Actitudes de la pareja ante su infertilidad

Alma E. Cárdenas, Sandra Chávez, Claudia Lozano

La pareja

Categoría de género

Una cuestión ampliamente aceptada es que biológicamente, es decir, en términos anatómicos, fisiológicos y hormonales, hay diferencias entre el hombre y la mujer. El debate surgido en algunas disciplinas, como la antropología y la psicología desde los años sesenta, se centró en el hecho de si existía o no una relación entre la diferencia biológica y la diferencia sociocultural. De manera más específica, la discusión se orientó a qué tanto los papeles sexuales (de género) eran construcciones socioculturales o qué tanto estos papeles eran determinados biológicamente. En caso de tratarse de lo primero, por qué entonces a la mujer se le excluía siempre del poder público y se le relegaba al ámbito doméstico, y si se trataba de lo segundo, qué tantas posibilidades había de transformarlo [Lamas: 1986].

La feminista Evelyne Sullerot [1979], se propuso estudiar el "hecho femenino" desde una perspectiva que incluyera lo biológico y lo social. Las conclusiones derivadas de su trabajo echan abajo la argumentación biologicista, pues aunque reconoce que es perfectamente plausible que existan diferencias sexuales, éstas no implica superioridad de un sexo sobre el otro.

Ahora bien, si se descartaba la hipótesis de la diferencia biológica como la constante que explicaba las otras constantes de la marginación femenina y la dominación política patriarcal, ¿qué explicación viable existía? Pues bien, la constante encontrada fue: la división de la vida y la sociedad en esferas masculina y femenina, esto es, en *géneros*.

El género es una categoría fundamental en la que significado y valor están asignados a cualquier cosa existente en el mundo; se trata de una forma de relación humana.

Así pues, aunque hay variaciones de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico e incluso el nivel generacional de las personas, lo que se encuentra todavía es una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva bajo la siguiente "lógica": las mujeres tienen a los hijos y "por lo tanto" deben cuidarlos. De aquí que lo femenino se asocie a lo maternal, "en consecuencia" también significa lo doméstico; esto se contrapone con lo masculino, que es público. Esta construcción social dicotómica de lo masculino-femenino, condiciona roles y limita las potencialidades humanas de las personas, al tener que ajustarse a comportamientos "adecuados" al género respectivo.

En la categoría de género, de acuerdo con Bleichmar [1985] y Lamas [1986], se articulan tres instancias:

- La asignación, atribución o rotulación de género. Ésta se realiza en el momento mismo en que se nace. Se refiere a la rotulación que el médico y familiares realizan del recién nacido; usualmente se hace a partir de la apariencia de los genitales.
- La identidad de género, es decir la confluencia de factores biológicos y psicológicos para la construc-

ción de la identidad de género; puede decirse que tal identidad de género se establece a los dos o tres años de edad y es anterior a un conocimiento de las diferencias anatómicas entre los sexos. A partir de tal identidad el niño (a) estructura su experiencia vital —el género al que pertenece es reflejado en todas sus manifestaciones: sentimientos, actitudes, comportamientos y juegos. Stoller sostiene que por el sentimiento "soy niña" o "soy niño" se debe entender el núcleo de conciencia, la autopercepción de su identidad genérica, núcleo esencialmente inalterable que debe distinguirse de la creencia que se relaciona pero es diferente, de "soy masculino" o "soy femenina", pues ésta última corresponde a un desarrollo más sutil y complicado, que no se consolida hasta que el niño (a) ha comprendido cabalmente la forma en que sus padres desean verlo (a) expresar su masculinidad/feminidad, esto es, cómo debe comportarse para corresponder con la idea que ellos tienen de lo que es un niño o una niña.

- El rol de género. Papel o rol se refieren al conjunto de prescripciones y proscripciones para una conducta dada, así como las expectativas acerca de cuáles son los comportamientos apropiados para una persona que sostiene una posición particular dentro de un contexto determinado. Esto es, se esperan ciertos comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo específico. Es la estructura social la que prescribe la serie de funciones para hombres y mujeres como propias o "naturales" de sus respectivos géneros. Al dividir el mundo en esferas masculina y femenina, determinan también la forma en que serán socializadas de manera diferente niñas y niños con las consiguientes limitaciones.

Roles de género

Los conceptos de "masculinidad" y "feminidad" juegan un papel fundamental en las actitudes que el hombre y la mujer presentan ante su propia esterilidad y ante la de su cónyuge. En otro sentido, los términos de masculinidad y feminidad aluden al grado en que una persona se ajusta a las expectativas culturales sobre la conducta y la apariencia que deben mostrar los hombres y las mujeres [Masters W. H., Johnson E., Kolodny C.: 1987]. En nuestra cultura es de suma importancia que la mujer desempeñe el rol de la "maternidad", es por eso que frente a una pareja estéril el médico debe desentrañar la causa que impide a la mujer ejercer la función de la maternidad, ya que en ciertos casos la solución se exige en forma angustiosa porque la mujer desea ser madre aun a costa de cualquier sacrificio. Esta situación se presenta de manera similar en los varones, sólo que en ellos, es su "masculinidad" la que se pone en juego ante la sociedad.

Estos conceptos de masculinidad-feminidad son considerados también roles sexuales-sociales que refieren las funciones diferenciales, el estatus y los hechos de la personalidad que caracterizan a los dos sexos en un contexto cultural dado.

Los roles se encuentran tan arraigados en nuestra cultura que dan margen a la formación de estereotipos. El hecho de que una gran cantidad de éstos sobre la sexualidad se basen en presunciones de la masculinidad y feminidad dificultan una definición concisa de ambos términos. Desde cierta perspectiva se consideran "masculina o femenina" a las personas que resultan capaces de procrear un hijo.

Se presume que la adecuación a las normas culturales denota adaptación y salud, en tanto que los desvíos notorios de las pautas preconcebidas demuestran anormalidad e incluso enfermedad [Díaz G. R.: 1990].

Etapa: intimidad en oposición a aislamiento (Erikson)

La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson hace un seguimiento de la personalidad a través de la vida, enfatizando las influencias sociales y culturales en cada uno de los ocho periodos que distingue en el curso de la vida de un ser humano. Cada etapa del desarrollo gira en torno a una "crisis" que involucra un conflicto mayor diferente. Cada crisis es un punto crucial relacionado con un aspecto de importancia particular en el momento, aunque en cierta medida seguirá siendo un aspecto importante a lo largo de la vida.

Dentro de las etapas de Erikson encontramos específicamente ésta de intimidad, que se da en los adultos jóvenes, en la cual los que han desarrollado un sentido de identidad durante la adolescencia están listos ahora para fusionar su identidad con la de otros. Se encuentran dispuestos a establecer un compromiso de relación cercana, íntima, con otra persona. En este punto de su desarrollo las personas saludables están dispuestas a correr riesgos temporales de entrega del ego en situaciones de exigencia emocional, tales como el coito y el orgasmo, en situación de estrecha amistad, que demandan sacrificios y compromisos personales, y en otros que requieren autoabandono. Aquellas personas que temen darse en



tales situaciones pueden terminar sintiéndose solas y autoabsorbidas.

A medida que los adultos jóvenes resuelven las demandas, con frecuencia conflictivas, de la intimidad, la competencia y la distancia, desarrollan un sentido ético que Erikson considera la característica de la edad adulta.

Esta etapa involucra preocupaciones relacionadas con la intimidad, iniciar una carrera u ocupación, iniciar una familia o no y la paternidad. Estas preocupaciones del desarrollo pueden, en combinación con los sucesos críticos de la vida, proporcionar la ocasión para una crisis: embarazo no deseado, nacimiento de un niño o la incapacidad para concebir un hijo [Morris, Charles G.: 1990].

De acuerdo a lo antes mencionado por Erikson, las actitudes que presente la pareja respecto a la incapacidad para concebir o no un hijo, así como las alternativas de solución que ellos busquen, dependerán de la superación de la crisis presentada en esta etapa que culmina en el amor.

Formación y desarrollo de la pareja

La formación y desarrollo de la pareja es un fenómeno común en la etapa adulta. Los individuos consiguen parte de su identidad en la convivencia relativamente estable con otra persona. La atracción se funda en cualidades bastante superficiales, como el atractivo físico, el carácter gregario, el porte y el hecho de compartir intereses.

La relación es reforzada luego por las reacciones de otros, por el hecho de ser considerados una pareja, por sentirse confortables con la presencia del otro y por factores similares. La pareja inicia entonces una etapa de compromiso e intimidad, la cual culmina en una mayor atracción entre ambos.

La pareja a menudo se siente preparada en este momento para tomar una decisión concerniente al matrimonio.

El matrimonio es sin duda el estilo de vida más común y que se selecciona con mayor frecuencia. El patrón tradicional del adulto en muchas culturas consiste en casarse después de terminar su educación es-

colar o de prepararse para un trabajo, tener hijos y fundar una familia.

Las personas crecen en una relación en la cual pueden compartir sus pensamientos más íntimos. Compartiendo sus ideas, sentimientos y planes para el futuro pueden llegar a tener más claridad para sí mismas y con frecuencia cambiar y crecer como respuesta mutua.

También crecen mediante el constante ajuste que el matrimonio requiere. Esposo y esposa deben lograr formas de tomar decisiones relacionados con aspectos que afectan a ambos, deben elaborar importantes decisiones en la vida, si ambos seguirán una carrera, y como coordinarán su vida de trabajo con su vida del hogar; si tendrán hijos y en caso afirmativo, cuándo, cuántos y cómo estructurarán su vida familiar.

Durante siglos y en todo el mundo, tener hijos ha sido tradicionalmente considerado como "la realización de un matrimonio cuando no como la razón principal de él".

Sólo la mujer que llegaba a ser madre se realizaba plenamente; sólo a la mujer que consideraba la sexualidad como fundamentalmente procreativa le era permitido disfrutarla, y sólo la mujer que quería y podía tener hijos era considerada normal.

Los teóricos del psicoanálisis sostenían que las mujeres tienen un profundo deseo instintivo de dar a luz y tener hijos, que de este modo reemplazarán a sus propias madres, y que sus bebés son sustitutos del pene que nunca tuvieron. Los psicólogos del *yo* —como Erikson— definen la paternidad en términos de habilidades en crecimiento y de recursos de la personalidad, considerando la generatividad o preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación como una necesidad evolutiva básica. Los sociólogos funcionalistas atribuyen la reproducción a las necesidades de inmortalidad de las personas, las cuales satisfacen remplazándose a sí mismas con sus propios hijos.

Se producen entonces presiones culturales que hacen que muchas personas se sientan impelidas a tener hijos como una respuesta a supuestos relacionados con la expansión del *yo*, dar un propósito a la vida, de proporcionar una experiencia de aprendizaje, de autorrealización, de conservar el apellido de la familia y de inmortalidad.

A los hijos también se les consideraba como personas que confieren *estatus* adulto a sus padres y les proporcionaban algo útil para hacer.

La mayor parte de las personas consideran que tener hijos implica ciertas ventajas para sus progenitores, que ellos son un amparo contra la soledad en la vejez, le dan significado a la vida, constituyen la realización para las mujeres y fortaleza para el matrimonio.

Aquellas personas que eligen ser padres se desarrollan a través de esta experiencia del mismo modo que lo hacen mediante otras experiencias de la vida. Con frecuencia olvidamos que los hijos afectan a sus progenitores y que la experiencia de ser padres estimula el desarrollo en ciertas formas, como por ejemplo, cuando los padres reviven sus propias experiencias infantiles a medida que sus hijos crecen. Los padres no son sólo "vehículos" para el cuidado de los hijos. Son personas y la paternidad es una fase de su desarrollo total como seres humanos [Papalia y Olds: 1990].

Ya sea por las teorías antes mencionadas o por la presión cultural, lo cierto es que en nuestro país son pocas las parejas que deciden no tener hijos; al contrario de esto, algunas de estas parejas antes de unirse planean cuántos tendrán para ejercer su paternidad-maternidad y cumplir con esto su identidad de género.



Aspectos psicológicos de la infertilidad

Existen formas de esterilidad debido a factores psíquicos que obran en el hombre y en la mujer aislada o concomitantemente.

Se sospechará una participación psíquica en la pareja estéril en la cual todos los exámenes y las pruebas complementarias de diagnóstico revelan una completa normalidad.

Los factores psíquicos pueden actuar de manera aislada o agravando en ambos cónyuges causas orgánicas que por sí solas serían incapaces de determinar esterilidad.

Hasta hace muy poco tiempo había escasos estudios sobre la psicodinamia de la pareja infértil.

Debido a la educación psicosocial, la mujer generalmente se considera responsable, en primera instancia, de la falta de gestación, y también es la primera que busca atención médica. Por lo contrario, el hombre puede mostrar su incapacidad de encarar la posibilidad de ser infértil rehuyendo a sus estudios médicos.

Después de una valoración exhaustiva de la infertilidad, el médico debe platicar cuidadosa y honestamente con la pareja respecto a sus posibilidades de procreación.

Con frecuencia la valoración aludida carece de tal culminación y se deja a los pacientes sin idea clara de sus posibilidades para concebir. Dicha situación incierta puede ser peor que el conocimiento de que no se puede tener descendencia.

La infertilidad tiene efectos importantes sobre la sexualidad, la autoimagen y la autoestima, tanto en hombres como en mujeres. Algunas mujeres pueden considerar la maternidad como expresión última de su identidad biológica y sin duda algunos hombres pueden considerar la paternidad como afirmación suprema de su masculinidad. Es por ello que el conocimiento de su incapacidad para la procreación puede tener consecuencias psicológicas para uno o ambos miembros de la pareja que lleguen más allá de la simple ausencia de niños o de la función de crianza de los mismos y alterar sus conceptos de sí mismos como seres valiosos [Pernoll M. Benson R.: 1989].

Pueden surgir problemas adicionales al periodo de estudio, ya que desafortunadamente los médicos aumentan la tensión de la pareja sin hijos. Por ejemplo: la sugerencia de que la pareja tenga relaciones sexuales diariamente durante determinado día del ciclo, especialmente cuando se basan en la temperatura de la curva basal, suele ser innecesaria e indeseable. El sexo obligado sustituye la espontaneidad y el placer, por la compulsión y la rigidez. Este tipo de consejo innecesario confirma a la pareja que están "haciendo algo malo". El sexo se convierte en trabajo y el trabajo es "hacer bebés", no "hacer el amor".

Antes de someterse al estudio de infertilidad, el 66 por ciento de las mujeres incluidas en el estudio consideraban que los aspectos placenteros de su actividad sexual eran de buenos a muy buenos; durante el estudio sólo el 33 por ciento de estas mismas mujeres gozaban igual, una modificación tanto en la actitud como en la conducta sexual [Hacker, Moore: 1986].

Algunas mujeres pueden sentir que su incapacidad para concebir es una forma de castigo por algo de lo que son culpables. Sin embargo, todas estas aberraciones psicológicas tal vez son el resultado y no la causa del problema de infertilidad, pero evidentemente el círculo vicioso puede exacerbar el problema [Núñez: 1993].

Los pacientes infértiles de ambos sexos están más propensos a sufrir problemas de neurosis, la cual lleva a uno o ambos miembros de la pareja a la llamada "neurosis de espera", que si en algún caso es personal en otros es ocasionada por el ambiente familiar, sobre todo por los padres de la pareja que exigen un nieto.

Esa "neurosis de espera" se agrava cuando surge en el matrimonio recriminación por imputación mutua con respecto al causante de la esterilidad, lo que lleva a disensiones consecutivas, malas relaciones matrimoniales y, por supuesto, con disminución de posibilidades de fecundación [Danforth, D. N.: 1987].

Cada día se está dando mayor importancia a este factor, conforme se conoce la relación entre el proceso y las experiencias sexuales y el funcionamiento psíquico de los pacientes. Está presente en todos los casos de problemas psicológicos que actúan sobre los delicados mecanismos de fecundación.

Se cree que la esterilidad o el miedo a ella produce un estrés en el individuo, causando tensión y ansiedad. Ésta, a su vez, actúa sobre el hipotálamo, que a través del sistema nervioso autónomo puede suprimir la ovulación o la espermatogénesis, modificando la excreción de gonadotropina hipofisiaria o producir espasmos tubarios, vaginismo, impotencia y eyaculación precoz [Núñez: 1993].

Sentimiento maternal y maternidad

El desarrollo psíquico normal para ser madre se puede considerar —al igual que el biológico— dividido en dos partes: el desarrollo para el sentimiento maternal y para la maternidad. El sentimiento maternal es una dinámica fundamental en parte congénita y en parte precozmente desarrollada del ser femenino, antes de que pueda intervenir un flujo hormonal.

La investigación del comportamiento y los trabajos psicoanalíticos han demostrado que las muchachas en diversas edades de la vida en relación con factores sociales y culturales vive y configura formas previas de este sentimiento maternal. El preocuparse por los demás, prestando cuidados y repartiendo ternura, el adaptarse a las circunstancias hasta el propio sacrificio, madura en el curso de la infancia y la juventud hasta un grado variable, que puede darnos una estimación del desarrollo alcanzado por este sentimiento maternal. El sentimiento maternal es un rasgo esencial específico de la naturaleza humana, es decir, que puede darse también en el varón y va más allá de una preocupación puramente animal.

El sentimiento maternal y el comportamiento como madre no están perfectamente acabados y carecen de un carácter estereotipado. A lo instintivo se le agrega el sentimiento del encuentro con el hijo, el comportamiento inteligente y la experiencia. Al comportamiento instintivo animal corresponde en la mujer un estado de ánimo fundamental fuertemente determinado por el sentimiento con relación a su hijo, con el que realiza su sentimiento maternal.

En una sociedad genérica la mayoría de las mujeres experimentan un fuerte deseo de tener hijos y el no tenerlos puede resultar trágico para algunas, ocasionando infelicidad, discordias maritales y mala salud.

La adopción

La infertilidad de las parejas es un problema que ha estado presente a lo largo de la historia. Han sido múltiples los métodos con los que se ha intentado resolver el problema. El recurso más antiguo para poder vivir la maternidad y la paternidad cuando se sufre la infertilidad es el de la adopción de los hijos que otras parejas no pueden criar. Suele pensarse en la adopción cuando han sido agotadas las otras posibilidades.

Existen parejas que no desean tener hijos sean fértiles o infértiles. En Estados Unidos el índice oscila entre el 5 y 7 por ciento de ellas, según Dywasuk. Hace algunas décadas el matrimonio sin hijos era considerado por las otras parejas un poco como fracasado, y si esta falta era voluntaria se veía con desconfianza y rechazo. Hoy por hoy se aceptan mejor las razones que esgrimen para justificar su decisión: el tipo de trabajo al que se dedican, riesgoso o de tiempo absoluto; e incluso su propia inmadurez o indisposición para asumir los roles paterno y materno [Madison, B.:25: 1966]. Pero en la mayoría de los casos, la infertilidad es considerada como una causa de infelicidad conyugal [Papalia, D.:29: 1990].

Quienes siempre se han considerado "capaces de cualquier cosa", y más aún si esta cosa es algo que la mayor parte de las personas realiza con facilidad, sufren intensamente la herida narcisista que significa la confrontación de su realidad. En las relaciones de las parejas estériles se genera una creciente hostilidad: hostilidad hacia sí mismo, hacia la pareja, que se expresa vivamente contra los médicos que han fracasado en su intento de hacerlos concebir. Con el transcurso del tiempo muchas parejas se tornan depresivas —como individuos o como pareja—, se consideran "vacíos o inútiles". Todos sus conflictos adquieren

mayores proporciones y sus relaciones sexuales se cargan de ansiedad, pierden algo de pasión y de vitalidad, más aún cuando, por temporadas, a cada relación la motiva el propósito de tener un bebé y no el de hacer el amor. Por todas estas razones es recomendable que las parejas infértiles busquen la ayuda psicoterapéutica que les permitirá superar este obstáculo.

Para conocer las principales motivaciones que impulsan a la pareja a tener hijos adoptivos es necesario considerar sus motivaciones tomando en cuenta que unos son muy conscientes mientras que otros tienen poca o ninguna advertencia, es decir, son inconscientes.

Las razones conscientes más evidentes son las relacionadas con la frustración del ejercicio de los respectivos roles paterno y materno a causa de la infertilidad.

Sentimiento de pérdida

Son frecuentes diversos sentimientos en pacientes estériles, los que en principio pueden ser de sorpresa, negación y aislamiento, seguidos de enojo, sentimiento de culpa y depresión. Con la solución adecuada a estas reacciones, el paciente puede aceptar dicha situación, pero es indispensable que el médico comprenda el impacto emocional que tiene la pareja al enterarse de que no podrá tener hijos.

En algunas ocasiones esta situación y el sentimiento de pérdida llevan a la pareja a un estado de duelo, donde se identifican las siguientes fases:

Negación. Uno de los miembros de la pareja —y en ocasiones ambos— se rehusan a aceptar que no pueden concebir un hijo. No pueden creer que esto les esté pasando a ellos y buscan diferentes opiniones de especialistas con la esperanza de que esto no sea verdad.

Cólera. Se culpan uno al otro o a sí mismos sobre la problemática que presentan. Este sentimiento, si no es manejado adecuadamente, puede presentar conflictos en la pareja, sobre todo si su relación no era muy sólida.

Negación. Tratan de negociar con su médico, solicitándoles cualquier tipo de tratamiento que pueda hacer que conciban un hijo. Aun cuando en ocasiones saben que esto no es posible y que su esterilidad es absoluta. Es entonces cuando en algunas ocasiones recurren a fuerzas divinas para tratar de alcanzar su propósito.

Depresión. Sentimiento reflejado a través de tristeza. Su autoimagen se ve devaluada sobre todo del que presenta el factor de esterilidad. Esto está muy marcado en nuestra sociedad donde la maternidad y la paternidad juegan un papel muy importante.

Aceptación. La persona acepta la situación actual y logra manejar sus sentimientos de una forma más funcional. Esto no significa que abandone su búsqueda del ejercicio de la paternidad. Ahora la pareja puede aceptar la adopción u otras técnicas quirúrgicas.

Estrés y reproducción humana

La interacción entre el estrés emocional y la infertilidad ha sido investigada por muchos años. Muchas parejas infértiles muestran un marcado estrés durante la evaluación y tratamiento de la infertilidad. Estas investigaciones que fueron realizadas durante las dos décadas pasadas muestran que en la mayoría de los casos el estrés es el resultado y no la causa de la infertilidad. La interacción biológica entre el estrés y la infertilidad es el resultado de la acción de las hormonas del estrés a nivel cerebral, especialmente en el hipotálamo-pituitaria y en los órganos reproductivos femeninos.

El entorno cultural es un gran factor asociado con el estrés psicológico en parejas infértiles.

La infertilidad tiene un impacto más severo en personas que viven en zonas rurales, así como en aquellas que tienen un bajo nivel de educación. La infertilidad afecta también las relaciones maritales y sexuales entre las parejas. Las relaciones entre las mujeres infértiles y sus suegros se empeoraron en un 8.6 por ciento, alrededor de un tercio de las mujeres participantes en la valoración y tratamiento de infertilidad también desarrollaron algún tipo de estrés emocional y malestares psicológicos.

La infertilidad puede crear varios tipos de estrés psicológico e influenciar los efectos del tratamiento. Así pues, el manejo y tratamiento de la infertilidad debe no sólo incluir tratamiento físico, sino también comprensión y simpatía y apoyo para que éste resulte [Scheneker J. G., *et al.*: 1992].

Para explorar el impacto de la infertilidad en el funcionamiento psicológico, 130 parejas afectadas con infertilidad primaria fueron evaluadas en su visita inicial a una clínica de infertilidad, y 116 fueron evaluadas en una segunda ocasión siete o nueve meses después, cuando en la mayoría de los casos los exámenes médicos fueron completados.

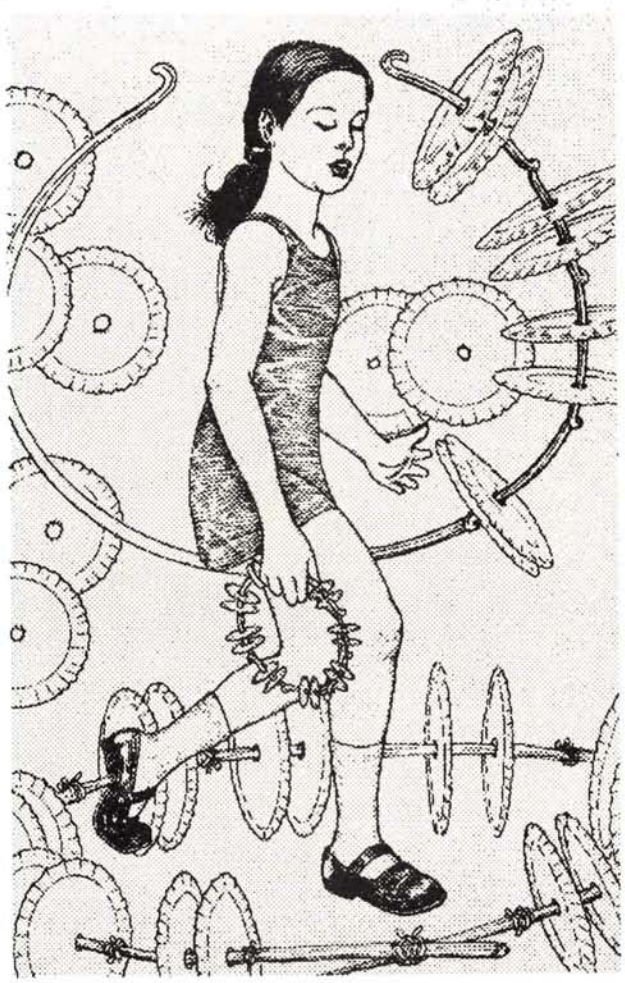
Medidas de personalidad, psicopatología, apoyo social percibido, identidad del rol sexual, estado marital, fueron obtenidos de ambas partes. Posteriormente estas personas fueron divididas en cinco subgrupos con base en el diagnóstico o la información (causa femenina, causa masculina), causa femenina y masculina o causa inexplicable.

Los resultados muestran una pequeña evidencia de psicopatología en la muestra.

Los puntajes de las pruebas de ansiedad y morbilidad psiquiátrica declinan entre la primera y segunda evaluación, excepto en el caso de hombres que fueron diagnosticados con problemas de infertilidad, las implicaciones de estos hallazgos son discutidos dentro del incremento en el uso de inseminación.

Fertilización asistida: aspectos emocionales

Como es reconocido, existen modificaciones en el estado emocional de los pacientes que sufren de esterilidad, misma que gira alrededor de síntomas ansiosos y/o depresivos.



Las publicaciones sobre el tema afirman que en los instrumentos no se logran detectar estos síntomas aunque clínicamente son observados.

El impacto que tiene la reproducción sobre el psiquismo ha sido por demás evidenciado en cualquier evento al que hagamos referencia. Particularmente en la esterilidad se han reportado modificaciones en el estado de ánimo, conflicto en la sexualidad, en la relación de pareja y modificaciones en el autoconcepto y trastornos de la personalidad que son originados en la relación con la madre [Langer, M.: 1983].

Se une a nuestro interés el hecho de no conocer hasta ahora un trabajo que se haya realizado con mujeres latinoamericanas, que como se ha podido constatar, no poseen un comportamiento equiparable al de las de otros países, probablemente porque existen diferencias sustantivas con relación al papel que juega la maternidad en el sustrato cultural, así como en los valores, las costumbres y tradiciones domésticas [Mazure C. M., *et al.*: 1989].

Otro aspecto que ha sido reportado es el referente a las actitudes, así Freeman y colaboradores encontraron que el 48 por ciento de las mujeres y el 15 por ciento de los hombres que conformaron su muestra afirmaron que la esterilidad era la experiencia de mayor estrés en su vida, haciendo una comparación con la pérdida de familiares o amigos, o bien con el divorcio, en el que el 63 por ciento reportó como de menor intensidad.

Algunos otros estudios se han abocado a revisar el apoyo social que pudieran tener las parejas para manejar el estrés provocado por su incapacidad reproductiva, o bien por estar sometidos a estos tratamientos. Mazure [1989] comparó dos grupos que fueron sometidos a un tratamiento de fertilización *in vitro* y transferencia de embrión, uno de ellos formado por aquellas pacientes en que se había conseguido un embarazo y otro por aquellas que no lo habían logrado, encontrando que las que no se habían embarazado no contaban con apoyos sociales, en tanto que el otro grupo sí los tenía.

También se han medido algunos estados emocionales de manera más específica, como es el caso de la ansiedad, y se ha encontrado que existen bajos niveles de ansiedad, aun cuando la observación clínica muestra elementos de ansiedad en las pacientes sometidas a programas de fertilización *in vitro*. Hearn sugiere que es posible que las pacientes no tengan el tiempo para desarrollar ansiedad. Freeman tampoco

encontró porcentajes altos al utilizar la escala adicional MMPI de ansiedad manifiesta de Taylor, explicando que al estar expuestas a largos periodos de tratamiento, desarrollan formas para manipular el estrés sin llegar a sufrir reacciones de ansiedad. De cualquier manera se ha reconocido que los pacientes con esterilidad de causa no determinada califican más alto en las escalas para medir la ansiedad que aquellos pacientes con una causa grave.

De la misma manera que en la ansiedad, los reportes de estados depresivos no se observan, probablemente porque están encubiertos.

Concluyendo, observamos que la infertilidad lleva a ambos cónyuges a manifestar reacciones psicológicas muy concretas dadas las circunstancias y dependiendo de la actitud que se haya tomado respecto a su problemática. Dichas reacciones pueden ir desde el enojo, sentimiento de pérdida hasta presentar estrés emocional. Todos estos síntomas giran en torno a la pareja, no importa quién presente el factor de esterilidad.

Actitudes

Son las reacciones evaluativas aprendidas que tienen los individuos acerca de su esterilidad teniendo diferentes componentes que al combinarse constituyen la reacción total que la pareja tiene frente a la problemática presentada. Estos componentes son:

Afectivo. Es decir los sentimientos del sujeto hacia la esterilidad de su cónyuge o hacia la suya propia. Puede medirse por respuestas psicológicas o afirmaciones verbales.

Cognoscitivo. Esto es, las creencias que el sujeto tiene con respecto a su problema. Estas creencias son básicamente la aceptación o no de la esterilidad conyugal. En la presente investigación se midió por el grado de aceptación que la pareja tiene sobre su esterilidad.

Conductual. Esto se refiere a las acciones observables tanto favorables como desfavorables que pueden tener los sujetos después de recibido un diagnóstico de esterilidad.

Para el objeto de este estudio se consideró a las actitudes como las reacciones evaluativas aprendidas con relación a objetos, hechos y otros estímulos. En este caso el estímulo al que nos referimos es la esterilidad conyugal, así como a las reacciones manifestadas a través de sus conductas, las cuales son adquiridas con base en el contexto sociocultural en que se desarrollan.

Formación de actitudes

¿Cómo adquieren los individuos las actitudes?

Las personas obtienen algunas actitudes por medio de principios de aprendizaje, sin percatarse de que aprendió algo. Una forma de influencia es el aprendizaje por observación, sólo viendo e imitando a otros.

Muchas mujeres tienen como máxima realización el concebir un hijo. Este pensamiento tiene como fondo un factor sociocultural importante ya que la mujer aprende que éste es el papel que ella debe desempeñar al llegar a una determinada edad.

La aprobación y apoyo de padres y otras figuras importantes son motivadores potentes para la adopción de opiniones. Su crítica y rechazo pueden debilitar las actitudes, incluso si un asunto es de poca trascendencia, el consenso o repudio de desconocidos totales puede influir sobre qué actitudes expresa una gente, dejándose ver que la idea de que aun cuando el tiempo ha cambiado y las mujeres desempeñan otras actividades fuera de casa, sigue vigente la consigna antes mencionada de que: "las mujeres tienen a los hijos, por lo tanto, que los cuiden".

Debido a lo anterior, consideramos la búsqueda de un instrumento que nos permitiera conocer de una manera eficaz y medible cuáles son las actitudes que presentan las personas a las que se les ha diagnosticado esterilidad conyugal primaria.

Consistencia interna de las actitudes

Las actitudes de toda clase están asociadas a conductas, creencias y sentimientos.

En algunas ocasiones existe consistencia entre los tres componentes aunque otros psicólogos razonan que el componente de creencias de una actitud es tan importante como una serie de influencias sobre lo que hacen las personas.

Elementos esencialmente característicos de las actitudes sociales:

- La organización duradera de creencias y cogniciones en general.
- La carga afectiva en favor o en contra.
- La predisposición a la acción.
- La dirección a un objeto social.

Lo que resulta necesario entender es que las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten.

así como el modo en que a ellas les gustaría comportarse con relación a un objeto actitudinal.

La conducta no se encuentra sólo determinada por lo que a la persona le gustaría hacer, sino también por lo que piensa que debe hacer, es decir por el aprendizaje de las normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, y por las consecuencias esperadas de la conducta.

De lo mencionado anteriormente concluimos que las actitudes de la pareja —ya sean favorables o desfavorables hacia la esterilidad conyugal primaria— dependen de varios factores, tales como: el pronóstico recibido, las expectativas de ambos sobre la concepción y, el más importante de los factores es tal vez la educación familiar, así como el cultural en cuanto a la concepción de un hijo.

Investigación y diseño

Uno de los propósitos de la investigación fue lograr describir la relación entre la esterilidad conyugal primaria y las actitudes que presentan quienes la sufren.

Es necesario hacer notar que los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver y buscan especificar las propiedades del fenómeno que está sometido a análisis.

Para efecto de nuestra investigación, los instrumentos que se utilizaron fueron una entrevista y una escala de medición de actitudes basada en el método de Likert.

El planteamiento del problema se resumen en la pregunta: ¿cuáles son las actitudes que presenta la pareja cuando se les diagnostica esterilidad conyugal primaria?

Las variables que se consideraron son:

Esterilidad. Condición de carácter biológico, que implica que la concepción es imposible y que el factor causal es irremediable. Se clasifica en:

Esterilidad primaria. Aquellos pacientes que nunca han concebido un hijo.

Esterilidad secundaria. Aquellos pacientes que han tenido embarazos y no han podido concebir otro, es decir, cuando no se ha logrado un nuevo embarazo después de un periodo de relaciones sexuales normales y sin ningún método anticonceptivo por un lapso de dos años.

Los objetivos de la investigación fueron:

Identificar las actitudes de la pareja cuando existe esterilidad conyugal primaria.

- Identificar cuál es la actitud de la mujer ante la esterilidad de su pareja.
- Identificar cuál es la actitud del hombre ante la esterilidad de su pareja.
- Identificar cuáles son las actitudes tanto del hombre como de la mujer ante su propia esterilidad.

La investigación se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Colima con una población de 112 sujetos, de los cuales se seleccionó una muestra representativa de 29 sujetos, 15 mujeres del departamento de ginecología y 14 hombres del departamento de urología, que presentaron esterilidad conyugal primaria, encontrándose éstos en un rango de edades de 20 a 35 años, con escolaridad mínima de primaria. Cabe agregar que el instrumento fue aplicado también a sus parejas, con las cuales deberían tener al menos tres años de relación.

Entre los instrumentos para obtener datos se realizó una *entrevista de tipo no estructurado* donde se interroga libremente a los sujetos sobre algunos puntos específicos que ayudan a la investigación. *Entrevista clínica* por pareja para la obtención de una historia médica y psicológica que permitiera a su vez enterar a los pacientes de los fines de la investigación.

Esta entrevista es adaptada a los sujetos y a las condiciones dentro de las que se desarrollan. No se presta mucho a la cuantificación, pero ayuda a generar y aclarar las dimensiones presentes en la materia que se estudia.

Después de esta entrevista se le refirió al protocolo de psicometría a aquellos que sí lo aceptaron. El instrumento que se utilizó es la escala construida con base en el procedimiento de Rensis Likert para la cual inicialmente se elaboraron 75 *ítems*.

Desde tiempo inmemorial la familia ha desempeñado un papel muy importante en la educación de los hijos, la cual influye en las actitudes respecto al rol que debe jugar el hombre y la mujer en su familia y ante la sociedad. En el seno de la familia mexicana existen ya en forma activa una serie de expectativas o anticipaciones específicas de acuerdo al pape! que debe jugar el niño o la niña.

En el caso del varón nada de muñecas, jugará con soldados, pistolas, caballitos, etcétera, debe gritar titánicamente y provocar pánico en las niñas.

Las niñas deben crecer hasta ser igual a su destino; feminidad superlativa, el hogar y la maternidad, de pequeña se entiende con muñecas y juega a la casita, manteniéndose alejada de los juegos bruscos de

los niños, fundamentada esta idea en la creencia de que si brinca o corre podría perder su fecundidad.

Desde la adolescencia en adelante, la virilidad del hombre será medida por la potencia sexual y sólo secundariamente en términos de fuerza física, valor y audacia. La mujer aprende más y mejor los variados aspectos del papel en la vida, sustituyendo o ayudando a la madre en sus cuidados y atención a los varones.

En la etapa adulta se formará y desarrollará la pareja como un fenómeno común; los individuos consiguen parte de su identidad en la convivencia relativamente estable con otra persona. La relación es reforzada luego por las reacciones de otros, por el hecho de ser considerados una pareja, por sentirse confortables con la presencia de otros y por factores similares; asimismo, esta etapa involucra preocupaciones relacionadas con la intimidad, iniciar una carrera u ocupación, iniciar una familia o no y con ello la paternidad.

Entre los resultados obtenidos en la investigación y en la literatura revisada encontramos por ejemplo que: la actitud de la pareja hacia afirmaciones tales como "nos sentimos infelices por no poder tener hijos" y "tener hijos no es básico para ser feliz", observamos que en ambos casos la actitud es más desfavorable en la mujer que en el hombre. En este sentido Kaser, Friedberg, Ober y Zander [1979], mencionan que la mayoría de las mujeres experimentan un fuerte deseo de tener hijos y el no tenerlos puede resultar trágico para algunas, ocasionando discordias maritales y mala salud. Las mujeres en diferentes edades de la vida, con relación a factores sociales y culturales, viven y configuran formas previas de este sentimiento maternal.

Díaz Guerrero [1990] consideró que las mujeres tienen como máxima realización el concebir un hijo. Este pensamiento tiene como fondo un factor socio cultural importante, ya que a las mexicanas se les enseña que éste es el papel que ellas deben desempeñar al llegar a una determinada edad.

Por su parte, el hombre —al no poder tener hijos— ve afectada su imagen como hombre "macho" ya que puede quedar en entredicho su potencia sexual.

Con respecto a considerar que: "Tener un hijo no es importante en nuestro matrimonio", la actitud que presenta el hombre con el factor estéril es desfavorable igual que la de su pareja. Sin embargo, la actitud del hombre que no presenta el factor de esterilidad es más desfavorable aún. Esto podría estarse debiendo al puntaje tan bajo obtenido por su pareja en este renglón, contribuyendo esto a que él considere importante el tener hijos para mantener la estabilidad matrimonial.

Con respecto a las cuestiones "mi carácter no cambió a pesar del diagnóstico", "los hombres-mujeres estériles se enojan con mucha facilidad", "los hombres-mujeres estériles se entristecen con frecuencia" y "los hombres-mujeres estériles lloran con mucha facilidad", la actitud de la mujer —tenga o no el factor de esterilidad— es desfavorable, contraria a la del hombre que presenta actitud favorable.

Moore y Hacker [1986] mencionan que son frecuentes diversos sentimientos en pacientes estériles, los que en principio pueden ser de sorpresa, negación y aislamiento, seguidos de enojo, sentimiento de culpa, depresión e incluso pesadumbre.

Núñez [1993] identifica a la esterilidad y el miedo a ella como factores productores de estrés en el individuo, causando tensión y ansiedad; menciona además que los pacientes estériles a los que se les pregunta con tacto, muchas veces admiten tener sentimientos de culpa, resentimiento, desconfianza, frustración y enfado; respecto a esto, Arno Witting [1980] refiere que la esterilidad no sólo despierta sentimientos de inutilidad y angustia, sino que la investigación médica y el tratamiento quirúrgico también tienen un gran impacto sobre la pareja.

Pernoll y Benson [1989] consideraron que debido a la educación psicosocial, la mujer generalmente se considera responsable en primera instancia de la falta de gestación, siendo ella la primera en buscar atención médica, al contrario del hombre.

Mazure [1989], en su estudio sobre los índices conductuales asociados con el programa de fertilización *in vitro*, encontró que la ansiedad y la depresión —características de la pareja estéril— explican a su vez el aislamiento de su vida en general, particularmente de la vida de pareja, del contexto social y familiar.

Conclusiones

Al igual que muchos países, México está experimentando una alza constante del índice de infertilidad: Colima, no es la excepción. Actualmente en nuestra ciudad el número de casos se ha incrementado notablemente. Específicamente, en el Instituto Mexicano

del Seguro Social se detectaron 112 casos, de los cuales 60 son mujeres y 62 hombres.

En concordancia a esta situación, hay una mayor demanda de tratamientos para la infertilidad y preocupa reconocer que en México son escasos los estudios al respecto. En Colima las investigaciones sobre esterilidad son casi nulas, a pesar del número de casos presentados. El Dr. Alfonso Gutiérrez [1995] publicó en la *Revista ORGYN* (*órganos sobre la mujer y la salud*) que algunas alternativas médicas tales como la fertilización *in vitro* y la inseminación artificial están prácticamente inexploradas en México.

Es importante mencionar que la mayoría de los estudios que existen se refieren al aspecto médico y muy poco nos hablan del aspecto psicológico o emocional de la pareja estéril.

Ante este hecho hemos podido observar que la esterilidad impone tensión en cualquier matrimonio e interacción. Esto puede constatarse con la conducta, sentimientos y pensamientos que la pareja refiere tener como consecuencia de la esterilidad.

Estas actitudes están directamente relacionadas con la educación, que es un factor importante que incide en la fecundación o en la falta de ésta.

La mujer desea ser madre a costa de cualquier sacrificio; es ella la que da el primer paso y acude al médico, y acepta múltiples intervenciones ya sean científicas o mágicas en un intento por lograr un embarazo que anule su incapacidad de procreación y además le permita la posibilidad de desempeñar su rol materno, la identifique plenamente con su feminidad y "aumente" su valor sociocultural. Parientes y amigos esperan como consecuencia de la unión de la pareja la llegada de los hijos. La propia educación y cultura del mexicano refuerza la idea de las parejas sobre la conformación familiar, donde no se concibe una familia sin hijos, desarrollando a causa de esto sentimientos de inutilidad, anormalidad y poco control de sus vidas, además de malestares psicológicos y estrés emocional.

La actitud del hombre cuando es éste el que presenta la esterilidad es muy contradictoria, y esto se corrobora con los datos que arroja el instrumento aplicado en la investigación, pues algunos *ítems* del área cognoscitiva no coinciden con el área conductual ni con la afectiva. La actitud de la mujer es más congruente en sus tres áreas (cognoscitiva, afectiva y conductual) manifestando su sentimiento por no poder tener hijos, sea o no ella quien presente la esterilidad.

Es importante mencionar que la mujer que no es estéril tiene una actitud más solidaria con su pareja, mientras que el hombre fértil no refiere ningún cambio.

Las parejas analizadas piensan que su valor no disminuye y pareciera ser que su autoimagen no está devaluada, sin embargo su conducta es opuesta a lo manifestado como su "forma de pensar" al respecto.

Esto está directamente relacionado con la cultura del mexicano, el cual rara vez decide no tener hijos, a diferencia de otros países, donde su cultura les permite tomar la decisión sobre el ejercicio o no de la procreación. Mientras que en nuestro medio desde la infancia es inculcado el sentimiento maternal de la mujer y de procreación en el hombre. Como consecuencia de esto, el impacto emocional y psicológico que tiene la incapacidad de reproducción en el mexicano es determinante en su vida funcional, ya que rompe con los esquemas antes mencionados y preestablecidos por la sociedad.♦

Bibliografía

Álvarez Gayou, J. L. *Sexualidad integral*. Manual Moderno, México, 1986.

Arno F. Wittig. *Introducción a la psicología*. Ed. McGraw-Hill, México, 1980.

Azcárraga, Gustavo. *Urología general*. Méndez Cervantes, México, D.F., 1990.

Beneria, L. *Reproducción, producción y desviación sexual del trabajo*. Ed. Cipaf. Santo Domingo, 1984.

Bleichmar, E. *El feminismo espontáneo de la histeria*. Ed. Adotraf, Madrid, 1985.

Calatroni C., J. Ruiz V. *Terapéutica ginecológica*. Ed. Manual Moderno, México, 1991.

Calderón Y., Demichelis M. "Una perspectiva mexicana", en *Revista de órganos sobre la mujer y la salud* (*ORGYN*); 1995, vol. 6, núm. 1:2.

Carrington, Robert. W. J.; Reid E. *Ginecoobstetricia*. Ed. El Ateneo, México, 1989.

Colodny C. *Sexualidad humana*. Ed. Manual Moderno, México, 1993.

Conolly K. J. Edelmar R. J. "The impact infertillity on psychological funtioning"; J. Psychosom res. 1992, jul; 36 (5).

Danforth, D. N. *Tratado de obstetricia y ginecología*, cuarta edición, Ed. Interamericana, México, 1982.

Dennis, Hassol. *Psicología evolutiva*. Ed. Interamericana, S.A. C.V., México, 1985.

Díaz Guerrero, Rogelio. *Psicología del mexicano*. Ed. Trillas, México, 1990.

Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K. Trureck R., Matroianni, L. "Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer". Fertil, Steril, 1985; 43:48.

Gori Rm y cols. *Ginecología*. Ed. El Ateneo, México, D.F., 1988.

Gutiérrez, A. "Una perspectiva mexicana", en *Revista de órganos sobre la mujer y la salud (ORGYN)*; 1995, vol. 6, núm. 1:2.
Herman T., Hofstatter P. R. y cols. *Conceptos fundamentales en psicología*. Ed. Herder, Barcelona, 1982.
Hacker, J. Neville, F. George Moore. *Compendio de ginecología y obstetricia*. Ed. Interamericana, México, 1986.
Jones H. W. / a.c. wents. *Tratado de ginecología*. Ed. Interamericana, México, 1991.
Kaser, O. Friedberg V., Ober K. G. Thumsen K. y Zander J. *Ginecología y obstetricia*. Ed. Salvat, México, 1979.
Katchadourian, Herant. *La sexualidad, un enfoque evolutivo*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1983.
Kerlinger, F. *Investigación del comportamiento*. Ed. McGraw Hill, México, 1988.
Lamas, M. "La antropología feminista y la categoría de género", en *Nueva antropología*, vol. VIII, núm. 30.
Langer, M. *Maternidad y sexo*. Paidós, Argentina, 1983.
Mahlstedt, P. P. Macduff, Bernstein, J. "Emotional factors and the in vitro fertilization and embry transfer process", en *Vitro Fert. Embry transfer*, 1987; 4:232.
Master, Wand Johnson V. E. *Sexualidad humana*. Ed. Manual Moderno, México, 1983.
Mazure, C. M., Greenfeld, D. A. "Psychosocial Studies of in vitro fertilization / embryo transfer participants", en *J. In vitro fert., embryo transfer*, 1989, vol. 9, núm. 4:142.
Morales, C. F., Kably, A., Díaz, F. E. "Fertilización asistida: aspectos emocionales", en *Perinatol Reprod Hum*., 1992, vol. 6, núm. 3.
Morris, Charles G. *Psicología*. Ed. Prentice-Hall.
Núñez Maciel, E. *Ginecología y obstetricia*. Ed. Interamericana, México, 1993.
Papalia, Olds, Sally Wendkos. *Desarrollo humano*. Ed. McGraw Hill, 1990.
Pernoll, M., Benson, R. *Tratado de ginecología y obstetricia*. Ed. Interamericana, 1989.
Rosenzwelg, Mark R.; Lerman Arnold I. *Psicología fisiológica*, segunda edición, Ed. McGraw Hill, 1993.
Schenker, J. G. Mfirow D. S., "Stress and Human Reproduction", en *Eur. J. Obstret. Ginecol. Reprod. Biol.* 1992, jun 16.
Sullerot, E. *El hecho femenino ¿qué es ser mujer?* Ed. Argos Vergara, Barcelona, 1979.
Stoller, R. *Sex and Gender on the development of masculinity and feminity*, Science House, New York.

