), a la mujer se le ha convencido que su sentido de identidad y su definición se enmarca fundamentalmente por la relación hacia el interior de la familia por siglos se les ha identificado como hijas, esposas, madres y abuelas en el eterno ciclo de la mujer.

El hombre, presenta confusión y también se cuestiona su rol genérico, hecho que concuerda con lo dicho por Bourdieu, P. (2000). Al hombre le es más importante su función social, el demostrar su hombría y su virilidad, y la pertenencia al grupo viril.

Los resultados revelan muy claramente que la manifestación psicológica más acentuada tanto en hombres como en mujeres es el estrés, esto es que aparece un estado de tensión excesivo debido a la demanda (de hijo). Dato que coincide con los resultados de las investigaciones de la Dr. Domar, A. (2000), acerca de la importancia de estrategias de manejo de estrés, y con lo señalado por Freman, (1982) " es indudable el impacto nocivo que el estrés por problema de infertilidad puede tener en el funcionamiento de una pareja y en su calidad de vida, así como en la adaptación al tratamiento a seguir."

La infertilidad ocasiona un conflicto, por una parte esta el deseo de hijo, y por otra las limitaciones, esto desemboca en ansiedad. Esta demanda inusual y excesiva amenaza el bienestar e integridad de estas parejas que en su intento de dominar la situación corren el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, (Folkman y Lazarus,1984) lo que puede llevar a una perturbación psicológica.

Se mostró que en estas cinco parejas los niveles de ansiedad son altos. En el perfil de parejas vemos que la mayoría de ellas se han visto sometidas a una infinidad de pruebas de laboratorio, tratamientos médicos que requieren de visitas continuas al médico, toma de medicamentos, probar distintos tratamientos, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas, viéndose afectada también las cuatro áreas de la Sexología; biológica, psicológica, social y emocional, (convicción formal), ya que el sexo cambia de significado, lo que antes se hacía por placer se convierte en un trabajo, hacer el amor se transforma en hacer bebés, el sexo empieza a ser pautado por los períodos fértiles, generando la pérdida de espontaneidad y exigencia de rendimiento. La tensión que esta crisis implica lleva a situaciones de conflicto en la pareja.

Además de pasar por toda esta parte médica, la pareja debe lidiar con otro tipo de problemas, y que tienen que ver con el aspecto social. Siguiendo la teoría de los opuestos persona-sombra de Jung, C. (1945) se les considera, parejas sombreadas, ya que están expuestas a la sociedad, no pueden ocultarse tras una máscara, lo que significa que forzosamente tienen que contactarse con su sombra y lidiar con sus demonios internos, esto los lleva a reconocer en su espejo, que en este caso sería su pareja, muchas cosas de las que antes no se habían percatado, creando lazos más fuertes que les permiten ser solidarios.

Por otro lado, desde el punto de vista de Jung, C. (1945) el ego se vuelve flexible, hay un movimiento de separatividad del ego, que los lleva a tocar self, hecho que permite un crecimiento personal y de pareja.

Los resultados muestran que las parejas infértiles son blanco de burlas y chistes por parte de la sociedad, son señalados, están expuestos a una sociedad, en donde lo válido es tener hijos. Y lo no válido es no tenerlos. Lo que nuevamente, nos confirma que son parejas sombreadas.

Por otro lado, vemos una gran diferencia entre hombres y mujeres, ya que las mujeres están mucho más dispuestas a permitir consejos o sugerencias, lo que demuestra una actitud más abierta que en los hombres, que se cierran ante tal hecho, ya que como dice Bourdieu, (2000), " La virilidad tiene que ser revalidada por los otros hombres, en su verdad como violencia actual o potencial, y certificada por el reconocimiento de la pertenencia al grupo, de los hombres auténticos, su dependencia respecto a la valoración del grupo viril."

Hay una pérdida de control, más acentuada en las mujeres y que se manifiesta mayormente en la frustración, desesperación e impotencia. Pero también hay enojo, rabia, coraje e irritabilidad, resultados que coinciden con los obtenidos por Valentine, (1986).

Las manifestaciones más acentuadas en los hombres son impotencia y desesperación, lo que significa que también en ellos se da esta pérdida de control, Sin embargo, al hombre se le ha inculcado que no debe expresar emociones, dudas, temores, y esto hace que no cuenten con los recursos de afrontamiento necesarias para enfrentarse ante él mismo y ante la sociedad. Desde el enfoque Jungiano, estas manifestaciones de ira, coraje, rabia, son consecuencia de una irrupción inesperada de la sombra, y representan una confrontación paralizante con su lado oscuro.

En el caso de estas parejas, dentro del Ciclo Vital de la Pareja, y siguiendo los conceptos de Barragán, M. (1994), podemos decir, que son parejas funcionales con buenos mecanismos de adaptación, ya que los resultados demuestran que hay solidaridad y apoyo entre ellos, buscan ayuda profesional a nivel médico y están dispuestos a recibir ayuda psicológica, como señalan en el cuestionario, hecho que se confirma, con su participación voluntaria en este estudio, datos que coinciden con los encontrados por Janoff- Bulman (1989) y Taylor, (1993).

A pesar de que estas parejas se ayudan mutuamente, la mayoría de estas mujeres no pueden dejar de manifestar una sensación de incompletad o vacío, y esto concuerda con lo dicho por Morales y Carreño, (2001) de que la mujer que necesita un hijo para sentirse como tal, tiene un fallo en la adquisición de su identidad de género, y ha tomado uno de los roles de la feminidad como su totalidad. Y además como dicen Faure y Pragier (1987) se resalta la idealización de la relación madre-hijo.

Un resultado interesante es que las mujeres confían plenamente en su ginecólogo, hecho que concuerda con lo dicho por Tort, M. (1994), al especialista se le otorga todo el poder sobre el cuerpo estéril, llegándole a dar un poder omnipotente, este hecho hace que la mujer este dispuesta a someterse a cualquier tratamiento por doloroso o costoso que sea, no así los hombres, que manifiestan ciertas dudas con respecto al papel omnipotente que le da la mujer al ginecólogo, y además consideran el aspecto económico como un freno a todos los estudios y tratamientos a los que se ven sometidos.

Las mujeres tienen una buena autoimagen, se consideran alegres, aplicadas, inteligentes, cumplidas, comprensivas, nobles, optimistas, ordenadas y trabajadoras, Sin embargo hay un detrimento en su autoestima por lo que manifiestan sentimientos de tristeza, que las puede llevar a una depresión, ya que se sienten aisladas y señaladas en una sociedad en que todas estas cualidades se ven reducidas a una, no puede tener hijos y este solo hecho hace que su estima decaiga ante ella misma.

En los hombres la manifestación más acentuada es el sentirse utilizado, se sienten más como un objeto, al que se le manipula. Si tomamos en cuenta que en el hombre recae la responsabilidad de tener erección y eyacular, y de exigirle cumpla con esa responsabilidad cuando se requiere de algún análisis en particular o en un determinado momento de algún tratamiento, podemos entender que se manifieste con más intensidad este tipo de manifestación psicológica. (convicción formal).

En cuanto al dolor y el miedo, estas parejas deben enfrentar una condición particular de sufrimiento, como bien puntúan, Carreño y Morales Carmona, (2001) deben lidiar con las fallas narcisistas de la personalidad, el lugar del hijo anhelado, el imaginario social-genérico y las presiones familiares,

Todas estas manifestaciones psicológicas llevan a las parejas a sentir frustración y siguiendo la teoría de Maslow, habría que resolver necesidades de seguridad (angustia y miedo) sociales (Identidad y Género) y de estima (tristeza, dolor, depresión), manifestadas en estas parejas. Esto significa que hay que vencer el miedo, la angustia, la desesperación, la impotencia, la tristeza, la pérdida y el

dolor, solo superándolos se podría lograr su autorrealización. Todas estas manifestaciones, serían una irrupción de la parte sombreada, y de aquí la importancia del manejo psicológico de las parejas con problemas de infertilidad.

Por otro lado, describimos la falta de ayuda que hay con respecto al manejo de la esterilidad o infertilidad a nivel de consultorios particulares, porque a pesar de haber sufrido, tratamientos médicos tan sofisticados, como la reproducción asistida, solo una de las mujeres ha sido tratada psicológicamente, hecho que revela la poca importancia que le dan los ginecólogos a nuestro trabajo como psicólogos.

SUGERENCIAS

Debido a la complejidad del fenómeno podemos concluir que es importante que todos los ginecólogos especialistas en infertilidad, en consultorios privados, incluyan dentro de su programa de atención a parejas infértiles, ayuda psicológica, que permita revisar mitos, creencias, pensamiento mágico acerca de la infertilidad, conocer los recursos de afrontamiento, manejo de estrés, técnicas de autocontrol, sesiones cognoscitivas-conductuales, que incluyan manejo de relajación, nutrición y ejercicio.

Sesiones de apoyo enfocadas hacia diferentes aspectos de la infertilidad, incluyendo el impacto de la infertilidad en la familia, trabajo, la pareja, (en lo concerniente a la comunicación y al funcionamiento en el aspecto sexual)

Son muchas las posibilidades psicológicas las que pueden ponerse a disposición de las parejas infértiles, siempre y cuando los ginecólogos, entiendan la importancia de un manejo interdisciplinario, desde el principio, cuando se diagnostica la infertilidad.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en la investigación nos llevan a las siguientes conclusiones:

- 1.- La expectativa de estas parejas es tener hijos y formar una familia.
- 2.- La manifestación psicológica predominante en estas parejas infértiles, es el estrés.
- 3.- Las manifestaciones psicológicas de pérdida de control: impotencia, desesperación y frustración son una constante en estas parejas, no así la irritabilidad, la ira, el enojo, la rabia, el coraje, que son más intensas en la mujer, y solo algunas veces se han hecho presentes en los hombres.
- 4.- Las manifestaciones psicológicas de pérdida de seguridad: confusión, miedo y dolor, se presentan también con mayor intensidad en la mayoría de las mujeres, sin embargo, alguno de los hombres manifestó haberlas sentido con la misma intensidad.
- 5.- Las manifestaciones psicológicas de pérdida de autoestima, más representativas en las mujeres son: vacío e incompletud, por lo que podemos concluir que existe un fallo en la identidad y rol de género. Y aunque las manifestaciones de desgano, vergüenza, humillación, el sentirse desvalorizadas no son muy intensas, si están presentes en la mayoría de las mujeres, no así en la mayoría de los hombres, sin embargo ellos manifiestan sentirse utilizados (objetos), en algunas ocasiones.

6.- Dentro del Ciclo Vital de la Familia, podemos decir, que estas cinco parejas tienen buenos mecanismos de adaptación y resolución al problema de infertilidad, hay solidaridad entre ellos y responsabilidad para enfrentar el problema, buscan ayuda profesional a nivel médico y están dispuestos ambos a recibir ayuda psicológica. Sin embargo existe discrepancia en cuanto al poder, ya que la mayoría de las mujeres confía ciegamente en su ginecólogo, no así algunos hombres que muestran resistencia y ponen límites. Además la mayoría de las mujeres aceptan interferencia, mientras el hombre mantiene sus límites, estos dos hechos podrían crear conflictos en la pareja, en cuanto a los límites y el poder.

7.- La mayoría de ésta población se ha visto sometida a infinidad de tratamientos médicos, incluyendo Reproducción Asistida, como la solución, cuando sabemos por todo lo referido en el marco teórico, que no es la única opción y que dista mucho de ser efectiva en algunos casos.

8.- Ninguna de las parejas de ésta población ha recibido apoyo psicológico, sin embargo, están de acuerdo en aceptarlo, si con ello logran bajar el estrés y afrontar con mayores recursos el problema de infertilidad.

9.- Desde el punto de vista Jungiano, son parejas atípicas y sombreadas, expuestas a una sociedad cuyos mitos, creencias e ideologías los señalan y oprimen en aras de la procreación, hecho que permite la irrupción de la sombra, y con ello la oportunidad de entrar en un proceso de crecimiento personal y de pareja.

BIBLIOGRAFIA

- Alburquerque, E. (1995). Bioética. Madrid. Editorial CCS. Pp. 59 – 68.
- Arranz, L. (2001). El deseo de la maternidad en un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida. Tesis de doctorado en Psicología. UNAM.
- Barragán, M. (1994). Interacción entre el desarrollo individual y desarrollo familiar. España. Editorial Paidós Pp. 181-189
- Castañeda, J. y Hugo, B. (2001), La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 15 No.2 p.124.
- Castelazo E, Morales F, y Carreño Jorge. (2001), Estudios y terapéutica en Infertilidad y su relación con el estado emocional. Perinatología y Reproducción. p.231.
- Ciencia, BBC. (Octubre, 2001), El Gen del Hombre Infértil. cartas@bbc.co.uk.
- Ciencia, Tecnología y Sexualidad, (copyright c. 2001), Las Raíces de la Infertilidad. La Salud Hispana, Inc.
<http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc20/tecno09.htm>
- Ciencia, Tecnología y Sexualidad, (copyright c. 2001), Infertilidad una Cuestión Médica y no de Virilidad. La Salud Hispana. Inc.
<http://www.hoy.com.ec>.
- Colmenares, M. (1992). Conceptos de Psicología. México. Barhil. p.231.
- Desjardins. I. y Castro López, J. (1999). Consecuencias de la Esterilidad. Revista Gynaiko. Año II (5) Pp. 6 – 8.
- Domar, A. D. (2000). Embarazo y Terapia Cognoscitivo-Conductual.
[http:// www.bbmundo.com](http://www.bbmundo.com). Art=246.
- Egalenia.com. Well-connected. (Marzo,2000), Endometriosis.
<http://www.noah-health.org>
health.org/spanish/wellness/healthyliving/sspersonalhealthwoman.htm
- Estrada,I. (1987). El Ciclo Vital de la Familia. México. Posada.
- Fértil, (1967), Gran Enciclopedia Larousse. Barcelona. Planeta, S.A. tomo IV. P.812.
- Fromm, E. (1970). El Arte de Amar. Argentina. Paidós. Pp. 46- 47.

Fertility World Org. Disfunción Ovulatoria. Service provide by Bertarelli Foundation. Fertilidad y Esterilidad. Las Causas Endocrinas de Infertilidad Femenina.

Patología de las Trompas de Falopio

<http://www.fertilityworld.org/>

Festinger, L. y Katz, D. (1953). Los Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. México. Paidós. Cap. 1-2-3.

Fonseca, R. (2000). Apuntes de clase. Tercer semestre Técnicas de Intervención. Cophac. México.

Geller, M. (2001). Evaluación de la Pareja Esteril.

<http://members.tripod.com/infertilidad>

Grupo de Reproducción y Genética AGN y Asociados.

grygagn@spin.com.mx

Hernández, S. Fernández, C. y Baptista, L. (1998). Metodología de la Investigación. México. McGraw Hill. Pp. 198-199

Hunt, L. (1993). La Decisión de Ser Madre. Barcelona. Gedisa. Pp. 36-39.

Infértil, (1967), Gran Enciclopedia Larousse. Barcelona. Planeta, S.A. tomo IV. P.564.

Lazarus, R.S. y Folkman. (1984). El Estrés.

www.psicologia-online.com.

Morales, F y Carreño J. (2001), Mujer y Reproducción. Perinatología y Reproducción. Pp.227-228.

Psicología y Fertilidad, (2000).

<http://www.inciid.org/bb34/message34/234/htm>.

Reader's Digest, (1991), Los Porques del Cuerpo humano. México. Litografía Senefelder, S.A. Pp. 282, 284, 275, 271

Stevens, A. (1998). Jung a la Búsqueda de la Identidad. Barcelona. Edit. Debate. Pp. 47, 48, 49, 54.

Sharp, D.(1997). Lexicon Jungiano. Santiago de Chile. Cuatro Vientos. p.30.

The Bridge Center. Investigation of Infertility. Diagnosing and Managing Infertility

<http://www.thebridgecenter.co.uk/invest.html>

Taylor, S.J. y Bogdad, R.(1984). Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. México. Paidós. Cap. 6-7

- Tort, M. (1994). El Deseo Frio, Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Pp. 28, 29, 146, 152.
- Videla, M. (1996). Conseguir un Niño o Adoptar un Hijo. Argentina. Ediciones Cinco, Pp. 24, 36.
- Venegas, J. (2000). Estrategias Metodológicas en Sexualidad. Colombia. Manual Moderno Ediciones.
- Weiner, I.B. (1983). Métodos en Psicología Clínica. México. Limusa Noriega Editores. Cap. 1-5.
- Zumaya, M. (1999). La Formación y Ciclo de la Pareja Humana. México. Edamex. Pp. 123-124.
- Zweig, C. y Abrams, J. (1992). Encuentro con la Sombra. Barcelona. Kairos, S.A. Pp. 15-19, 29, 34, 35.

CUESTIONARIO

SEXO :

EDAD :

ESCOLARIDAD :

OCUPACION :

AÑOS DE CASADOS :

RESPONDA A LAS PREGUNTAS PRIMERO CON UN SI O NO
Y SI SE LE PIDE O SIENTE QUE ES NECESARIO, ESPECIFIQUE SU
RESPUESTA.

- 1.- UNA DE SUS EXPECTATIVAS AL CASARSE ERA TENER HIJOS ?

- 2.- ALGUNA VEZ CRUZO POR SU MENTE LA IDEA DE NO TENER HIJOS ?

- 3.- ALGUNA VEZ CRUZO POR SU MENTE LA IDEA DE NO PODER TENER HIJOS ?

- 4.- CUANTO TIEMPO LLEVAN INTENTANDO EMBARAZARSE ?

- 5.- PORQUE CONSIDERAN QUE NO SE HAN EMBARAZADO ?

6.- ALGUNA VEZ PENSARON QUE PODIAN TENER PROBLEMAS DE INFERTILIDAD ?

7.- CUANDO SE ENTERARON QUE DEBERIAN PASAR POR UN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD ?

8.- SE HAN SENTIDO ENTENDIDOS POR SU MEDICO ?

9.- A QUE TRATAMIENTOS SE HAN SOMETIDO ?

10.- SE HAN SENTIDO MUTUAMENTE APOYADOS EN ESTE PROCESO ?

11.- SE HAN SENTIDO CRITICADOS POR LA SOCIEDAD ?

12.- HAN SIDO OBJETO DE BURLA O MALOS CHISTES A CAUSA DE LA INFERTILIDAD ?

**13.- LAS PERSONAS A MENUDO LES DAN CONSEJOS, O LES HABLAN DE ALGUN METODO O MEDICAMENTO PARA EMBARAZARSE ?
ESPECIFICAR**

14.- ESTAN DISPUESTOS A SOMETERSE A CUALQUIER TRATAMIENTO (doloroso o costoso) CON TAL DE EMBARAZARSE ?

15.- SE HAN SENTIDO USADOS POR SU MEDICO, EN SU TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD ?

16.- QUISIERAN OLVIDARSE DE LA SITUACION, POR LA QUE ESTAN PASANDO.

17.- HAN ACUDIDO ALGUNA VEZ A RECIBIR APOYO PSICOLOGICO (TERAPEUTICO) ?

18.- QUIEN SE LOS RECOMENDO ?

19.- LES HA FUNCIONADO (se sienten mejor) ?

20.- HAN RECURRIDO ALGUNA VEZ A ALGUN GRUPO DE APOYO CON PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA MISMA SITUACION ?

21.- HAN ASISTIDO A ALGUNA CONFERENCIA O SEMINARIO SOBRE INFERTILIDAD ?

22.- ESTARIAN DISPUESTOS A RECIBIR APOYO PSICOLOGICO MIENTRAS ESTAN EN SU TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD ?

23.- EN QUE PODRIA BENEFICIARLOS ?

ESCALA PSICOFISICA

TENEMOS UNA LISTA DE PALABRAS Y UNA LINEA EN ESCALA
Que va desde: muy leve (−) hasta acentuada (+)
Marque una línea I en donde usted siente que se encuentra

	−	+
Enojo	_____	_____
Tristeza	_____	_____
Confusión	_____	_____
Desesperación	_____	_____
Miedo	_____	_____
Impotencia	_____	_____
Coraje	_____	_____
Desgano	_____	_____
Soledad	_____	_____
Dolor	_____	_____
Aislamiento	_____	_____
Vergüenza	_____	_____
Humillación	_____	_____
Vacío	_____	_____
Incompletud	_____	_____
Rabia	_____	_____

Frustracion

Culpabilidad

Irritabilidad

Castigado

Utilizado

Desvalorizado

Estresado

Autoritario(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoroso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apático(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atento(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bromista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conflictivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bueno(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cariñoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compartido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contento(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Corrupto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criticón(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumplido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinhibido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciliador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detallista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divertido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egoísta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enojón(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bondadoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estricto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indeseable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introverso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flojo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frustrado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Honesto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incumplido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflexible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inepto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inteligente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jovial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melancólico(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordenado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacífico(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pesimista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platicador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rebelde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relajado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rencoroso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relajiento(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reservado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetuoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Romántico(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sencillo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sereno(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simpático(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sincero(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sumiso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierno(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tímido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tolerante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajador(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triunfador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voluble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solitario(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sexo: **F** **M** Edad: _____ (años) Estado civil: _____

Máximo grado de estudios de la persona que mantiene la casa en la que vive:

Ocupación de la persona que mantiene la casa en la que vive:
