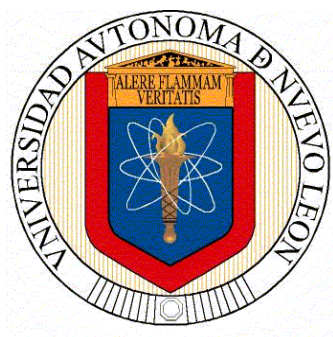


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**INFERTILIDAD EN LA PAREJA:
UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO ESTUDIO DE CASO**

PRESENTADA POR:

GUADALUPE MARGARITA RODRÍGUEZ SANTOS

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

MAYO 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA



INFERTILIDAD EN LA PAREJA: UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO
ESTUDIO DE CASO

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA

MTRA. GUADALUPE MARGARITA RODRÍGUEZ SANTOS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MANUEL G. MUÑOZ GARCÍA.

MONTERREY NUEVO LEÓN, MAYO 2022.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

Doctorado en Psicología con orientación en Psicología Clínica

La tesis titulada **“INFERTILIDAD EN LA PAREJA: UN ABORDAJE PSICOANALÍTICO. ESTUDIO DE CASO”** que presenta Guadalupe Margarita Rodríguez Santos ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

Dr. Manuel Guadalupe Muñíz García
Director de tesis

Dra. Leticia Ancer Elizondo
Revisora de tesis

Dr. Guillermo Vanegas Arrambide
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Junio de 2022

DEDICATORIA

A mi familia con todo mi amor y cariño les agradezco su apoyo, su tiempo, su paciencia y entereza, por estar a mi lado durante el tiempo que dedique a los estudios del doctorado.

En especial a mi esposo Benjamín, mis hijos Diana y Marco Iván.

Y a mi hermana Adriana (QEPD), por su impulso y su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al Dr. Manuel G. Muñiz García, por sus valiosos conocimientos, sus enseñanzas, discernimiento y pericia en el manejo de sus tesis. Asimismo, la enorme paciencia, serenidad, calma y ecuanimidad que ha mantenido como Director de Tesis, con esta Tesista.

Reconozco a la Dra. Leticia Ancer Elizondo, como Maestra y revisora del trabajo de tesis, por su notable y valioso conocimiento, que tan generosamente compartió con esta Tesista. De la misma forma, agradecer sus sugerencias valiosas, como maestra que impartió en varios semestres del doctorado.

Mi agradecimiento al Dr. Armando Peña, Coordinador de la Facultad de Psicología de la U.A.N.L. y del programa de Doctorado., por haberme dado la posibilidad de ingresar al Doctorado en Psicología con orientación en Psicología Clínica. De la misma forma por todo el apoyo brindado durante mi formación, mil gracias!

RESUMEN

En la actualidad el tema de la infertilidad afecta a muchos matrimonios en el mundo. Es un proyecto de vida en muchas parejas convertirse en padres, lograr la parentalidad y constituir una familia.

Se presenta la investigación de un estudio de caso de pareja diagnosticada como infértil, vienen a consulta por no haber logrado la concepción, toda vez que se resolvieron los problemas médicos de ambos. Estando en la fase de su tratamiento (TRA) para embarazar sigue una Fertilización in vitro (FIV), después de dos fracasos de Inseminación Artificial.

Lo que en esta investigación nos interesa transmitir es cómo se fueron descubriendo los factores inconscientes que impiden la concepción en los integrantes de esta pareja.

Se trabajó con objetivos muy puntuales, factores inconscientes en la pareja, explorar su motivación real de maternidad y paternidad y su deseo y anhelo de un hijo, que aparentemente sí lo querían.

Como método de tratamiento se utilizó la Psicoterapia Psicodinámica y Sistémica, con la cual estuvimos trabajando durante las 22 sesiones que duró este trabajo conjunto. El resultado del trabajo analítico de pareja fue el nacimiento de dos bebés, una niña y un varón.

El tratamiento se extendió 18 meses, desde que iniciaron la consulta hasta el nacimiento de los bebés. El equipo de TRA, se congratuló de haberlo logrado en el primer intento, La pareja lo comunicó en su debido momento a la terapeuta.

ABSTRACT

Currently the issue of infertility affects many marriages in the world. It is a life project for many couples to become parents, achieve parenthood and build a family.

The investigation of a case study of a couple diagnosed as infertile is presented, they come to the consultation for not having achieved conception, since the medical problems of both were resolved. While in the treatment phase (ART) to get pregnant, she follows an In Vitro Fertilization (IVF), after two Artificial Insemination failures.

What we are interested in conveying in this research is how the unconscious factors that prevented conception in the members of this couple were discovered.

They worked with very specific objectives, unconscious factors in the couple, exploring their real motivation for motherhood and fatherhood and their desire and longing for a child, which apparently, they did want.

Psychodynamic and Systemic Psychotherapy was used as a treatment method, with which we were working during the 22 sessions that this joint work lasted. The result of the analytic couple work was the birth of two babies, a girl and a boy.

The treatment lasted 18 months, from the beginning of the consultation until the birth of the babies. The TRA team was pleased to have achieved it in the first attempt. The couple informed the Therapist in due time.

Índice

Capítulo 1		
1.1	Introducción	11
1.2	Planteamiento del problema	13
1.3	Causas de infertilidad	18
	1.3.1 Causas de infertilidad en la pareja	19
	1.3.2 Infertilidad en varones	20
	1.3.3 Infertilidad en la mujer	21
	1.3.4 Infertilidad inexplicable o enigmática	22
	1.3.5 Otras causas de infertilidad en la pareja	23
1.4	Factores psicológicos que afectan a la pareja infértil	24
1.5	Antecedentes	25
1.6	Definición del problema	30
1.7	Justificación	31
1.8	Objetivos Generales y Específicos	33
1.9	Supuestos	34
1.10	Limitaciones	35
1.11	Delimitaciones	36
1.12	Conclusión del capítulo	37
Capítulo 2	Marco Teórico	39
2.1	El enfoque Narrativo	40
2.2.	El enfoque sistémico	43
2.3	Visión Psicoanalítica	46
2.4	Función materna	47
2.5	Función paterna	49
2.6	Factores inconscientes de maternidad y paternidad	50
2.7	Maternidad	51
2.8	Analizar el deseo de hijo	53
2.9.	Conclusión del capítulo	56
Capítulo 3.	Metodología	58
3.1.	Tipo de investigación	58
3.2	Diseño de Investigación	60
3.3	Terapia psicoanalítica	61
3.4	Estudio de caso	64
3.5	Participantes	66
3.6	Escenario	66
3.7	Instrumentos	67
3.8	Procedimientos	69
3.9.	Aspectos éticos	70
3.10	Análisis de datos	70
3.11	Conclusiones del capítulo	72

Capítulo 4	Análisis de caso	75
4.1	Relato clínico	75
4.2	Etapa inicial; historia de la situación problemática	76
4.3	Primera cita	79
4.4	Historia de la pareja	81
4.5	Historia Individual	84
4.6	Historia sexual	89
4.7	Categorías de análisis del caso	90
4.7.1.	Dinámica inconsciente de la pareja	90
4.7.2.	Análisis de la función Materna y Paterna en la Pareja	96
4.7.3.	Deseo de Hijo desde las estructuras dinámicas inconscientes	99
4.8.	Etapa final del tratamiento	105
4.9	Conclusión del caso	111
Capítulo 5	Conclusiones	113
5.1	Recomendaciones	115
Referencias		117

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, es un estudio cualitativo de caso en función del tema de la infertilidad en una pareja desde el abordaje psicoanalítico. Inicialmente el lector podrá encontrar en el primer capítulo, un planteamiento de la problemática de la infertilidad en parejas, un breve análisis de las causas de la infertilidad y de los factores psicológicos presentes en ella, para posteriormente plantear la problemática de estudio en el presente, así como los objetivos, supuestos, limitaciones y delimitaciones que acotan el trabajo.

Un segundo capítulo analizará los aspectos teóricos en que se basa la autora, haciendo un recorrido por diferentes posturas, desde lo sistémico, pasando por lo narrativo y finalmente el enfoque psicodinámico, se presenta el análisis de la función materna y la función paterna, los factores inconscientes presentes en la maternidad y paternidad, finalizando con el análisis del deseo de un hijo.

El tercer capítulo de la presente obra presenta la metodología para el presente estudio, especificando aspectos del tipo de investigación, diseño de Investigación, contextualizando la terapia psicoanalítica cómo método investigativo desde el estudio de caso, presentando a los participantes del estudio, el escenario, los instrumentos para la acogida de información, así como los procedimientos y la propuesta para el análisis de datos.

El capítulo 4 presenta los resultados del estudio de caso mediante el relato clínico del mismo, presentando la problemática de los participantes, esclareciendo la etapa inicial del tratamiento y desde la visión de pareja por diferentes autores, analizando el contrato narcisista en la pareja, su historia como pareja y en lo sexual, para ir adentrándose a las categorías de análisis en donde se analiza la dinámica inconsciente de la pareja, desde la Teoría psicoanalítica.

Finalmente, el capítulo 5 presenta las conclusiones obtenidas del estudio de caso, haciendo reflexiones en torno a la teoría psicoanalítica y el abordaje de la infertilidad en parejas.

Mediante este recorrido, la naturaleza de este estudio es mostrar cuán efectivas pueden ser las intervenciones psicológicas y terapéuticas para una pareja infértil, que en un primer intento logró el embarazo de dos bebés, por medio del implante de dos embriones a través de la técnica de Fertilización in Vitro (FIV). Los bebés, una niña y un varón nacieron en abril, “sanos y completos” como dijeron los padres.

La pareja se sometió a métodos de Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA). Ulterior a dos intentos de Inseminación artificial que fracasaron, solicitaron una Fertilización in Vitro (FIV). Por ello el médico tratante les pidió una consulta psicológica que les ayudara a controlar sus niveles de ansiedad y angustia.

Después de la primera cita, y conociendo los motivos de consulta, se les ofreció trabajar con los factores inconscientes en cada uno de ellos, que les habían impedido un embarazo natural y de Inseminación artificial (TRA), aunado a que la

situación de salud en ambos, se encontraban en buen estado, tanto biológica como fisiológicamente.

La pareja aceptó el proyecto de la Terapia de Pareja, bajo esos términos. Se trabajó con la pareja durante 22 sesiones, al inicio una vez por semana (cuatro semanas seguidas) y después cada quince días, esto debido a los viajes de ella al extranjero.

El enfoque principal de intervención se basó en el manejo del Psicoanálisis Relacional y el enfoque Sistémico en el tratamiento de parejas.

1.1 Planteamiento del problema

La pareja consulta por una infertilidad diagnosticada médicamente. De acuerdo al modelo médico, si no se logra el embarazo en un lapso de un año en que se ejerce la actividad sexual sin protección, estando en condiciones saludables y no se logra concebir, a esto se le denomina infertilidad.

A este tipo de infertilidad sin causa aparente, se le llama infertilidad enigmática o inexplicable (Cincunegui et al., 2004). Desde mi experiencia como psicoanalista y terapeuta de parejas y familia, estoy familiarizada con los componentes inconscientes que ejercen un comportamiento en nuestra conducta cotidiana. Al estar relatando la pareja como es que llegaron a consulta, pensé en los factores inconscientes que estaban obstaculizando la concepción en esta pareja.

La experiencia que había tenido con anterioridad en casos similares, en donde sólo acudió la mujer a consulta, porque a decir de ellas sentían que “*sus nervios*” no les permitían vivir con satisfacción su matrimonio, ya que no habían alcanzado la maternidad. En dichas experiencias previas, siempre estaba presente en el desarrollo de las primeras citas, relatos sobre sus frustraciones por no “tener hijos”. En aquel entonces comencé a trabajar con ellas su relación con la madre, siguiendo a Marie Langer(año), Melanie Klein (año), y otras autoras, (fueron cuatro pacientes en distintos momentos) . Al tiempo de la terapia, tres de las pacientes pudieron concebir y una más prefirió adoptar. Casualmente esa paciente había sido la 11ava. hija. Ella no podía conectarse con una sola madre, ya que había tenido varias hermanas mayores que ejercieron ese rol materno, el vínculo se diluía al tener diferentes madres.

Aunque la infertilidad puede presentar factores médicos, una vez que estos han sido resueltos, cuando una pareja consulta por razones de infertilidad, ansiedad y angustia, acuden recuerdos en la terapeuta de pacientes anteriores, en donde las parejas si pudieron embarazar cuando se trabajó con los factores inconscientes.

Ante la solicitud de terapia para una pareja con diagnóstico de infertilidad, mi propuesta fue el abordaje desde lo psicoanalítico para la escucha de sus angustias, ansiedades y explicaciones ante la infertilidad. “Propongo pensar a la infertilidad sin causa orgánica demostrable, como un síntoma de la época actual, en el que la medicina y el psicoanálisis deberían aunarse y trabajar en el contexto del clima cultural-político-económico de la actualidad”. (Melluso, 2017 p.1).

De acuerdo a Goldstein (2016) “La clave del tratamiento psicoanalítico está en poder ver más allá de la infertilidad, haciendo una revisión de la manifestación somática, pero investigando y descubriendo cuál es el deseo inconsciente que se oculta en el deseo consciente de tener un hijo. De esta manera, ayudar a que los aspectos inconscientes no obstaculicen el proceso o los resultados, sino que los facilite”.

La Infertilidad es “una enfermedad del aparato reproductor definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales sin protección regular” (OMS, 2019). La infertilidad afecta aproximadamente al 15% de las parejas. Alrededor del 33% de los casos se deben a un factor masculino, 21% se deben a un factor femenino, 40% es de tipo mixto y el resto (6%) es por causas inexplicables. La infertilidad de las parejas es hoy en día un tema recurrente en nuestra población a nivel global y se puede considerar como un problema endémico, crónico y que va en incremento (OMS, 2019).

La duración media que se toma el proceso para llegar a un diagnóstico de infertilidad en las mujeres es alrededor de seis meses, a diferencia de los hombres que se conocen los resultados en un mes (Meyers et al., 1995).

A partir de que son diagnosticados como infértiles, y se refiere a cualquiera de los miembros de la pareja, se tienen que considerar ciertos elementos, como los costos financieros, opciones de tratamiento y pronóstico de tratamiento (Gibson & Myers, 2000; CDC, 2009).

En México, de acuerdo con datos del INEGI (2015), y datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2017), existen aproximadamente 2.8 millones de parejas que presentan este problema, y menos del 50% de éstas acude a un especialista para buscar soluciones a este padecimiento,

La infertilidad está estratificada, a nivel universal y centralmente en las sociedades occidentales y se especifica como un fenómeno que ha pasado de ser observado como un problema privado de las parejas a ser visto como una condición médica (Greil et al., 2011).

Las tasas de fertilidad en el mundo se desplazan a la baja, la mayoría de las mujeres se embarazan tardíamente y se limitan a procrear un solo hijo. Los Datos de la Población Mundial del 2018, evaluó que la fertilidad promedio internacional es de 2.4 nacimientos por mujer.

A nivel ginecológico se presenta cada vez más frecuente que la mujer se embaraza a una edad tardía, lo que conlleva a un aumento de riesgo como padecimiento de dolencias maternas como preeclampsia, hipertensión y diabetes, al igual que anomalías cromosómicas fetales y pérdidas del embarazo (Espada & Moreno-Rosset, 2008; Cincunegui et al., 2004; Álvarez, 2013; Eckerdt et al., 2017).

Las mujeres que embarazan tardíamente entre los 35 y los 40 años, por la edad ya representan una baja posibilidad de éxito. Puesto que la declinación de la fertilidad se inicia a los 30 años de edad y se incrementa notoriamente a los 40 años.

En comparación con mujeres jóvenes la posibilidad de un embarazo sería un 50%, y la eventualidad de abortos espontáneos se duplica o triplica en las mujeres

de 35 a 40 años (Watkins & Baldo, 2004; Burnett, 2009; Manitta Venditti et al., 2013).

En cuanto a la infertilidad del varón, esta es responsable de un 35 % de los casos de infertilidad en las parejas, por lo tanto, se necesita un estudio llamado espermiograma que nos pueda indicar alteraciones y nos de información sobre volumen, concentración espermática, motilidad y morfología. Se sabe de diversas afecciones que alteran la calidad y cantidad en la muestra de espermatozoides; éstas incluyen varicocele, infecciones genitales, traumatismos, cirugías, disfunciones genéticas, sustancias tóxicas. (Devoto, et al., 2000; Buitrago et al., 2016).

La pareja en su conjunto debe ser considerada para el estudio de infertilidad desde su interacción relacional y psicológica en su ejercicio cotidiano. Alrededor del 40% de todas las parejas que consultan por infertilidad frecuentemente se asocia a una combinación de ambos agentes; es decir, un factor femenino combinado con un trastorno masculino. (Brugo-Olmedo et al., 2003; Díaz et al., 2007; Farland et al., 2016; Ghavi et al., 2015; Jackson et al., 2011; Kessler et al., 2013; Rosas, 2008).

1.3 Causas de infertilidad

Dentro de la conceptualización de la infertilidad se conocen dos tipos de infertilidad: 1) La infertilidad primaria se refiere a las parejas que no han podido quedar embarazadas después de un año de relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos y 2) La infertilidad secundaria se manifiesta en las parejas que, si

han podido quedar embarazadas por lo menos una vez, pero que ahora después de uno, dos o tres años no pueden concebir.

No solamente la infertilidad puede ser primaria o secundaria, también existen otros factores que pueden causar infertilidad. Dentro de la infecundidad secundaria existe otro aspecto que es la ocasionada por enfermedades de transmisión sexual mal curadas, infecciones o lesiones por abortos inseguros e ilegales, así como también a la falta de un buen tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del VIH y sepsis materna (Durán, 2011; Eckerdt et al., 2017; Izzedin-Bouquet de Farland et al., 2016; Leone et al., 2018; Melluso, 2017; Vidal, 2001).

Respecto al aborto inseguro como causa de infertilidad secundaria, la OMS (2008) señala que éste ocurre en cerca de 24 millones de mujeres a nivel global, siendo además causa de hasta 5 millones de hospitalizaciones anuales a nivel mundial, y es responsable aproximadamente de un 13% de las muertes maternas. Las enfermedades de transmisión sexual anteriores, cuando no son curadas adecuadamente suelen ser la causa atribuible a un 38% de infertilidad a nivel mundial. (Allison, 1997; Brugo-Olmedo et al., 2003; Luna, 2013; Vidal, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) y otros sectores de Salud Públicas del País reconocen que la infertilidad debe ser tratada como una enfermedad endémica y en incremento. La infertilidad afecta hasta un 15% de las parejas en edad reproductiva en el mundo. Aun si se tiende a pensar que este es un problema de los países industrializados, el porcentaje más alto de este padecimiento puede encontrarse en países de ingresos bajos y medios.

Después de un episodio de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) hay una probabilidad del 15% de infertilidad, luego de un segundo episodio de enfermedad pélvica inflamatoria, ésta asciende a un 38% y después de un tercer episodio llega casi al 75% de infertilidad. (Cárdenas et al., 2016; Luna, 2013).

1.3.1 Causas de infertilidad en la pareja

Para conocer las causas de la infertilidad en las parejas, es necesario el estudio de ambos individuos, dado que el 40% de todas las parejas infértiles presentan una combinación de causas. El factor ovulatorio necesita una investigación completa del historial clínico de las pacientes, examen físico, probable detección de la ovulación y perfil hormonal para una evaluación integral (Buitrago et al., 2016; Cabrera Figueredo et al., 2017).

1.3.2 Infertilidad en varones

El factor masculino presenta un 35% de problemas en la infertilidad de la pareja. Entre los diferentes factores a los que se le asigna causalidad en la génesis de la infertilidad masculina, existe pleno acuerdo en que son el factor etiológico ej.: el síndrome de Klinefelter; otras posibles causas de infertilidad en los varones pueden ser la presencia del varicocele, infección seminal y exposición a algunos tóxicos.

Causas identificables de infertilidad masculina de acuerdo a Burger y Baker (1976).

1. Falla Testicular primaria:
 - A). Síndrome de Klinefelter.
 - B). Criptorquidia.
 - C) Orquitis Urtiana
 - D). Irradiación y terapia citotóxica.
2. Falla Testicular secundaria
 - A) Hipogonadismo hipogonadotropo.
 - B) B)Hiperprolactinemia
3. Obstrucción del tracto genital
4. Misceláneas
 - A) Autoinmunidad.
 - B) Ciclo inmovil.
 - C) Trastornos coitales
5. Idiopático. (Devoto et al., 2000).

1.3.3. Infertilidad en la mujer

1. Infertilidad anovulatoria.
2. Hiperprolactinemia.
3. Hipogonadismo hipogonadotrópico.
- 4). Ovarios poliquísticos.
5. Infertilidad tubárica-peritoneal.
6. Endometriosis.
7. Infertilidad uterina.
8. Migración alterada de los espermatozoides. (Moco preovulatorio y la motilidad espermática) (Brugo-Olmedo et. al. (2003).

1.3.4 Infertilidad inexplicable o enigmática

Este término es aplicado en los casos en que los estudios de infertilidad indican resultados normales. Esta situación sucede en alrededor del 15% de las parejas lo cual es extremadamente frustrante, en primer lugar, para la pareja que tiene que lidiar con las expectativas fallidas al no lograr un diagnóstico específico y para el médico que no puede dar una respuesta médicamente adecuada. A estas parejas con infertilidad enigmática o inexplicable, normalmente se les explica que estén conscientes de la posibilidad de un embarazo sin tratamiento, pero que les llevará más tiempo que a otras parejas (Langer, 1957; Cincunegui et al., 2004; Eckerdt et al., 2017).

El estudio de la infertilidad, tanto femenina como masculina, ha sido extensamente influido por el desarrollo de la biología molecular y la genética. Estas dos disciplinas ahora son cruciales para el estudio, diagnóstico y evaluación de las parejas infértiles (Brugo-Olmedo, et.al., 2003; Goldstein, 2016; Palomar, 2005;. Pérez- León et al., 2013).

1.3.5 Otras causas de infertilidad de los cónyuges

Existen una serie de factores reconocidos por la Sociedad que incurren directa o indirectamente en las dificultades de la fertilización, o problemas de gestación, las causas suelen ser:

- a) Retraso en la edad de concepción de las mujeres
- b) Drogas. Tabaquismo frecuente y prolongado. Ingesta de alcohol en forma desmedida.
- c) Estrés. Ansiedad.
- d) Los anticonceptivos.
- e) Las ocupaciones de la época moderna.
- f) Ejercitarse intensamente por más de dos horas.

- g) Contaminación atmosférica, que puede modificar la biología de los residentes de ciudades altamente contaminadas. En los varones alteración de espermatozoides.
- h) Cambios en la conducta sexual.
- i) Eliminación de la mayoría de los tabúes.

(Bizarro & Fourtoul, 2018;. Ortega et al., 2014-16; Regueiro, Avila & Valero Aguayo, 2011; Flores Robaina, Río & Moreno Rosset, 2008; Parada Muñoz, 2006).

1.4 Factores Psicológicos que afectan a las parejas con infertilidad

El factor psicológico es de suma importancia en la valoración de la infertilidad, considerando la presencia de síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, desinterés sexual, retraimiento social, baja autoestima y sentimientos de culpa. Existen dos niveles en los que interviene el factor psicológico: A nivel individual, relacionados con la personalidad de cada uno de los cónyuges, a nivel de pareja en la interacción que se repite de forma consistente. El especialista debe poner atención en el problema psicológico de las parejas, ya que es un aspecto que influye en el vínculo que se ha construido en la pareja, aunado a las dificultades anatómicas, inmunológicas, endocrinas, etc.

La concepción para estas parejas supone un estímulo lo bastante grande e importante, como para lidiar con posibles desgastes físicos, psicológicos,

económicos, de relación de pareja, sociales y familiares. (Castillo-Aparicio et al., 2009; Carreño et al., 2016; Espada, & Moreno-Rosset, 2008; Pacheco, & De La Torre, 1998; Palacios, & Jadresic, 2000; Palacios et al., 2002).

Las vivencias de las parejas con diagnóstico de infertilidad se traducen en experiencias emocionales como: Estado de Shock, Culpa, Desesperanza, Soledad, Pérdida de control, Agresión, Culpabilización y Aceptación. Estas emociones se presentan en diferentes momentos, no hay una cronología rígida para la aparición de ellas (Burin, 1996; Cárdenas, et al., 2016; Díaz et al., 2007; Faria et al., 2012; Ferrera, 2018; Ghavi, F., Jmales et al., 2015; Jurado et al., 2008; Kazemijalish et al., 2015; Pacheco & De la Torre, 1998; Parada Muñoz, 2006).

El diagnóstico de infertilidad y los subsecuentes Tratamientos de Reproducción Asistida (TRA) representan un estrés adicional en la mayoría de las parejas, afectando con ello diferentes áreas del funcionamiento diario. Muchas de estas parejas presentan problemas de comunicación y dificultad en sus relaciones sexuales. Esto sucede con cierta frecuencia porque uno de los cónyuges no expresa sus emociones con el fin de evitarle al otro miembro de la pareja un sufrimiento mayor, lo que genera silencio e incapacidad para la comunicación (Ferrera, 2018; Flores Robaina et al., 2008; Fonagy, 2003; Ghavi, et al., 2015; Higgins, 2004; Jackson et al., 2011; Jurado et al., 2008; Kazemijalish, et al., 2015).

Diferentes autores (Schanz, et al., 2005; Van der Akker, 2005; citados por Flores Robaina et al., 2008), culminan sus investigaciones afirmando que la calidad

de vida de estas parejas se ve muy afectada, en comparación a parejas que no presentan este problema.

1.5 Antecedentes

La definición de la OMS, nos dice que la infertilidad es determinada como la no concepción de la pareja en un período de tiempo de un año, durante el cual ha habido actividad sexual, sin la utilización de anticonceptivos (OMS, 2019).

Revisando la historia de la infertilidad en la civilización, se puede apreciar que la mujer frecuentemente ha sido el símbolo de la fertilidad, se han descubierto pinturas rupestres de figuras femeninas que representan la fertilidad y la prosperidad. En la historia de la humanidad el hombre había tenido una incomprensión e ignorancia del proceso de reproducción natural, pues transcurrían nueve meses entre la relación sexual y el nacimiento y estos se asociaban a cambios meteorológicos. Los romanos durante la fiesta de Marte azotaban los vientres de mujeres infértiles con látigos hechos de piel de cabra, creyendo que el acto los liberaría de sus “maneras estériles” (Historia de la Infertilidad, 2018; Molina, 2006).

La psicología ha estado muy presente en la problemática de la infertilidad humana, en los años posteriores a la segunda guerra mundial, años cincuentas y sesentas, varios estudios postulan que la experiencia de haber experimentado rechazo materno en etapas tempranas del desarrollo producía sentimientos de hostilidad asociados a la idea de la maternidad, dificultades de identificación con el rol maternal y, por lo tanto, un rechazo inconsciente al embarazo (Allison, 1997;

Anguera, & Miro, 1995; Benjamín, 1996; Besoain, & Santelices, 2009; Blaessinger, 2012; Buitrago et al., 2016; Castro et al., 2016; Langer, 1967; Limiñana, 2017).

Otros estudios analizaron la infertilidad como un cuadro psicossomático. Benedeck hablaba de infertilidad funcional siendo la dificultad para gestar un hijo una "defensa somática contra el estrés del embarazo y la maternidad" (Benedeck, 1952, p.1.).

Benedeck, hace énfasis en que sería importante un abordaje psicoanalítico en las mujeres del estudio, destacando el embarazo y la maternidad como una fase de crecimiento orgánico y de desarrollo psicosexual inherente a la constitución femenina (Alkolombre, 2008; Allison, 1997; Álvarez, 2013; Aulagnier, 1992; Benedeck, 1952; Badinter, 1991; Daniluk, 2001a; Gerrity, 2001;. Gibson y Myers, 2000; Blaessinger, 2012; Langer 1967; Pérez-León et. al., 2013).

El estrés como una respuesta a la condición de infertilidad, es un factor que se ha considerado relevante en el significado psicológico de la infertilidad de pareja. Un mismo evento, puede tener distintos significados para distintas personas y puede resultar más o menos amenazante de acuerdo a dicho significado y a los recursos psicológicos que esa persona percibe en sí mismo para enfrentarlo (Allison, 1997; Ávila Espada, & Moreno Rosset, 2008; Buitrago et al., 2016; Brugo-Olmedo et al., 2003; Cabrera Figueredo et al., 2017; Dominguez, 2000; Gerrity, 2001; Moreno Rosset, 2002; Moreno Rosset, 2009; Molgora et al., 2019).

Hay estudios acerca de la relación entre estrés, ansiedad e infertilidad que nos muestran que aunque la infertilidad causa estrés, el estrés no causa infertilidad,

más bien el estrés y la infertilidad coexisten, en ciertas ocasiones el estrés influye en la infertilidad, principalmente cuando se provoca en la pareja un deterioro en las relaciones sexuales o en la ovulación y en otras parejas es consecuencia del diagnóstico de infertilidad.

Conocimientos psicoanalíticos más profundos nos permitirán realizar un abordaje psicoterapéutico más eficaz, en la infertilidad de la pareja (Arranz-Lara, et al., 2001; Arranz et al., 2001a; Ávila Espada et al., 2008; Cárdenas et al., 2016; Carreño et al., 2016; Del Castillo-Aparicio et al., 2009; Moreno Rosset., 2009; Peterson et al., 2012; Veiga et al., 2013).

El programa de apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI), se creó en base a un modelo biopsicosocial, procesos cognitivos emocionales y sociales. El programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad consta de cuatro bloques de técnicas: 1) relajación, 2) solución de problemas y control de las cogniciones, 3) habilidades sociales y de funcionamiento adaptativo y 4) asesoramiento del apoyo emocional y consejos prácticos para los momentos difíciles.

El estudio de caso arroja la efectividad clínica del PAPI en la mejora de variables psicológicas en la mujer, como una disminución de las irregularidades emocionales, ansiedad e incremento de recursos adaptativos y satisfacción incrementada en la pareja. No obstante, no se pudo llevar a cabo la gestación (Ávila Espada et al., 2008; Brugo-Olmedo et al., 2003; Castillo-Aparicio et al., 2009; Castro et al., 2014-2016; Cárdenas et al., 2016; Moreno-Rosset et al., 2015; Moura Ramos et al., 2016).

De acuerdo a Arranz et al., (2001) en un estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de Reproducción asistida, que tiene como objetivo primordial indagar los criterios que conforman las causas determinantes para que una mujer se exponga una y otra vez y de forma insistente a complicados tratamientos de fertilización, sin tener la certeza de éxito, y a partir de este trabajo se pudo llegar a considerar un tratamiento psicoterapéutico específico como una forma de trabajar con las condiciones que se presentan en el deseo de maternidad de las mujeres infértiles, centrándose este tratamiento en comprender las fallas narcisistas y las expectativas que tienen ante un hijo por nacer. También se contempló la inclusión del varón como protagonista importante en los procesos psicológicos de la infertilidad ya que tendría que aprender a tratar con sus ansiedades y frustraciones (Alkolombre, 2008; Arranz-Lara, et al., 2001; Aulagnier, 1992; Badinter, 1991; Muñoz et al., 2009; Moura Ramos, et al., 2016; Najafi et al., 2015).

Estudiar los orígenes de la infertilidad ha llevado recientemente a considerar que existieron conflictos que pueden llegar a ser determinantes, en el estadio temprano de la niñez o que en la vida actual de la mujer los rasgos neuróticos de la personalidad como la ambivalencia frente a la maternidad, puedan ser decisivos además de la coexistencia de deseos positivos con temores negativos, esto hace a la persona más vulnerable a los temas de la maternidad y a los efectos de conflictos intrapsíquicos en esas circunstancias (Blaessinger, 2012; Buitrago, et al., 2016; Calcagnini, 2003; Grinblat de Notrica, 2008; Henriquez, 2009; Langer, 1976; Peterson et al., 2012; Goldstein, 2016).

La clave de la terapia analítica es la capacidad de ver más allá de la infertilidad, de examinar las manifestaciones físicas, pero también de investigar y encontrar el deseo inconsciente que subyace al deseo consciente de tener hijos. De esta forma, ayuda a los aspectos inconscientes a no entorpecer el proceso o el resultado, sino a facilitarlos (Alkolombre, 2008; Álvarez, 2013; Anguera, y Miró, 1995; Benjamín, 1996; Bleichmar, 2010; Blaessinger, 2012; Burin, 1996; Calcagnini, 2003; Cincunegui et al., 2004; Corrales, 2015; Carreño et al., 2016; Eckerdt et al., 2017; Goldstein, 2016).

1.6 Definición del problema

En México, de acuerdo con datos del INEGI (2015), y datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT,2017), existen aproximadamente 2.8 millones de parejas que presentan este problema, y menos del 50% de éstas acude a un especialista para buscar soluciones a este padecimiento.

Actualmente el problema de la Infertilidad en la pareja alcanza un estado de cronicidad que se extiende a nivel mundial. La infertilidad globalmente se ha convertido en una complicación que afecta muchas parejas, se menciona que ocupa el quinto lugar dentro de las incapacidades médicas.

La infertilidad sin causa aparente en las parejas es un dolor crónico, que no encuentra solución, no hay argumentos que calmen la frustración de la falta de hijos.

Para los fines de mi investigación y estudio, me propongo profundizar en uno de los objetivos principales, los **factores inconscientes** que inciden en esta afección. Conjuntamente del análisis de la especificidad de la maternidad, paternidad y deseo del hijo.

En Francia, las parejas que no logran la concepción son del 15-25 % y un 20% de las parejas consultan por infertilidad (Lepage & Epelboim, 2019). En Canadá uno de cada seis parejas es afectada por la infertilidad (Radio Canadá Internacional - RCI, 2017), en Estados Unidos de América de acuerdo a la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM, 2017), existe un 12% de parejas infértiles. En Turquía existe entre un 15 y un 20% de parejas infértiles.

Aunque en el Perú no se considere un problema de salud pública es importante considerar su análisis, pues más de un millón de mujeres en el país estarían padeciendo de algún tipo de infertilidad (Ponencia realizada en el XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis, Lima-. 5-8 octubre, 2006)

A nivel mundial las estadísticas apuntan a un 15% de parejas infértiles, existen aproximadamente 48.5 millones de parejas infértiles a nivel global, y en muchas ocasiones un alto porcentaje de esas parejas no se atreven a buscar ayuda. Hay presiones sociales o creencias que evitan que se busquen maneras de resolverlo. (OMS 2008).

1.7 Justificación

La infertilidad hoy en día debe ser un tema de investigación relevante porque el objeto de estudio es la pareja infértil, dos individuos asociados, enlazados por un vínculo amoroso, que desean transformarse en una familia, integrando a ella unos hijos deseados, ansiados, anhelados y esperados.

Asimismo, es necesario explorar el campo de la infertilidad, ya que como mencionamos anteriormente en México y actualmente en el mundo es una enfermedad endémica y de incremento. Por otro lado, es un campo poco explorado que es necesario poder exponerlo en la academia para que esta tenga una visión más amplia y le de relevancia con respecto a la infertilidad.

Por otra parte, ya que nuestro objeto de estudio es una pareja y que transcurrido un período de uno o dos años y no se produce naturalmente la parentalidad, se buscan las causas médicas situándose en el diagnóstico de infertilidad, la pareja se enfrenta a una situación de frustración, de padecimiento y de aflicción, originando en la pareja un estado de shock. La situación requiere de ayuda psicológica para atender a los cónyuges a salir del estado de desesperanza y ofrecer a la pareja a elaborar el duelo, por la pérdida de la fertilidad.

El individuo como un ente Biopsicosocial, tendría que ser tratado por un equipo interdisciplinario en salud al implementarse el Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA) por lo que estoy de acuerdo en la urgente necesidad de la intervención del Psicólogo que está asociado a un aumento significativo de las

concepciones post-tratamientos de fertilización asistida. Por lo que es necesario que los servicios sanitarios comiencen a brindarle al psicólogo especializado en el tema, un lugar central en las unidades de reproducción humana. (Izzedin-Bouquet de Duran, R. 2011).

La Infertilidad en las parejas ha presentado un problema Biomédico, atendido por Médicos generales como primer recurso quien dirigirá a la pareja con el especialista en Fertilización y de la misma manera debería obtenerse la participación de los Psicólogos y los Psiquiatras. (Bizarro, & Fortoul, 2018; Ortega et al., 2014-16; Flores Robaina et al., 2011; Moreno Rosset, 2008; Parada Muñoz, 2006).

El recorrido médico que hará la pareja en el proceso de fertilidad asistida tendrá un impacto en la experiencia de la pareja infértil, y en la dinámica relacional de la misma, por lo que sería de suma importancia establecer como necesidad dentro del proceso la intervención del Psicólogo durante el tratamiento.

Las parejas actualmente diagnosticadas con infertilidad, informadas previamente de la existencia de un área médica, calificada como Medicina de la Reproducción, encargada de promover y orientar con diversas formas de lograr la concepción a través del Tratamiento de Inseminación Asistida (TRA) y de la Fertilización in Vitro (FIV), se subordinan a una serie de gestiones dentro del proceso de concebir, a estas técnicas que son las más comunes y usadas por las Clínicas de la Fertilidad.

“Las técnicas de reproducción asistida son dispositivos que procuran optimizar la realidad de infertilidad, pero no la modifican” (González, 2014).

1.8 Objetivos generales y específicos

Al mismo tiempo que las estadísticas de infertilidad se han acrecentado a través de los años, la fertilidad desciende y no se sabe con exactitud a qué se debe, pero se afirma que es multifactorial (Tasas de fertilidad en todo el mundo, 2018).

Esto me permite involucrarme desde mi ocupación y posición psicoanalítica y sistémica como profesional de la salud mental, para examinar de qué manera intervienen los procesos inconscientes en la pareja que presenta infertilidad. Al mismo tiempo, nuestra investigación cubre la maternidad, paternidad y deseo del hijo.

Objetivo General:

- Analizar los factores inconscientes que actúan en casos de infertilidad de la pareja, en este caso en la infertilidad indefinida o enigmática, limitando la concepción.

Objetivos Específicos:

- Analizar la dinámica inconsciente de la pareja, desde el psicoanálisis.
- Analizar la función Materna y Paterna en la Pareja.
- Analizar el Deseo de Hijo desde las estructuras dinámicas inconscientes de la pareja.

1.9 Supuestos

A través del tratamiento de terapia de pareja de relaciones objetales es posible influir para una probabilidad de mayor concepción del embarazo.

La intervención del Psicólogo en el abordaje del modelo de la Medicina de la Reproducción, aporta el conocimiento del ser humano integral, pudiendo incidir en la experiencia de vida de la pareja infértil.

La intervención del Psicólogo permite que la pareja pueda tener un apoyo emocional a la espera estresante de la concepción a través de la Medicina de la Reproducción. Permite a la pareja tener una vivencia del proceso menos angustiante porque se sienten acompañados, el Psicólogo atiende a sus necesidades emocionales que provoca el shock de la infertilidad.

1.10 Limitaciones

Las limitaciones presentadas en esta investigación se focalizan en un solo estudio de caso, particularmente una pareja que presentaba infertilidad la cual se trabajó bajo un periodo de un año y cinco meses lográndose la concepción. Considero la urgente necesidad del trabajo interdisciplinario en salud y porque la intervención del Psicólogo está asociado a un aumento significativo de las concepciones post-tratamientos de fertilización asistida. Por lo que es necesario que los servicios sanitarios comiencen a brindarle al psicólogo especializado en el tema,

un lugar central en las unidades de reproducción humana. (Izzedin-Bouquet de Duran, R. 2011).

1.11 Delimitaciones

El estudio de caso, se refiere a una pareja que fue derivada con el Psicólogo del equipo, de la Clínica de Fertilidad a la que ellos acudieron para resolver el problema de la no concepción. El tratamiento psicológico era para que se les enseñara a manejar su angustia y ansiedad ante la posibilidad del paso siguiente en el proceso de Reproducción Asistida (TRA), que sería la Fertilización in Vitro (FIV).

La pareja del estudio de caso no se siente acompañada y comprendida, por lo que buscan otra opción. No todos los Psicólogos están preparados para el abordaje de esta problemática. La que implica un manejo de la elaboración del duelo ante el diagnóstico de infertilidad, como primer acercamiento a los variados estados emocionales que presentan estas parejas infértiles, a nivel de estrés, ansiedad, angustia, tristeza.

Las acotaciones en este tema de investigación es que las parejas, que acuden al Ginecólogo, después del diagnóstico de infertilidad, un 50% de ellas no buscan una solución de tipo emocional.

La esperanza es que los especialistas en Reproducción Asistida tuvieran un conocimiento holístico en el trato con sus pacientes, sería una gran ventaja para esas parejas que buscan incansablemente pasar a la maternidad y paternidad.

Conclusión del Capítulo

El problema de la infertilidad en la pareja se ha venido manejando como una dificultad médica, y poco o nada se toma en cuenta que el individuo es un ente biopsicosocial. El modelo biopsicosocial, conformado por los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona a la hora de explicar, entender y afrontar un determinado estado de salud o enfermedad, discapacidad o trastorno, no es reconocido como parte del problema de la infertilidad, tampoco como parte integrante de una pareja como seres humanos.

En la experiencia de consultorio me han referido (Comunicación verbal, 2016) algunas pacientes que para embarazar acudieron con el especialista y fueron sometidas a un enorme sufrimiento cuando no quedaban embarazadas por Inseminación asistida. Patricia (2019) me relata que acudieron en 48 ocasiones a Inseminación artificial y cuatro intentos de Fertilización in Vitro, Raquel(2019), me comunica que hizo la TRA en 15 veces, teniendo que padecer el sufrimiento cada vez que no se lograba. Celina (2020), me comunica que tuvo 6 abortos espontáneos después de la TRA, y en ningún caso el especialista le menciona un apoyo psicológico.

Catalina en la primera cita me comenta (2021); “la terrible experiencia de TRA, y describe el sufrimiento que pasó después de cuatro ocasiones que permitió la Fertilización in Vitro (FIV), sin ningún resultado, además de la gran cantidad de dinero gastado. Terminando por subrogar un vientre materno y el abandono del marido”.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

En este capítulo el lector podrá encontrar los referentes teóricos de los que se parte en el estudio de la resolución de la infertilidad en la pareja. Estas corrientes terapéuticas se han enfocado en entender psicológicamente a los miembros de la pareja en el problema de la infertilidad.

Como parte de los enfoques está la Terapia Narrativa, que consiste en asumir la infertilidad en las parejas como eventos en la comunicación, desde los cuales se le puede comprender, interpretar, movilizar y resignificar.

Otro de los enfoques estudia la correlación entre la infertilidad y los factores psicológicos, incorpora la expectativa de la pareja sobre descendencia, que, cuando no es satisfecha, altera su estado psicológico, mucho más evidente en la mujer, por su mayor susceptibilidad.

Avila Espada y Moreno-Rosset (2008) han propuesto una intervención psicológica que incluye objetivos estratégicos y contenidos de un programa, para ser utilizados por los profesionales de la salud.

En la psicoterapia de pareja, el trabajo se centrará en la contribución de cada miembro, y -especialmente- en la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad.

El enfoque utilizado en este estudio de caso es la corriente psicoanalítica y de sistemas. Se trabajó con el consentimiento verbal de la pareja en la búsqueda de factores inconscientes que impiden la fertilidad.

Se describe la función materna y paterna desde el psicoanálisis, la maternidad y se describe puntualmente el análisis del deseo del hijo, como un factor importante en la dinámica de la pareja.

2.1 El enfoque Narrativo

La intervención de la Terapia Narrativa, ofrece una oportunidad para elaborar el impacto psicológico del tratamiento de Infertilidad. En las Construcciones Narrativas existe la posibilidad de precisar la Infertilidad desde las redefiniciones de la pareja como sistema, el paradigma sistémico puede promover intervenciones que le impriman nuevos significados a esta condición.

Desde la postura sistémica se reconoce a la pareja como un sistema interaccional, abierto y autopoietico que se organiza en virtud de códigos y se dinamiza en función de la comunicación.

La movilización de nuevos significados y sentidos en torno a la vida personal y a los sistemas familiares dentro de un contexto de diagnóstico de infertilidad es posible si se plantea un trabajo a partir de las construcciones narrativas propias de los sistemas, las narrativas permiten resignificar los vínculos y la forma como ellos organizan la experiencia de pareja en medio de los dilemas

que suscitan los problemas de fertilidad y los procesos de fertilidad asistida. Precisamente esta postura narrativa permite asumir la infertilidad en las parejas como eventos en la comunicación, desde los cuales se le puede comprender, interpretar, movilizar y resignificar (Hernández, 2001).

En un estudio clínico descriptivo retrospectivo; Pacheco, y De la Torre, (1998) hicieron una investigación donde se estudió la correlación entre la infertilidad y el factor psicológico en la parejas atendidas en el Instituto Peruano de Seguridad Social. A nivel individual en donde intervienen factores especialmente relacionados a la personalidad de cada uno de los miembros de la pareja, los autores están conscientes que la actuación es a nivel intrapsíquico.

A nivel de pareja les interesó estudiar a la pareja como un todo, enfatizando los aspectos de interacción o relacional que organizan su vida y que se expresan a través de pautas de interacción repetidas consistentemente. Se tomaron 25 parejas que eran atendidas por infertilidad y cuyas edades oscilaban entre los 25 y 40 años.

Se procedió a una evaluación psicológica a través de los instrumentos siguientes:

- a) Entrevista de la Pareja
- b) Encuesta elaborada en base a los datos obtenidos de las historias clínicas de las parejas.
- c) Escala de autoevaluación de Zung, que mide el grado de ansiedad y el grado de depresión.

Ellos concluyeron que, la decisión de ser madre o padre expresa haberse realizado como hombre o mujer. Concepto que incorpora la expectativa de la pareja sobre descendencia, que, cuando no es satisfecha, altera su estado psicológico, mucho más evidente en la mujer, por su mayor susceptibilidad.

Estos resultados nos muestran la importancia de la determinación del factor psicológico en toda la evaluación de las causas de infertilidad y que éste sea manejado por el equipo del gineco-obstetra y el psicólogo especializado en los problemas de reproducción.

Para Moreno-Rosset (2006) es de suma importancia iniciar el tratamiento.

psicológico al momento que se tiene noticia de la Infertilidad, para ayudar a la pareja a normalizar y legitimar los sentimientos y emociones concernientes a la situación presente.

El trabajo del psicólogo con la pareja en estos momentos debe incluir la reestructuración cognitiva, que tendrá como objeto disminuir los pensamientos negativos y creencias irracionales en la pareja, asociados a los resultados del tratamiento. En este sentido se ha de enseñar a la pareja a sustituir los pensamientos negativos distorsionados por otros más racionales y positivos.

Avila Espada y Moreno-Rosset (2008) han propuesto una intervención psicológica que incluye objetivos estratégicos y contenidos de un programa, el cual será utilizado para formar a los profesionales y ser aplicado en los servicios psicológicos de las clínicas de infertilidad.

2.2. El enfoque sistémico

Los fundamentos de la terapia sistémica nacen a partir de la segunda mitad del siglo XX. Se nutren y sostienen de los conceptos más importantes de la teoría general de los sistemas, la teoría de la comunicación humana, la cibernética, y de las contribuciones de Bateson, Von Foerster y Maturana.

Este nuevo enfoque se aplica fundamentalmente a la terapia de familia y de pareja. Esto permite una visión nueva y diferente en cuanto a los problemas del comportamiento humano y de sus relaciones. La concepción de sistemas se basa en la consideración del pensamiento contextual, es decir el estudio del individuo dentro de su contexto y no de forma separada, y la organización sistémica circular, tomando en cuenta que la conducta de un miembro de la pareja afecta y se relaciona con el otro miembro de ella.

La cibernética de segundo orden, considera al terapeuta como un agente que opera cambios en la pareja e introduce diferencias significativas para lograr el objetivo terapéutico en la misma. Los cambios y logros que resulten del proceso se visualizan como resultados de sus propios esfuerzos, tanto de la pareja como del terapeuta.

Este nuevo paradigma sistémico, posee una concepción armónica en lugar de la concepción lineal y unidireccional tradicional. Para Watzlawick y sus colegas(1971), el punto más importante fue hacer una distinción entre causalidad lineal y causalidad circular en las relaciones personales. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Watzlawick, Beavin y Jackson, (1971), describieron a la comunicación como un sistema abierto de interacciones, inscritas siempre en un contexto determinado.

Como tal, la comunicación obedece a ciertos principios:

- el principio de totalidad, que implica que un sistema no es una simple suma de elementos sino que posee características propias, diferentes de los elementos que lo componen tomados por separado;
- el principio de causalidad circular, según el cual el comportamiento de cada una de las partes del sistema forman parte de un complicado juego de implicaciones mutuas, de acciones y retroacciones;
- y el principio de regulación, que afirma que no puede existir comunicación que no obedezca a un cierto número mínimo de reglas, normas, convenciones. Estas reglas son las que, precisamente, permiten el equilibrio del sistema. (Rizo García, 2011).

Siguiendo a Watzlawick, Beavin y Jackson (1971), existen cinco axiomas de la comunicación;

- ❖ En primer lugar es imposible no comunicar, por lo que en un sistema dado, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás;
- ❖ En segundo lugar, en toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido o semánticos y aspectos relacionales entre emisores y receptores;

- ❖ Como tercer elemento básico, los autores señalan que la definición de una interacción está siempre condicionada por la puntuación de las secuencias de comunicación entre los participantes;
- ❖ El cuarto axioma apunta a que la comunicación humana implica dos modalidades, la digital –lo que se dice- y la analógica –cómo se dice-;
- ❖ El quinto y último axioma establece que toda relación de comunicación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad o en la diferencia de los agentes que participan en ella, respectivamente.

Los objetivos generales de la terapia de pareja son:

- Manejar la queja motivo de consulta, que en muchas ocasiones requiere una mayor exploración.
- Promover un cambio que favorezca la metacomunicación y que siempre respete los valores y creencias de sus integrantes.
- Permitir redefiniciones y evitar las interacciones rígidas.
- Aunque no se reconoce como un objetivo general, intentar mantener la definición de los integrantes como pareja resulta coherente con la expectativa de los miembros que la organizaron dentro de un proyecto vital compartido
- De no ser posible, mantener la unión o procurar una separación con el más bajo grado de traumatismo. (Espriella Guerrero, 2008)

2.3 Visión Psicoanalítica

En el transcurso de los años se han desarrollado diversas teorías y técnicas para comprender y tratar los conflictos de pareja. Una de las teorías es de la escuela británica de las relaciones objetales, que plantea que el objetivo humano fundamental es establecer una relación significativa con los demás, de manera que la experiencia y la personalidad quedan organizadas alrededor de esas relaciones, el objetivo central de un tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar conflictos inconscientes y dinámicas relacionales que generan sufrimiento.

En una Psicoterapia psicoanalítica de pareja, la labor consiste en explorar, clarificar e interpretar fantasías, deseos, temores, defensas y demás procesos que afectan a las relaciones con uno mismo y con los demás. En la psicoterapia de pareja, el trabajo se centrará en la contribución de cada miembro, y -especialmente- en la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad. (Pérez Testor, Castillo Garayoa & Davins Pujols. 2009).

Para Scharff y Scharff (2008), los objetivos fundamentales de una Terapia Psicoanalítica de Pareja sería:

- I. Reconocer y elaborar las identificaciones proyectivas e introyectivas mutuas de la pareja.

II. Mejorar la capacidad de la pareja para proporcionarse mutuamente apego y autonomía, así como la capacidad de progreso.

III. Recuperar la capacidad de comunicación inconsciente, que permitirá el desarrollo de la empatía, la intimidad y la sexualidad.

IV. Promover la individuación y la diferenciación entre los miembros de la pareja.

V. Facilitar que la pareja recobre la confianza en sus posibilidades de crecimiento.

En un tratamiento de pareja de corte sistémico los puntos más importantes a tratar como problemas de pareja se inician desde un marco contextual y se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones de pareja, familiares, laborales, etc. Etc.. Los roles y los comportamientos de las personas en estos contextos se entiende que están determinados por las reglas tácitas de ese sistema que son la Comunicación y la Interacción entre los pares. (Jackson, Beavin Bavelas, y Watzlawiick, 2011).

2.4 Función Materna

Desde los inicios del siglo pasado, antes de los años setenta, el hijo era la consecuencia natural del matrimonio. Se pensaba que toda mujer era apta para procrear y solía esperarse como algo ordinario sin hacerse demasiadas preguntas. La reproducción era a la vez un instinto, una obligación religiosa y otra debida a la

supervivencia de la especie, por lo cual se daba por un hecho que toda mujer deseaba hijos. Sin embargo, desde que una gran mayoría de mujeres utiliza anticonceptivos, la ambivalencia maternal emerge con mayor naturalidad.

El deseo de hijos no es ni constante ni universal. Algunas quieren, otras ya no quieren y finalmente hay otras, que no han querido nunca. Desde que existe la posibilidad de escoger, existe la diversidad de opciones y ya no se puede hablar de instinto o de deseo universal. (Badinter, 2011).

La noción y concepto de maternidad no es un prodigio natural, es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por pautas que se infieren de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, fuente y efecto del género. Este imaginario posee, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y se les atribuye un valor esencial: el instinto materno y el amor maternal (Badinter, 1980 y Knibiehler, 2001, Molina, 2006).

En la postmodernidad la mujer tiene un desempeño en el espacio privado y público, en lugares de competencia e individualismo. En este contexto se desenvuelve la madre postmoderna, con nuevos parámetros de evaluación, diferentes formas de participar en el juego social que generan nuevos vocablos, la maternidad queda menos señalada como única condición determinante del sí mismo de la mujer y su valor como persona. (Molina, 2006; Pizzinato & Moreira, 2007).

El deseo de tener un hijo adquiere una nueva profundidad, elección y decisión de las mujeres, en un número progresivo de casos, sobre cómo, cuándo y con quién tener un hijo. Su gradual inclusión en los recintos laboral y público la confrontan con la necesidad de plantearse una nueva conducción de su tiempo, sus afectos y sus deseos. (Zelaya, Mendoza & Soto. 2006).

Rich, (1978) diferenció dos dimensiones en relación a ser madre: la primera, alude a la dimensión de lo instituido de la categoría de madre y maternidad, la segunda alude a la experiencia de la maternidad, donde se expresaría la singularidad de las vivencias de cada madre, que desbordan lo establecido.

En el inicio de un ser existe una madre y una acción llamada maternidad y son los acontecimientos psicológicos los que la diferencian. ¿Cuándo comienza realmente la maternidad? El núcleo psicológico de la maternidad se organiza y comienza en la infancia. Cada mujer desde niña se define en su relación con la madre, primer modelo de madre que conoce y en sus fantasías de cómo ser madre, da forma a ese núcleo psicológico. (Amati Mahler, 2015).

2.5 La función Paterna

La relación de pareja es esencial para poder dar cuenta de la construcción del deseo en los hombres de ser padres, es a través de la negociación que lleva a cabo la pareja antes de decidir tener un hijo, donde las expectativas de los varones se entrelazan junto con las de su pareja para concretar la construcción de su deseo de ser padres, es con la pareja con la que se acuerda el tener un hijo, y en esta

transacción los varones ponen en juego y reconstruyen los significados que incorporaron con anterioridad. La relación de pareja es lo más importante para que este proceso pueda concretarse, se desecha o resignifican los modelos y discursos sociales con respecto a la paternidad que servirá para la construcción de su deseo de ser padre. Desear ser padre es una construcción, no un instinto, pues no todos los hombres se convierten en padres. El deseo de ser padres implica el querer ser un cierto tipo de padres.

La paternidad no puede ser considerada únicamente como reproducción biológica, sino como un proceso social y cultural donde las prácticas, significados y vivencias se han visto influenciados por los discursos prevaletentes en cada época histórica, grupo social y cultural, por ello, tampoco puede ser vista como instintivo, universal e invariable. (Seidler, 1994).

2.6 Factores inconscientes de maternidad y paternidad.

Para Freud, la paternidad ha sido tratada fundamentalmente desde el ángulo de la relación del hijo con el padre. El psicoanálisis ha centrado sus hipótesis explicativas en la figura del padre, como aquel cuya tarea es separar al niño de su madre, instaurar la ley, prohibir el incesto y ofrecerse como un modelo de hombre que le permitirá el acceso a otras mujeres. Para Víctor Seidler (1994), el padre freudiano está, a partir del nacimiento del infante, en el "patio del fondo", listo para, hacer su aparición desde su función de corte, de manera que el niño pueda hacer su propia transición desde la dependencia hacia la independencia. Sostiene este

autor, que parecería que para Freud, el desarrollo está concebido en términos masculinos, como un movimiento que va de la dependencia a la independencia y autonomía, siendo el padre el representante de estas últimas.

También para el varón su objeto primero es la madre, con quien establecerá sus primeras identificaciones, con lo que se conformaría, siguiendo a Stoller (1968), una "protofeminidad". De esta femineidad inicial deberá desprenderse, no sin costos, y será el padre quien se propondrá como modelo identificatorio para la adquisición de una identidad de género masculina, sin fisuras.

Pero esta identidad, no incluye a la paternidad como un referente identitario fuerte. Los ideales del yo masculinos, incluyen la destreza y la fuerza física, la fortaleza emocional, la consecución del éxito, el predominio de la razón, etc. Los niños quieren ser "grandes" como sus padres, pero no ser "papás", aunque se ejerciten en el rol en algunos juegos, generalmente mixtos y no con sus pares.

El deseo de hijo entonces, si bien tiene su origen en identificaciones con los objetos primarios y en los deseos narcisistas de perpetuación, no se ha integrado de un modo tan íntimo a su identidad masculina.

2.7 Maternidad

Para el Psicoanálisis, el interés en el tema de la maternidad surge desde la clínica, que nos lleva al estudio de casos que se han ido comprobando, cada vez más concluyente la obligación de describir y comprender los fenómenos intrapsíquicos que se desdoblán en la mujer cuando pasa por el proceso de la maternidad.

En el Psicoanálisis se sabe que el tipo de relación que toda mujer ha tenido con su madre es determinante en el modo en que se relacionarán con sus hijos dependiendo de la identidad adquirida vinculada a la relación materna primitiva. Durante cada embarazo, se reactiva la experiencia con la propia madre, se cumplen intercambios internos de procesos de diferenciación entre los dos cuerpos se vive la fusión con el feto, experimentada físicamente, se reactualiza la fantasía de fusión psicológica con la propia madre. En este estado se involucran tres generaciones condensadas con el sentirse como madre y como hija, se promueve una intensa regresión interna. ¿Existe el instinto materno? No, no existe el instinto materno, ya que se confunde con el deseo o capacidad de hacerse cargo de alguien, el bebé. (Alkolombre, P. 2008).

La clínica con mujeres nos revela la complicación que representa hoy en día la decisión de tener un hijo. Con frecuencia se nos muestra en la clínica la dificultad de ciertas mujeres de tener que postergar diferentes proyectos para identificar y validar el deseo genuino, genital y maduro de criar un hijo, con necesidades de atención y cuidado.

La fuerte tendencia a la idealización de la maternidad que caracteriza a la mentalidad de la sociedad occidental, que la concibe fundamentalmente como sinónimo de abnegación y ternura, interfiere con la comprensión de las dificultades inherentes a las renunciaciones que supone para la mujer actual postergar sus proyectos personales para entregarse comprometidamente a la crianza. (Zelaya, et al., 2006).

Alizade, M. (2010) plantea la posibilidad de pensar a la mujer conteniendo en su psiquismo, un espacio de no-madre. Por otro lado, se convalida el genuino deseo de serlo como elección posible. Estas condiciones, están en la base de la posibilidad de acceder al deseo de hijo. Diferenciando este deseo de hijo del deseo de maternidad: (Delucca, et al., 2010).

2.8 Analizar el deseo del hijo

El deseo de hijo es un discurso actual, sinónimo de una voluntad de procrear. Desde el psicoanálisis podemos decir que es producto de la elaboración de un deseo inconsciente, es particular en cada sujeto y tiene diferentes resonancias y formas de procesamiento.

El deseo de hijo es la base sobre la cual se construirá la prehistoria del niño por nacer. Cada mujer teje desde su infancia redes complejas acerca de la maternidad, que luego se imprimen sobre la función biológica de engendrar. Tener un hijo del padre, un hijo auto-engendrado, un hijo de la pareja. Deseos que sólo pueden vehicular a través de la maternidad. La maternidad está asentada en el ideal del Yo femenino y es la expresión más clásica de su sexualidad, culminando con la llegada de un hijo varón sobre todo. Freud, S. (1929)

En la mujer es un deseo que emerge en el seno de la sexualidad infantil y es gestado en la intensidad de la conflictiva pre-edípica y edípica. Desde la etapa pre-

edípica se funda en los deseos de tener un hijo de la madre, hacerle un hijo a la madre; desde la identificación materna: ser madre como su madre. Desde la perspectiva de la teoría Freudiana, el deseo de hijo cristaliza como heredero del complejo de castración, como promesa transformada de la ecuación pene>hijo. El deseo de hijo, esperará hasta la pubertad-adolescencia para su realización.

Diferencias teóricas entre la concepción del deseo de hijo y el deseo de embarazo son características diferentes. Siguiendo a Piera Aulagnier (1975), cuando hablamos de deseo de hijo es visto como un objeto diferenciado de la madre, se despliega en una dimensión simbólica y presupone el reconocimiento de la castración materna.

El hijo para esta madre es otro diferente y diferenciado desde el nacimiento, esencial para la constitución de todo sujeto humano. En cambio el deseo de embarazo corresponde a una dimensión imaginaria, el hijo no es visto como alguien independiente, sino como un objeto diferenciado, fuera de la madre. Cuando hablamos del deseo de embarazo, lo que está en juego es “ser con un hijo” y en estos casos el hijo forma parte de la economía libidinal materna, ya que precisa de su hijo para estar con él. El hijo es quien restaura la unidad narcisista perdida.

Cuando abordamos la problemática del deseo de hijo en el campo de la clínica podemos preguntarnos ¿Qué deseo?, ¿De qué hijo?, ya que éste podría estar orbitando dentro de la economía libidinal deficitaria materna, en la que no hay un tercero, no hay alteridad, manteniendo una duplicación narcisista sin reconocimiento de ninguna falta. (Tubert, 1993).

Esta posición le otorga al hijo por venir un lugar predeterminado que impedirá un crecimiento autónomo, quedando a merced del deseo materno, fuente potencial de sufrimiento y patología. El deseo de un hijo en cambio, implica el abandono de la posición narcisista y presupone desde la madre la posibilidad de enfrentar sus propias creencias y la renuncia a la realización de sus deseos a través del hijo. (Alkolombre, p. 20)

Hasta hace relativamente pocos años, a la pareja que no había concebido se le presentaban dos caminos: la adopción o la aceptación de una vida sin hijos. Actualmente ante la no concepción, es habitual que comiencen las primeras citas médicas a su ginecólogo y posteriormente a un especialista en reproducción. Durante las consultas médicas el cuerpo entra en escena: es explorado, analizado, medido. Y lo viven las parejas desde una temporalidad particular, ya que las consultas se tiñen de apremio y premura, las cuales, en sus dificultades por lograr un embarazo frente al paso del tiempo, y la esperanza-desesperanza se van instalando dentro de la trama de la vida conyugal. Las parejas empiezan a vivir en un tiempo signado por la espera.

Para muchas mujeres, la posibilidad de no tener un hijo se transforma en una idea amenazante, se insertan en crisis en las que su proyecto de vida se desequilibra y también su identidad como mujer ¿Quién soy si no soy madre? (Alkolombre, 2008).

Conclusión del Capítulo

En este capítulo se hace una revisión de los diferentes enfoques como la terapia narrativa que enfatiza la dinámica de la pareja en cuanto a su relación de acuerdo a su realidad externa. Encontramos que desde 1998, posiblemente antes, surgió la necesidad de encontrar la relación entre la infertilidad y el factor psicológico. Años más tarde Moreno-Rosset (2006) apunta la importancia del tratamiento psicológico enfocado a normalizar y legitimar los sentimientos y emociones de la situación presente que los aqueja.

En la psicoterapia psicodinámica de pareja el trabajo se acentúa en la dinámica de la interrelación de cada miembro, en pareja. Se puntualiza la realidad externa y la visión inconsciente de cada miembro de la pareja. La parte sistémica a trabajar con la pareja se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones de pareja.

La función materna estaba focalizada en tres pilares, era instinto materno, obligación religiosa y la supervivencia de la especie. En la actualidad a partir de que la mujer en su mayoría utiliza anticonceptivos, emerge con gran naturalidad el deseo de tener o no tener hijos. Ya que el deseo del hijo no es ni constante ni natural, es una construcción social. Para muchas mujeres el tener un hijo se vive como una amenaza a su proyecto de vida, que desestabiliza su vida y su identidad como mujer

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En el presente capítulo, el lector podrá encontrar los aspectos metodológicos que rigen el presente estudio de caso, iniciando con el método del estudio, el cual incluye el tipo y diseño de investigación, participantes, escenario, instrumentos, procedimiento y análisis de datos.

3.1. Tipo de Investigación

Antes de iniciar la descripción del método de la presente investigación, se considera pertinente realizar algunas reflexiones en torno a la importancia del mismo, ya que refleja el posicionamiento que tiene el investigador respecto de lo que quiere conocer y cómo lo quiere conocer. El término método designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos respuestas (Taylor & Bodgan, 1987).

En este estudio, el método que se elige debe ir acorde con la forma en la que percibe, piensa, valora y problematiza los fenómenos sociales. Coherente con lo anterior, el método que se utilizó en la presente investigación fue de *tipo cualitativo* por su proceso inductivo, la cual reconoce que la realidad es dinámica, en construcción constante, donde se busca la comprensión de la situación que se estudia, y el investigador es un sujeto activo en todo el proceso de investigación, no ausente de valores.

Esta postura se ubica en el paradigma de la comprensión y no de la explicación, donde cobra particular valor los procesos que de manera cotidiana viven y enfrentan los sujetos y sus respectivas significaciones, los cuales serán la materia de estudio. Se parte del principio de que la realidad se construye a partir de prácticas discursivas (Kornblit, 2007), de allí la importancia de optar por utilizar el paradigma cualitativo para explorar los factores inconscientes que actúan en casos de infertilidad de la pareja sana limitando la concepción. Los objetivos de investigación planteadas fueron formuladas bajo el cobijo de dicho paradigma, buscando en todas ellas la comprensión de las experiencias de las parejas, la cual se obtiene a través de un trabajo más intensivo que exhaustivo.

De acuerdo a Miles y Huberman, citado por Rodríguez Gómez (1999), las características básicas de la investigación cualitativa son las siguientes: se realiza a través de un prolongado e intenso contacto con el campo o situación de vida, el papel del sujeto investigador es alcanzar una visión holística (sistemática, amplia, integrada) del contexto objeto de estudio, el sujeto investigador intenta capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde dentro y una tarea fundamental

es la de explicar las formas en que las personas en situaciones particulares comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas.

Según González Rey (2007:80), una de las primeras actividades que debe realizar el investigador cualitativo son: “implicarse en el campo, observar, conservar y conocer, de forma general, aspectos del contexto en que la investigación será desarrollada”.

Esta implicación fue posible a través de la revisión de abundante literatura, de investigaciones empíricas y de Terapia Psicoanalítica a una pareja con diagnóstico de infertilidad.

3.2. Diseño de Investigación

La epistemología cualitativa de esta investigación fue el constructivismo social. Esta perspectiva sostiene que el entendimiento del mundo, es nuestra propia construcción, más que una construcción de la verdad absoluta (Maxwell, 2013).

En pocas palabras, la realidad es experimentada e interpretada por cada individuo, y no hay ninguna ley que pueda describir tales experiencias complejas. De acuerdo con Creswell, (2003, pág. 9), los humanos se involucran en su mundo y le dan sentido basándose en su historia y perspectiva social: “todos nacemos en un mundo de significado que nos otorga nuestra cultura”.

Por lo tanto, los investigadores cualitativos buscan comprender el contexto o el entorno de los participantes recopilando información personalmente. También

hacen una interpretación moldeada por las propias experiencias y antecedentes de los investigadores.

El significado y la importancia de las experiencias son sociales y van y vienen a través de interacción con una comunidad humana. Los factores inconscientes que actúan en casos de infertilidad de la pareja, se estudia mejor a través del constructivismo social, ya que los significados que tiene la pareja se construyen a partir de sus experiencias a medida que se comprometen con el mundo (Creswell, 2003).

Este paradigma fue el más adecuado para esta investigación, ya que el objetivo fue comprender la experiencia de la pareja respecto a los factores inconscientes con la infertilidad.

3.3. Terapia Psicoanalítica

“Los tratamientos de reproducción asistida confrontan al paciente todo el tiempo con sus impedimentos. La clave del psicoanalista está en poder ver qué se mueve por detrás de la dificultad en lograr un embarazo y ayudar a que los aspectos inconscientes no obstaculicen el proceso o los resultados.” (Hebe, 2016, p 1).

El proyecto freudiano nace como método de tratamiento y prosigue su desarrollo hasta constituirse en una disciplina autónoma. Según su creador, “psicoanálisis” es el nombre 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido

coligando en una nueva disciplina científica. En tanto que método, las dos vertientes señaladas (investigativa y terapéutica) están en estrecha vinculación: “existió desde el comienzo mismo una unión entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto”.

Toda indagación de los procesos anímicos inconscientes funda posibilidades terapéuticas y, al mismo tiempo, el proceder terapéutico deriva en conjeturas sobre dichos procesos. Retomar la definición nos alerta de la imposibilidad de separar ambas vertientes metodológicas (Freud, [1926] 2002, 231,240 Citado por Grüner, 1995).

En el transcurso de los años se han desarrollado diversas teorías y técnicas para comprender y tratar los conflictos de pareja. El psicoanálisis que plantea que el objetivo humano fundamental es establecer una relación significativa con los demás, de manera que la experiencia y la personalidad quedan organizadas alrededor de esas relaciones, el objetivo central de un tratamiento psicoanalítico es conseguir insight y modificar conflictos inconscientes y dinámicas relacionales que generan sufrimiento.

En una Psicoterapia psicoanalítica de pareja, la labor consiste en explorar, clarificar e interpretar fantasías, deseos, temores, defensas y demás procesos que afectan a las relaciones con uno mismo y con los demás. En la psicoterapia de pareja, el trabajo se centra en la contribución de cada miembro, y especialmente en la dinámica de la relación entre ambos, perfilando una y otra vez la distinción entre

la realidad externa y la visión inconsciente que cada miembro de la pareja tiene de esa realidad (Pérez Testor et al., 2009).

Para Scharff y Scharff (2008), los objetivos fundamentales de una Terapia Psicoanalítica de pareja son: reconocer y elaborar las identificaciones proyectivas e introyectivas mutuas de la pareja; mejorar la capacidad de la pareja para proporcionarse mutuamente apego y autonomía, así como la capacidad de progreso; Recuperar la capacidad de comunicación inconsciente, que permitirá el desarrollo de la empatía, la intimidad y la sexualidad; promover la individuación y la diferenciación entre los miembros de la pareja, y facilitar que la pareja recobre la confianza en sus posibilidades de crecimiento.

El funcionamiento del método psicoanalítico implica la construcción del conocimiento del objeto por la resignificación de la experiencia. Es por ello que la interpretación (junto a las demás operaciones del analista y acciones del paciente) se puede definir más como una labor activa y conjunta que como una contemplación pasiva e individual.

De acuerdo a lo antes escrito, a través de un enfoque social constructivista enmarcado por la teoría psicoanalítica, esta investigación provee ricas descripciones de las experiencias de la pareja respecto a los factores inconscientes relacionados con la infertilidad.

3.4. Estudio de caso

La investigación debe ser construida sobre una sólida base teórica, en los valores de la discusión y la preocupación por el contexto (Ziegert & McGoldrick, 2004). En consideración a esta premisa y a los objetivos de investigación planteados, se ha optado por un diseño de estudio de caso (Yin, 2014) que facilita al investigador la recopilación de datos que le permitirán construir un sólido conocimiento práctico de un tema específico.

Stake (2000) indica que los estudios de caso son un método adecuado para la investigación cuando están en armonía epistemológica con la experiencia previa del investigador. Esto ha de facilitar la comprensión de los fenómenos en cuestión mediante la visión en profundidad de uno o varios casos durante un período de tiempo definido, para lograr comprender aspectos de la conducta social y los factores que influyen en la situación (Hitchcock y Hughes, 1995).

Según Cronbach (1975), la estrategia de indagación del estudio de caso se caracteriza por tratar de interpretar el fenómeno en el contexto en el que tiene lugar para enfocarse en descripciones y explicaciones holísticas.

En este proceso el investigador describe, analiza e interpreta una entidad en términos cualitativos, complejos y completos, indica que existen diferentes tipos de casos y diversas formas de presentar el caso analizado, y que “no hay una clasificación definitiva consensuada. Las aportaciones de autores diferentes son limitadas y parciales” (Wilson, 1979; Coller, 2005 p. 31).

Yin (2013) propuso cinco componentes de un estudio de caso:

- 1) la(s) pregunta(s) de investigación
- 2) sus proposiciones
- 3) sus unidades de análisis
- 4) determinación de cómo se vinculan los datos con las proposiciones y,
- 5) criterios para interpretar los resultados.

El propósito de los cinco componentes es definir operativamente la unidad de análisis. Yin (2013) pretendió que los estudios de caso son la estrategia preferida para responder preguntas de "cómo" y "por qué". Además, este caso estudio buscó proporcionar una descripción "en profundidad" del fenómeno de infertilidad, enfatizando el método del estudio de caso.

Para esta investigación se elige el estudio de diseño de un sólo caso (Yin, 2014), que pretende obtener una mayor comprensión sobre la temática en cuestión. Por ello, la estrategia de investigación se basa en la comprensión de los métodos con la lógica de incorporación en el diseño, las aproximaciones específicas para la recolección de datos y de su análisis (Yin, 2014). Para esta investigación el estudio de caso es una manera de investigar y organizar datos, sin perder el carácter unitario del fenómeno que se está estudiando.

3.5. Participantes

Para abordar la pregunta de investigación, se seleccionó una pareja que presenta infertilidad y que asisten a un programa de Reproducción Asistida, con dos fracasos en la Inseminación asistida (TRA), y próximos a iniciar proceso de Fertilización in Vitro (FIV). Se utilizó muestreo intencional, se seleccionó esta técnica de muestreo con el propósito de permitir al investigador seleccionar participantes que tienen el potencial de informar a la pregunta de investigación que debe abordarse (Charmaz, 2006; Stake, 2006).

De este modo, los participantes son una pareja que pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto, profesionistas los dos, de edades de 36 el varón y 34 años la mujer deben ser considerados relevantes de acuerdo a la pregunta de investigación, siempre que haya diversidad a través del contexto, y brinde la oportunidad de aprender sobre la complejidad y el contexto relacionado con la infertilidad (Stake, 2006). La selección de una muestra es útil para generalizar hallazgos a otros casos similares (Creswell, 2013), así como expandir y generalizar teorías (Yin, 2013).

3.6. Escenario

La investigación se llevó a cabo en un consultorio psicológico de 36 mts. cuadrados de espacio, con las adecuaciones de climatización frío-calor e iluminación, con baño particular, sala de espera, teléfono privado, de octubre del 2017 hasta abril de 2019, con un total de 22 sesiones.

3.7 Instrumentos

Para analizar los factores inconscientes que actúan en casos de infertilidad en la pareja, se utilizaron dos técnicas, la entrevista cualitativa y el relato de vida.

Se utilizó la entrevista psicoanalítica como herramienta. Una entrevista abierta daría la posibilidad de acceder a contenidos inconscientes. La asociación libre, se sabe, no es tan libre como parece. A nivel inconsciente existe una relación entre los temas que van saliendo a la luz cuando se asocia libremente. Por este método, en la clínica, se puede acercarse a los derivados del inconsciente y traducirlos o conectarlos con el discurso que proviene del “yo” consciente de la persona (James, 2008).

Según Grados y Sánchez, (2007), una buena entrevista psicoanalítica favorece la posibilidad de evaluar la estructura y el funcionamiento psíquicos, además de la aprehensión de los contenidos latentes o inconscientes; permite aproximarse a aspectos como el origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos (punto de vista genético), las relaciones dinámicas entre los impulsos, el yo que evalúa la realidad externa y el superyó o juez interno que interviene en el devenir de los procesos mentales (punto de vista dinámico). Se valora, igualmente, el estado y funcionamiento adecuado de las tres instancias psíquicas: el ello, el yo y el superyó (punto de vista estructural). Por último, se aprecia también la relación de la persona con el medio ambiente (punto de vista adaptativo).

Freud hablaba del analista como un espejo para reflejar al paciente y sus dinámicas más señaladas con el fin de devolverle aquello que él no puede ver. Pero el paciente también tiene sus propias fantasías al respecto de la otra persona, la analista, la entrevistadora, juego de espejos en el que se reeditan imagos internalizadas propias de la infancia. A estos fenómenos se les llama transferencia y contratransferencia. La contratransferencia estaría representada por el universo de sensaciones y fantasías que se despiertan en la analista o entrevistadora como resultado de aspectos que la entrevistada deposita inconscientemente en ella; constituyen, por cierto, una herramienta de trabajo diagnóstica importantísima.

La posibilidad de entrevistar a la pareja posibilitó utilizar, en otro contexto, nuestra herramienta particular, la entrevista psicoanalítica, que conlleva aspectos dinámicos propios y es poseedora de un lenguaje particular y una forma propia de interpretar los datos, donde el juego de la transferencia y la contratransferencia, como se ha señalado, es lo que en esencia la distingue de otras formas de abordaje.

Además, se utilizó los relatos de vida, los cuales definen y diferencian de otros, por lo que cumplen una función en la construcción identitaria. Se trata, según Ricœur (1983- 1985), de una identidad narrativa, que se construye y reconstruye a través de los relatos, los cuales dan sentido a las acciones, a los eventos vividos, restituyendo un sentido global a un curso inevitablemente caótico de una existencia siempre enigmática. Estos relatos no necesariamente poseen coherencia, totalidad y estabilidad, pretensiones que constituyen una “ilusión biográfica” (Bourdieu, 1986).

En ellos existen contradicciones, tensiones y ambivalencias; las historias que nos contamos sobre nosotros poseen un carácter dinámico, cambian constantemente, pero siempre en función de otra historia que las integre y les dé un nuevo sentido. Al utilizar el relato de vida en investigación, trabajando analíticamente sobre el relato de una persona sobre sí misma o sobre un aspecto de su vida, se sitúa un segundo nivel de interpretación: interpretamos una producción del narrador, que a su vez, es una interpretación que hace de su propia vida.

El relato de vida corresponde a la enunciación -escrita u oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella. En los relatos de vida como método de investigación con su propio "objeto" de estudio, en donde siempre se trabaja con interpretaciones, en distintos niveles. Interpretaciones que se consideran constituyentes de la experiencia humana y que, por tanto, representan la dimensión ontológica del enfoque biográfico (Ricoeur, 1983-1985).

38. Procedimiento

La pareja solicita cita para exponer que su Médico especialista en Infertilidad les había recomendado asistencia psicológica, para el manejo de su ansiedad, después de haber pasado por una serie de obstáculos médicos.

La primera entrevista la solicitó el varón, para asistir en pareja a la consulta psicológica, en donde en la primera cita solicitan terapia con el fin de aprender a manejar la ansiedad ya que pasarían a la siguiente etapa del procedimiento. Después de dos entrevistas se les propone tener Terapia de Pareja de corte

Psicoanalítico, se les explica en qué consiste la terapia, y se les indica la experiencia psicoanalítica que tiene la psicóloga. Regresan en 15 días, la participante manifiesta haber estado ella en tratamiento, pero no su pareja, y que, si les va a servir para embarazarse, que estaban de acuerdo en llevar terapia de pareja.

Una vez haber aceptado la pareja llevar la terapia, se habló del encuadre, hora, días de la sesión. Se les indicó que el período del tratamiento era de 20 a 22 sesiones, tiempo idóneo para pasar al procedimiento de FIV.

Se procedió a investigar material para conformar su historia clínica, al inicio del tratamiento cada uno por su parte comentaron no tener problemas con el deseo de tener hijos. En las siguientes sesiones se trabajó sobre la función materna, la función paterna y el deseo del hijo.

En la sesión 15-16 ella dijo ya no poder esperar más por su edad al proyecto de Fertilización In Vitro (FIV). Se lleva a cabo todo el proceso de Reproducción Asistida, Fertilización un vitro (FIV) y se implantaron dos embriones para la sesión 18.

De la sesión 18 a la 22 los acompañe en la nueva etapa de la espera del hijo, en este caso de unos cuates, niño y niña. Aparecieron todos los miedos de unos padres primerizos. Hasta el 22 de abril de 2019 los bebés nacieron, sanos y sin problemas pediátricos.

3.9. Aspectos éticos

El estudio de caso que se presenta se rige por los principios de ética en investigación en psicología, por lo que inicialmente se solicitó a los participantes su consentimiento para la publicación del caso, así mismo, para mantener el anonimato de los participantes, se usan pseudónimos en lugar de los nombres reales, y finalmente, los datos se resguardan bajo estrictas reglas de confidencialidad, usando solo los elementos necesarios para fines de investigación.

3.10. Análisis de datos

El análisis cualitativo, abarca dos estrategias sucesivas: a) la construcción y depuración de “códigos” y “subcódigos” analíticos, que se aplican a la entrevista psicoanalítica. Se realizó Análisis Temático, el cual consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado, denotando estructuras de relevancia, valores de referencia y modelos de comportamiento, presentes o subyacentes en el discurso (Lincoln & Guba, 2009).

De esta manera, la comprensión de los significados se encuentra en concordancia con los objetivos planteados ya que posibilita revelar sentidos explícitos o implícitos; y se complementa con la vertiente de investigación psicoanalítica orientadora del proyecto. Se emparenta con el paradigma indiciario

(Cancina, 2008); donde se propicia la observación y lectura de detalles, huellas o indicios que pueden ser a menudo no advertidos y que para el investigador portan un sentido.

Se investiga la verdad de los sujetos reconstruida mediante el lenguaje y mediante el psicoanálisis para poder leer su contenido. Para llevar a cabo el análisis, se utilizó el software MAXQDA, versión 18, el cual permite segmentar datos en unidades de significado; codificarlos y relacionar conceptos, categorías y temas.

b) la elaboración de un “relato”; la segmentación o desconstrucción vertida en cada plantilla se “revisita” a los efectos de efectuar una narración de índole descriptiva. La producción del relato permite hacer un recorrido de la presencia de la pareja, sus modalidades y características, desarrolladas a lo largo de los 18 meses de terapia, dando lugar a una reconstrucción del proceso psicoterapéutico de la pareja, dentro del contexto de terapia de pareja.

3.11. Conclusión

En este capítulo se examinaron los procesos que conforman la Metodología.

Se utilizó el paradigma cualitativo para explorar los factores inconscientes que actúan en casos de infertilidad de la pareja sana limitando la concepción. Una de las primeras actividades que debe realizar el investigador cualitativo son: “implicarse en el campo, observar, conservar y conocer, de forma general, aspectos del contexto en que la investigación será desarrollada”

El constructivismo social, como epistemología de esta investigación donde la realidad es experimentada e interpretada por cada individuo, y no hay ninguna ley que pueda describir tales experiencias complejas.

El psicoanálisis plantea que el objetivo humano fundamental es establecer una relación significativa con los demás, de manera que la experiencia y la personalidad quedan organizadas alrededor de esas relaciones.

Se ha optado por un diseño de estudio de caso (Yin, 2014) que facilita al investigador la recopilación de datos que le permitirán construir un sólido conocimiento práctico de un tema específico.

Los participantes que pertenecen a un nivel socioeconómico medio alto, profesionistas los dos, de edades de 36 el varón y 34 años la mujer deben ser considerados relevantes de acuerdo a la pregunta de investigación.

La investigación se llevó a cabo en un consultorio privado, de 36 mts. cuadrados de espacio, con las adecuaciones de climatización frío-calor, con baño particular, sala de espera, teléfono privado, de octubre, 2017, a abril, 2019 en las instalaciones del consultorio privado, con un total de 22 sesiones.

Se utilizó la entrevista psicoanalítica como herramienta. Una entrevista abierta daría la posibilidad de acceder a contenidos inconscientes. Se les propone tener Terapia de Pareja de corte Psicoanalítico, se les explica en qué consiste la terapia, y se les indica la experiencia psicoanalítica que tiene la psicóloga.

Se realizó Análisis Temático, consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado.

La elaboración de un “relato”; la segmentación o desconstrucción vertida en cada plantilla se “revisita” a los efectos de efectuar una narración de índole descriptiva.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE CASO

En el presente capítulo el lector podrá encontrar el análisis del caso desde la postura psicoanalítica, iniciando por el relato clínico del motivo de consulta, presentando los aspectos de la etapa inicial de la terapia, la historia de la pareja, contextualizando su historia individual y su historia sexual. Una vez contextualizados estos aspectos generales, se procede al análisis de las categorías establecidas como objetivos, presentando el análisis de la dinámica inconsciente de la pareja, de la función Materna y Paterna en la Pareja y finalmente el análisis del Deseo de Hijo desde las estructuras dinámicas inconscientes de la pareja. El capítulo cierra con la presentación de la etapa final del proceso de terapia desde este enfoque psicodinámico.

4.1. Relato clínico

Los estudios de caso sobre infertilidad en la pareja con un abordaje psicoanalítico han resultado exiguos, se ha revisado la literatura y poco o nada se ha encontrado acerca de la resolución de la infertilidad en pareja con un tratamiento psicoanalítico.

Este estudio de caso narrará la historia de una pareja infértil, en veintidós sesiones de tratamiento psicoanalítico y sistémico, la cual presentaba infertilidad de tipo enigmática (Cincunegui et al., 2004).

La idea de Estudio de caso de una pareja con diagnóstico médico de infertilidad empieza cuando la pareja tiene ya seis meses en tratamiento de tipo Reproducción Asistida (TRA). El motivo principal de la intervención psicológica, es que ellos solicitan un manejo favorable en sus angustias personales para iniciar una Fertilización in Vitro (FIV) (Díaz et al., 2007; Del Castillo Aparicio et al., 2009; Carreño et al., 2016).

4.2. Etapa inicial: historia de la situación problemática

Ellos son una pareja, Federico (36 años) y Dania (34 años), que al cumplir un año y medio de casados y no quedar embarazados, buscan asesoría del Médico Ginecólogo que la atiende, después de ciertos estudios los resultados en Dania es que padece de Prolactinemia alta, una hormona que puede ser causa de infertilidad.

Ella es atendida médicamente y se le considera apropiadamente en situación de embarazar, pasan hasta cuatro meses y no conciben por lo que a Federico lo someten a una serie de estudios y se concluye que sus espermatozoides no pueden penetrar el óvulo femenino, a pesar de tener buen volumen, buen tamaño y buena movilidad.

Él es atendido por un especialista que lo medica y lo da de alta al término del tratamiento. La pareja ya se encuentra en buen estado médicamente para poder concebir, sólo que no hay embarazo. Infertilidad inexplicable o enigmática, es un término que es utilizado y aplicado en los casos en que los estudios de infertilidad

indican resultados normales, y no hay concepción (Cincunegui, et al., 2004; Eckerdt, et al., 2017).

Es usual que las parejas comiencen con las primeras citas médicas a su ginecólogo y posteriormente a un especialista en reproducción. Durante las consultas médicas el cuerpo entra en escena: es explorado, analizado, medido. Estas consultas las parejas lo viven desde un enfoque particular, ya que se entremezclan emociones de apremio y agobio, las cuales, en sus dificultades por lograr un embarazo frente al paso del tiempo, y la esperanza-desesperanza se van instalando dentro de la vida conyugal. Las parejas empiezan a vivir en un tiempo marcado por la espera (Alkolombre, 2008; Delucca et al., 2010; Zelaya et al., 2006).

En el caso analizado, al transcurrir seis meses de la búsqueda de un embarazo y al no haber concepción, el Ginecólogo los diagnóstica como una pareja infértil, refiriéndolos a una Clínica de Reproducción Asistida. La pareja decide investigar por su cuenta, con lo cual llegan al Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la U.A.N.L. al departamento de Reproducción Asistida. Ahí son atendidos por el equipo del TRA (Tratamiento de Reproducción Asistida) y siguiendo el protocolo de infertilidad, se les indica que el primer paso es la Inseminación Artificial (TRA), que consiste en depositar el espermatozoide del varón en el óvulo de la hembra, con instrumentos y técnica especializada (Muñoz et al., 2009; Moreno-Rosset et al., 2015). La pareja intenta en dos ocasiones la Inseminación Artificial y no logran el embarazo. Dania le comenta al médico que siente que su reloj biológico la abruma, pues ya tiene 34 años y ella sabe que los 35 años es la edad crítica para embarazar a la mujer.

En la actualidad las mujeres están intentando la maternidad a una edad tardía entre los 35 y 40 años. Lo cual hace más difícil el embarazo, ya que, desde los 30 años comienza el descenso de la fertilidad y se extiende a los 40 años, lo que la circunstancia de fracasos espontáneos aumenta (Faria et al., 2012; Ghavi et al., 2015; Manitta Venditti et al., 2013).

El Médico de Reproducción Asistida le sugiere a la pareja volver a intentar la Inseminación Artificial o probar la Fertilización in Vitro (FIV). Federico y Dania lo piensan y llegan a la determinación de seguir la Fertilización in Vitro como el siguiente movimiento dentro del tratamiento. Se lo comunican al Médico y antes de proceder a la Fertilización in Vitro (FIV), el Médico les explica que este procedimiento no siempre ocurre la primera vez que se prueba, puede ser al segundo o tercer intento y se les aconseja hacer una cita con el Psicólogo(a) del equipo, para que les ayude a controlar su ansiedad y angustia (Kessler et al., 2013; Leone et al., 2018; Limiñana, 2017; Luna, 2013; Martín Martín, 2007; Meego, 2008; Moreno Rosset, 2009).

La pareja hace una cita con el profesional del equipo y Dania no queda satisfecha, por lo que deciden buscar por su propia iniciativa otra sugerencia profesional. La mamá de ella que es Psicóloga Educativa averigua con las compañeras y les recomienda asistir con la autora del presente escrito.

4.3. Primera Cita

En esta primera etapa inicial que, de acuerdo a varios autores se podría denominar etapa abierta por cuanto se intenta advertir la forma en que los miembros

de la pareja definen su problema, momento en que nos enteramos sobre cuáles son sus acuerdos y desacuerdos en cuanto al motivo de consulta. Lo que se pretende en esta primera etapa es conocer la composición del sistema interaccional y queremos saber a través de qué reglas se vincula la pareja (Bobë, y Pérez Testor, 1994; González, 1978; Sager, 1980).

La primera aproximación con esta pareja es a través de Federico, quien me localizó telefónicamente para pedirme una cita. En la primera entrevista y como motivo de consulta relatan su transitar de médico en médico desde hace más de un año. La pareja refiere que ahora sienten que la prueba a la que se someterán, Fertilización in Vitro (FIV) es la más difícil, y ya no quieren fracasar.

“Propongo pensar a la infertilidad sin causa orgánica demostrable, como un síntoma de la época actual, en el que la medicina y el psicoanálisis deberían aunarse y trabajar en el contexto del clima cultural-político-económico de la actualidad” (Melluso, 2017, p. 1).

Los escuché en esa primera cita sobre lo que habían pasado médicamente hasta que llegaron conmigo. Y me contaron lo ya descrito anteriormente. Al final de la sesión les aclaro que necesito una segunda cita para seguir obteniendo material. Antes de terminar la primera cita les participo mi perspectiva y enfoque con las parejas en general, con las que trabajo dependiendo del motivo de consulta, que pueden ser diferentes temas, la infidelidad, la falta de comunicación, las peleas continuas, la terminación de sus matrimonios. Dania me pregunta sobre mis estudios y orientaciones, les contesto que mis estudios son la Licenciatura en

Psicología, especialidad en Psicoanálisis y una Maestría de Pareja y Familia. Hay que aclarar que Dania es Psicóloga Clínica, que ha trabajado la mayoría de su vida laboral en el área de Recursos Humanos, y que estuvo en tratamiento psicológico al separarse de su primer marido, con él no hubo descendencia.

Al final de la segunda cita les comparto que su fundamento de consulta es un motivo diferente en el que no hay conflicto, puesto que son una pareja que concuerda en la mayoría de lo expuesto y que no presentan grandes diferencias. Esta pareja está descrita como una pareja estabilizada y sin mayores conflictos de acuerdo a sus motivos de consulta. En el discurso de la pareja aparece el tema de la maternidad y paternidad frustrada, “hemos platicado los dos y nos damos cuenta que si no podemos tranquilizarnos, será más difícil el embarazo, por eso hemos venido.” En la pareja coexiste un anhelo consciente de un hijo y en contraposición, se enfrentan con la dificultad de consumir ese proyecto.

Les sugiero una Psicoterapia de Pareja desde lo Psicoanalítico Relacional y lo Sistémico, tomando como eje principal lo psicoanalítico relacional pues habría que investigar cómo actúan los Factores Inconscientes en ambos en el aquí y ahora, que les ha impedido lograr un embarazo.

La formación del terapeuta es Psicoanalítica y Sistémica, por lo que su base son los fundamentos del Psicoanálisis relacional y los del enfoque sistémico, principalmente la Comunicación en la Pareja. Se establece pues, el motivo de consulta y me dicen que su siguiente intento de embarazo en el tratamiento de Reproducción Asistida (TRA), es la Fertilización in Vitro (FIV), por lo que el Médico

especialista les recomendó una visita al Psicólogo para que puedan controlar sus angustias. La pareja, de forma alternativa, en uno de los cuerpos ha depositado la complicación. Médicamente se corrigen las afecciones (Prolactinemia e imposibilidad de penetrar el óvulo), de cada uno de los cónyuges y aún así el embarazo no se concretaba.

El abordaje Terapéutico de pareja puede hacerse desde diferentes modalidades: Sistémico, Cognitivo Conductual, Humanista, Psicodinámico y Terapia focalizada en las emociones. Todos los abordajes terapéuticos de pareja llevan a la solución de problemas y conflictos entre la pareja. El abordaje que utilice fue Psicoanalítico Relacional y Sistémico.

4.4. Historia de la pareja

Dania y Federico se conocen en un grupo de amigos en común, dos años antes ella había pasado por un divorcio muy doloroso y estresante, lo que la llevó a una terapia individual. Federico, había tenido amigas y novias con relaciones superficiales. Se conocen y empiezan a salir informalmente, después de dos años deciden formalizar la relación y hacer los preparativos para la boda.

Dania comenta las cosas que vio en Federico que le gustaron, él era una persona tranquila, que la contenía, era muy dulce con ella y que desde el principio sintió mucha atracción por él, era lo opuesto a su primer marido. Federico era caballero, se preocupaba por ella, estaba constantemente pendiente de ella.

Federico explica que a Dania la consideró una mujer muy bonita, eso es lo que primero le llamó la atención, cuando la conoce más, se da cuenta que es una mujer de carácter fuerte, bondadosa, emprendedora, ejecutiva y que le pareció una buena compañera de matrimonio.

Los dos manifiestan tener cosas en común, les gusta hacer ejercicio, les gusta ir a fiestas, comer en lugares que les garantice la buena comida, no por el precio, sino por la calidad de los alimentos. Les gusta ir al súper y comprar las cosas que a los dos les gusta, les gusta visitar a sus amigos, les encanta ir al cine, pues tienen un gusto muy parecido.

Lo que podríamos distinguir en esta relación son la pareja parental interiorizada, es decir patrones infantiles de los padres interiorizados lo que permite que ellos se vinculen. Los mecanismos inconscientes en la elección de pareja, que influyen en la dinámica de la relación, se originan en las fantasías inconscientes y fundamentan los cimientos emocionales de la atracción mutua y también determinan la intensidad de los conflictos de la pareja.

Los integrantes de la pareja viven la realidad externa en función de su realidad interna. Los deseos, frustraciones e impulsos de uno de los cónyuges se conectan e interactúan con los mismos aspectos del mundo interno del otro (Dicks, 1967; Teruel, 1974; Sager, 1980; Caille, 1991).

4.5. Historia Individual.

Federico descende de una familia conformada por los padres y un hermano, tres años más pequeño. La madre proviene de una familia acomodada, su abuelo materno, a quien admira y del cual se siente muy orgulloso, fue un Maestro muy reconocido en la Ciudad de Monterrey, relata que hay una escuela con su nombre en la Ciudad, hay una calle que llevó el nombre de su abuelo, la ciudad le concede un premio especial, como buen ciudadano que hizo aportes a la comunidad en cuestión de Educación. Federico se siente muy orgulloso de ese abuelo, recuerda que los iban a visitar con frecuencia. Además que el abuelo ayudaba a su madre con dinero para la manutención de la familia pues su papá no generaba lo suficiente.

Federico le ha preguntado a su mamá por qué se casó con su papá y ella le contestó que ya tenía treinta años y sentía que debía tener hijos, y su papá que trabajaba en el mismo lugar que ella, era un muchacho guapo, aunque no muy inteligente. Por lo que decidió casarse con él, para que sus hijos nacieran guapos y atractivos. Los deseos, frustraciones e impulsos de uno de los cónyuges se contactan e interactúan con los mismos aspectos del mundo interno del otro.

Cuando Federico contaba con 17 años, (esta es primera versión que me da Federico, luego hace un relato diferente) el padre los abandona y se queda sólo con su mamá que sufría de fibromialgia y el hermano menor de 14 años que se pierde tres o cuatro años en las drogas, este hermano actualmente hace su doctorado en

Sociología. Federico obtiene la carrera de Ingeniero y termina una maestría en Administración. Su madre es profesionista con estudios de posgrado en Europa.

Federico recuerda cómo se hizo cargo de las labores de la casa, pues su mamá se hallaba en cama debido a los dolores intensos de la fibromialgia, hacía el desayuno, la comida y la atendía cuando llegaba de la escuela. Además de hacer los deberes de la casa como barrer y trapear, hasta que consiguieron alguien que les ayudará.

De su papá no tiene buenos recuerdos y él no quisiera llegar a ser un padre como el que tuvo, un hombre frío, distante, indiferente y poco afectuoso. Para el varón su objeto primero es la madre, con quien establecerá sus primeras identificaciones, con lo que se conformaría, siguiendo a Stoller (1975), una "protofeminidad". De esta femineidad inicial deberá desprenderse, no sin costos, y será el padre quien se propondrá como modelo identificadorio para la adquisición de una identidad de género masculina, sin fisuras.

Pero esta identidad, no incluye a la paternidad como un referente identitario fuerte. Los ideales del yo masculinos, incluyen la destreza y la fuerza física, la fortaleza emocional, la consecución del éxito, el predominio de la razón, etc. Los niños quieren ser "grandes" como sus padres, pero no ser "papás", aunque se ejerciten en el rol en algunos juegos, generalmente mixtos y no con sus pares (Carril, 2000; Stoller, 1975; Seidler, 1994).

Federico recuerda cómo le angustiaba llegar a su casa y que su mamá estuviera en la cama, no solamente semanas, sino meses. Él pensaba que no era su

responsabilidad que lo debió de asumir su papá a quien califica de un hombre poco inteligente e irresponsable.

El deseo de hijo entonces, si bien tiene su origen en identificaciones con los objetos primarios y en los deseos narcisistas de perpetuación, no se ha integrado de un modo tan íntimo a su identidad masculina. (Seidler, 1994; Paterna, Martínez, y Rodes, 2005).

El padre se casó nuevamente formando otra familia, tiene una media hermana, a la que ha visto pocas veces. Al padre lo ha visto muy poco desde el divorcio y no hace nada por buscarlo, lo percibe como un hombre desobligado, desinteresado, indiferente, pues tampoco él papá los busca.

Federico constantemente somatiza, sobre todo este último año, con cierta frecuencia se siente mareado, con angustia, taquicardia, ataques de pánico. A veces siente que le puede dar un infarto. El hermano de su mamá es Médico y lo ha consultado en varias ocasiones, pero médicamente se encuentra sano.

Dania, proviene de una familia de ambos padres profesionistas, su madre Psicóloga Educativa, actualmente trabaja dando asesoría escolar a niños con problemas en la escuela. Dania también es psicóloga clínica pero trabaja en Recursos Humanos. Dania recuerda que su mamá no pudo embarazarse hasta los siete años de casada, se acuerda mucho de la cantaleta materna “a ti te puede pasar lo mismo, ten paciencia”. Ella piensa que no puede desperdiciar años de su vida esperando, por lo que estaba muy consciente de las posibilidades que le brinda

la tecnología para embarazarse. Tiene una hermana menor a la que le lleva cinco años, que tiene cuatro años de casada y se quiere esperar para embarazarse.

La noción y concepto de maternidad no es un prodigio natural, es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por pautas que se infieren de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que conforman un imaginario complejo y poderoso que es, fuente y efecto del género. Este imaginario posee, como piezas centrales, dos elementos que lo sostienen y se les atribuye un valor esencial: el instinto materno y el amor maternal (Badinter, 1980; Knibiehler, 2001; Molina, 2006; Reid, 2010).

De su infancia recuerda que su mamá, era muy estricta y como ella estuvo sola esos primeros cinco años, la recuerda muy obsesiva en la comida, en la tarea en su aseo personal, y piensa que cuando llegó su hermana ya “le tenía el camino andado” pues su hermana es totalmente diferente a ella, “es una chica obesa, es medio desaliñada, come pura chatarra”, es lo contrario a mí y por supuesto mi hermana no le hacía caso con las tareas, menos con la comida. Yo creo que mi mamá ya no era la misma que conmigo.

Dentro del Psicoanálisis se ha investigado que el tipo de relación que toda mujer ha tenido con su madre es determinante en el modo en que se relacionarán con sus hijos dependiendo de la identidad adquirida vinculada a la relación materna primitiva (Alkhombre, 2008; Langer, 1968; Tubert, 1993).

El núcleo psicológico de la maternidad se organiza y comienza en la infancia. En el inicio de un ser existe una madre y una acción llamada maternidad y son los acontecimientos psicológicos los que la diferencian. Cada mujer desde niña en su relación con la madre, primer modelo de madre que conoce y en sus fantasías de cómo ser madre, da forma a ese núcleo psicológico (Amati Mahler, 2015; Badinter, 1991; Besoain, y Santelices, 2009; Blaessinger, 2012; Langer, 1968).

Dania comenta que su educación siempre fue muy conservadora y religiosa; su mamá siempre tuvo temor que tuvieran relaciones extramaritales y durante la adolescencia de las dos hermanas, su mamá siempre les dijo “que si nos embarazan, arruinamos nuestras vidas” se refería claramente a un embarazo extramarital y siendo muy jóvenes. Dania dice “Ahora que lo pienso esas frases nos taladran durante muchos años”. Y dice que ahora su mamá ya no es la misma, que se lleva super bien con ella, y siente que constantemente la defiende de su abuela que es una “cabrona” y la agrede cuando puede.

Dania refiere que este es su segundo matrimonio, el primero duró cuatro años, no hubo hijos, se divorció hace cuatro años, estuvo soltera dos años antes de conocer a Federico. Relata que su ex marido era un hombre obsesivo, muy agresivo verbalmente, había que arreglar su ropa de una manera en la que él decía como; “las camisas de acuerdo al color, los pantalones de una manera especial, la ropa interior doblada de una cierta manera”.

Agresivo y cruel verbalmente, con cierta frecuencia ella se sentía violentada en su trato, llegó a dudar de su autoestima. Afortunadamente su pareja “le puso el

cuerno” y pudo divorciarse. Comenta que la pasó muy mal en esa separación, pues ella no quería divorciarse, le pidió un año para resolver su conflicto, hasta que él le dio un ultimátum, y ella tuvo que acudir a terapia para elaborar ese divorcio, y poder romper con la relación.

Dania y Federico como pareja tienen su trabajo cada uno y reciben un sueldo por ello. Ella como ejecutiva de una empresa internacional gana en dólares y es más alto su sueldo que el de Federico, no manifiestan desacuerdo en ese sentido. Comparten los gastos de la casa, la cual están pagando, los gastos de los servicios también los comparten y cada uno de ellos se queda con el resto de su dinero, para comprar ropa, organizar viajes y en caso de compra de automóviles, cada uno hace su compra por separado. Este es uno de los acuerdos que hicieron como pareja, en lo referente al dinero, antes de casarse (Ragúz, 1990).

4.6. Historia sexual

Dania y Federico comentan que se sienten contentos teniendo sexo, que normalmente se esperan al fin de semana, pues tanto ella, que es muy dormilona, como él llegan muy cansados a la casa, pues suelen salir de casa desde las 7 de la mañana, ya que quedan lejos sus trabajos.

Es ahora que quieren embarazar que las relaciones les ha resultado como un quehacer, pues tenían que esperar a que hubiera las circunstancias adecuadas para que en ese momento pudieran estar en condiciones de concebir. Sin embargo,

durante la espera para el proceso de Reproducción Asistida (TRA) que incluye la Fertilización in Vitro (FIV), no dejaron de tener relaciones satisfactorias.

4.7. Categorías de análisis del caso

El presente apartado presenta las categorías de análisis del caso en función de los objetivos planteados al inicio del estudio, presentando a) un análisis de la dinámica inconsciente de la pareja, desde el psicoanálisis, b) el análisis de la función Materna y Paterna en la Pareja, y finalmente c) el análisis del Deseo de Hijo desde las estructuras dinámicas inconscientes de la pareja.

4.7.1. Dinámica inconsciente de la pareja

Desde el motivo de consulta, “no poder embarazar estando en condiciones para ello”, no haber podido lograr la concepción en dos ocasiones por medio de la Inseminación Artificial nos muestra un foco de alerta con respecto a los factores inconscientes en la pareja. Qué habrá llevado a la pareja a constituirse como tal y a buscar el anhelo manifiesto del hijo y de no concretar la concepción.

Conscientemente la pareja desea el hijo, por lo que acuden a la Inseminación Artificial en dos ocasiones y resulta en frustración. En qué condiciones psicológicas se encuentra la pareja que presenta cierto tipo de infertilidad: infertilidad enigmática sin causa aparente (Cincunegui, et al., 2004; Eckerdt, et al., 2017).

La pareja se constituye con dos individuos y cada miembro de ella participa en la relación contribuyendo con sus propias fantasías, deseos, expectativas, conflictos

y maneras de comportarse personales. Su conducta está determinada por principios inconscientes y conscientes.

Cuando se elige a una pareja se pretende que el otro responda a su mundo interior inconsciente, y en parte tendrá que ver con la pareja parental interiorizada. “Tanto si se busca emular esa relación como si se pretende evitar recrearla, la pareja parental interiorizada forma la base de expectativas sobre cómo deben acoplarse mutuamente los miembros de la pareja” (Bobé, & Pérez Testor, 1994; Crawley & Grant, 2010, p. 25, Spivacow, 2002; Scharff & Scharff, 2016).

Estas motivaciones inconscientes se despliegan y evolucionan a partir de la infancia, formando en todos los seres humanos la necesidad de relacionarse con sus cuidadores desde el momento de su nacimiento, y que la mayor o menor satisfacción de esta necesidad queda grabada en modelos representacionales de las relaciones de los niños con aquellos que los cuidan. Bowlby (1969, 1980, 1995, 1997, 2003) ha bautizado su teoría como Teoría del apego (Pinedo Palacios & Santelices Álvarez, 2006).

Dentro del psicoanálisis se han desarrollado diferentes corrientes psicoanalíticas, y en cada uno de los diferentes desarrollos se cotejan las situaciones del momento en la técnica y la teoría. La Perspectiva Psicoanalítica Relacional, a la que se le atribuyen varios autores importantes dentro del Psicoanálisis, como Ferenczi, y Storolow dentro de lo Intersubjetivista, contextualista, el Psicoanálisis del Self de Kohut y desarrollada por Mitchell, y la que

surge de la teoría del *Attachment*, iniciada por John Bowlby, es en la conjunción de estas corrientes que se asimila como Psicoanálisis Relacional.

Esta perspectiva en las últimas décadas se ha desarrollado en el campo de los adultos y especialmente en el campo de la Pareja, y estos autores postulan que el Psiquismo del ser humano se orienta hacia la relación con los demás, es decir las *relaciones con los demás* que explica la conexión entre las personas, donde cabría mencionar las relaciones de pareja, que se dan en continua interacción. (Jackson, et al., 2011; Krakov, 2000).

Para Sager (1980, p. 38) la definición de pareja sería: “Tendemos a elegir una pareja que se avenga a aceptar la introyección (así lo esperamos inconscientemente) o, dicho de otro modo, buscamos de forma inconsciente un compañero que concuerde con nuestras necesidades de transferencia, y que responda con una adecuada conducta de contratransferencia. Estudiando los contratos matrimoniales individuales, vemos cómo las personas se preparan a sí mismas y a sus cónyuges para esto”.

Scharff & Scharff (2015) nos dicen: “La relación de pareja no es solamente la compatibilidad consciente de los ideales personales, culturales y sexuales, la relación de pareja se basa también en la complementariedad de las partes reprimidas de su personalidad en cada uno de sus miembros, la comunicación inconsciente determina la calidad de la intimidad de la pareja y su capacidad para una cercanía emocional y sexual sostenida a través del tiempo en el matrimonio o en relaciones duraderas equivalentes”.

El abordaje Terapéutico de pareja puede hacerse desde diferentes modalidades: Sistémico, Cognitivo Conductual, Humanista, Psicodinámico y Terapia focalizada en las emociones. Todos los abordajes terapéuticos de pareja llevan a la solución de problemas y conflictos entre la pareja.

En nuestro Caso de Pareja el motivo de consulta no eran situaciones conflictivas en la pareja, esta pareja presentaba un alto nivel de ansiedad debido al gran deseo de embarazarse. Después de dos intentos anteriores de concebir por Inseminación Artificial los cuales fracasaron, su nivel de ansiedad era muy alto y notorio.

En el discurso de la pareja aparece el tema de la maternidad y paternidad frustrada, “hemos platicado los dos y nos damos cuenta que si no podemos tranquilizarnos, será más difícil el embarazo, por eso hemos venido” (Primera entrevista). En la pareja existe un anhelo consciente de un hijo y en contraposición, se enfrentan con la dificultad de consumar ese proyecto.

La pareja, de forma alternativa, en uno de los cuerpos ubicaba el impedimento. Médicamente se corrigen las afecciones (Prolactinemia e imposibilidad de penetrar el óvulo), de cada uno de los cónyuges y aún así el embarazo no se concretaba.

Cincunegui y colaboradores (2004) Nos dicen que pueden presentarse dos variables esenciales y explicativas: lo traumático y el proceso de transmisión inter y transgeneracional. En cuanto a condiciones posiblemente traumáticas y su influencia, de qué forma pueden intervenir estos contenidos traumáticos en el encuentro de la pareja y deducir su influencia en el intento fallido de concebir.

El proyecto de un hijo se presenta, como un hecho fundamental en el proyecto vital compartido ante la posibilidad de crear una nueva familia. El proyecto de hijo se exterioriza en la pareja como un problema a resolver, sin importar cual de los dos cuerpos pueda portar el síntoma. Se considera la imposibilidad de concretar el proyecto de hijo como una problemática de la pareja, como efecto del vínculo en la pareja.

Independientemente de los sucesos ocurridos en las historias individuales o en generaciones anteriores que perturbaron el psiquismo de uno o de ambos integrantes de la pareja. En este encuentro de los miembros de la pareja intervienen la pulsión, el deseo, las historias de cada uno, las genealogías, los mandatos culturales y familiares.

La inhibición de la función reproductiva constituye un síntoma (Benedek et al., 1954; Tubert, 1986) con especificidad y sentido, que no guardan relación con una estructura psicopatológica determinada. Son dos sujetos que, en la mayoría de los casos, parten del enamoramiento y van organizando lo compatible y lo no-compatible de sus vidas a través de estipulaciones conscientes e inconscientes.

Las alianzas inconscientes se sitúan en los puntos nodales de las relaciones reprimidas que mantienen los sujetos singulares entre sí y con los diferentes conjuntos sociales.

Actualmente el concepto de inconsciente sigue siendo válido sobre todo en la práctica clínica, y en la investigación:

“...podemos aducir que el supuesto de lo inconsciente es necesario y es legítimo, y que poseemos numerosas pruebas en favor de la existencia de lo inconsciente”.

“..... En sanos y en enfermos aparecen a menudo actos psíquicos cuya explicación presupone otros actos de los que, empero, la conciencia no es testigo”

“... .cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que le precedieron. Los sucesos que en nuestra vida mental parecen casuales o no relacionados con lo que aconteció antes, solo son tales en apariencia.

“..... el grupo más interesante de fenómenos inconscientes, sin embargo, comprende aquellos elementos psíquicos que sólo pueden adquirir conciencia por la aplicación de esfuerzo considerable (Freud, O.C. 1914- 1916; *Volumen 14*, p. 163).

“El adjetivo inconsciente se utiliza en ocasiones para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. La palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión” (Laplanche & Pontalis, 1966, p.193).

“Las características esenciales del inconsciente como sistema, pueden resumirse del siguiente modo: Sus contenidos son representantes de las pulsiones; estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario, especialmente la condensación y el desplazamiento; fuertemente caracterizados de energía pulsional, buscan retornar a la conciencia y a la acción,

pero solo pueden encontrar acceso al sistema Psc-Cs en la formación de compromiso, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura; son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación en el inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 1966, p.193).

“Es a partir de manifestaciones o formaciones, que el inconsciente hace su aparición, pero es justo una cierta parte la que aflora a la conciencia y permite una indudable revelación de él. Es, por medio de estas, que es posible hacer una interpretación de su contenido. Sin embargo, el sujeto del inconsciente es activo y no tiene descanso, por ende, permite constantemente y en momentos precisos, develar algo de su particular funcionamiento” (Criales, 2014, p. 4).

4.7.2. Análisis de la función Materna y Paterna en la Pareja

Desde principios del siglo XX se pensaba que toda mujer era apta para procrear y solía esperarse como algo ordinario sin hacerse demasiadas preguntas, se daba por hecho que toda mujer deseaba hijos. Desde que una gran mayoría de mujeres utiliza anticonceptivos, la ambivalencia materna emerge con mayor naturalidad.

El deseo de hijos no es ni constante ni universal. Algunas quieren, otras ya no quieren y finalmente hay otras, que no han querido nunca. Desde que existe la posibilidad de escoger, existe la diversidad de opciones y ya no se puede hablar de instinto o de deseo universal. La noción y concepto de maternidad no es un prodigio natural, es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por pautas que se infieren de las necesidades de un grupo social específico que le atribuyen un valor especial al instinto materno y al amor maternal , atribuyéndole a

una época definida de su historia (Alkolombre, 2008; Badinter, 1980; Knibiehler, 2001; Molina, 2006).

Federico le comentó que platicando con su tío que es Ginecólogo les aconsejó que esperaran por lo menos un año, si ya estaban bien médicamente, que se dieran oportunidad de que fuera natural. Yo manifesté mi acuerdo pues ese tiempo nos iba a permitir trabajar sobre el Deseo de hijo. Dania no estuvo de acuerdo. Nos dijo que su reloj biológico estaba ya, muy avanzado y que si había una forma como la Fertilización in Vitro (FIV), por qué tenía que esperar.

El deseo de hijo es la base sobre la cual se construirá la prehistoria del niño por nacer. Cada mujer teje desde su infancia redes complejas acerca de la maternidad, que luego se imprimen sobre la función biológica de engendrar. Tener un hijo del padre, un hijo auto-engendrado, un hijo de la pareja. Deseos que sólo pueden vehiculizar a través de la maternidad.

La maternidad está asentada en el ideal del Yo femenino y es la expresión más clásica de su sexualidad, culminando con la llegada de un hijo varón sobre todo (Aulagnier, 1992; Badinter, 1980; Freud, 1929; Knibiehler, 2001; Molina, 2006; Zelaya et al., 2006).

Durante cada embarazo, se reactiva la experiencia con la propia madre, se cumplen intercambios internos de procesos de diferenciación entre los dos cuerpos se vive la fusión con el feto, experimentada físicamente, se reactualiza la fantasía de fusión psicológica con la propia madre. En este estado se involucran tres generaciones condensadas con el sentirse como madre y como hija, se promueve

una intensa regresión interna (Alkolombre, 2008; Blaessinger, et al., 2012; Calcagnini, 2003)

Dania dice que para su mamá fue una espera muy larga pues ella había tenido dificultades para embarazarse, habían pasado siete años antes de lograrlo, y continuamente le decía que tuviera calma y paciencia, pues a lo mejor a sus hijas les pasaba lo mismo.

Para el Psicoanálisis, el interés en el tema de la maternidad surge desde la clínica, que nos lleva al estudio de casos que se han ido comprobando, cada vez más concluyente la obligación de describir y comprender los fenómenos intrapsíquicos que se desdoblaron en la mujer cuando pasa por el proceso de la maternidad (Alkolombre, 2008; Langer 1967; Scuzzarello, 2013; Tubert, 1993).

Dania relata que su mamá le contó que cuando ella nació, le hicieron cesárea, pues con ella su mamá rompió fuente a los ocho meses, afortunadamente todo salió bien, ella es ocho-mesina.

Con su hermana si llegó a tiempo el embarazo y nació en buen estado de salud le hicieron cesárea, es que su mamá es bajita, mide un metro y cincuenta y dos centímetros. Ella es RHO negativo, su mamá y su hermana.

Federico relata que su mamá también rompió fuente a los siete meses, por lo que él es sietemesino y que su mamá tuvo un parto muy complicado, sin dar más explicación. Lo dejaron en incubadora un mes y medio pues nació pesando un kilo doscientos gramos, se deshidrató, se bronco-aspiró, pero afortunadamente todo salió bien. Con su hermano también rompió fuente a los siete meses y que el parto

había sido tan complicado que el Dr. le dijo que pensará bien en otro embarazo pues estos dos habían sido muy complicados. Por lo que su mamá decidió hacerse la histerectomía.

Federico recuerda que con cierta frecuencia su mamá les contaba que ella quería tener hijos guapos y por eso escogió a su papá. Tener un hijo del padre, un hijo auto-engendrado, un hijo de la pareja. Deseos que sólo pueden vehicular a través de la maternidad. La maternidad está asentada en el ideal del Yo femenino y es la expresión más clásica de su sexualidad, culminando con la llegada de un hijo varón sobre todo (Freud, O. C. Volumen 14. 1929).

4.7.3. Deseo de Hijo desde las estructuras dinámicas inconscientes de la pareja.

Entre la pareja y la sociedad se celebra un contrato que conviene y beneficia a los respectivos narcisismos, la sociedad reconoce el nuevo vínculo dentro de sus instituciones y a cambio le pide una promesa de descendencia y con ello la continuidad de sus valores e ideales (familiares, grupales, sociales).

La procreación no es sólo deseo de hijo, también es mandato social. En las historias de cada miembro de la pareja pueden existir razones, inconscientes la mayor parte de las veces, que contradicen este deseo manifiesto de procrear. La búsqueda de un hijo reactualiza todo lo relativo, a los lugares de cada uno en la cadena generacional.

Cincunegui y colaboradores (2004), plantean que desde su perspectiva práctica “en un número importante de infertilidades, estamos frente al despliegue de

contenidos traumáticos que se manifiestan en el escenario de los cuerpos a través de la inhibición de determinadas funciones”.

La pareja toma la decisión de iniciar los programas de reproducción asistida y realizan por tanto dos intentos seguidos (dos inseminaciones artificiales) a lo largo de un año. En ninguno de ellos consiguió una fecundación positiva, por lo que se les sugiere intentar la Fertilización in Vitro (FIV). Francisco y Dania lo piensan y llegan a la determinación de seguir la Fertilización in Vitro.

Esta situación continua de análisis médico y de intentos sucesivos, se convirtió para la pareja en una situación de ansiedad y angustia constante mantenida a lo largo de un año. Sin embargo, aún con esta situación emocional, la relación de pareja se puede describir como estable y sin mayores conflictos de acuerdo a sus motivos de consulta.

En este caso para seguir con el tratamiento de Reproducción Asistida, a través de la Fertilización in Vitro (FIV), que según el Médico especializado no había garantía que se lograra en una primera ocasión. El médico enfatizó que se tendrían que tranquilizar.

La pregunta obligada ante la infertilidad de la pareja era saber cómo ellos habían reaccionado ante el diagnóstico médico. En esta situación hablamos del sufrimiento ante las decepciones de no lograr la concepción mes a mes, más tarde los dos intentos de fracaso ante la Inseminación Artificial. Les pregunté acerca de la primera reacción ante la imposibilidad de no embarazar con las Inseminaciones, si habían tenido alguna reacción emocional, puesto que primero se niega emocionalmente

ese resultado, después se siente mucha ira por no lograrlo en esos intentos y después aparece la etapa de la negociación, esperar nuevamente que en el siguiente proceso se den las condiciones adecuadas, hay una etapa de depresión, de tristeza y luego viene la etapa de la aceptación (Kubler-Ros,1969; Sánchez Usabiaga et al., 2016).

Negaron este proceso de pérdidas, solamente sintieron mucha tristeza al no poder lograrlo. En las primeras sesiones del tratamiento se trabajaron las etapas del duelo, con mucha reticencia de parte de ella, pues para todo manifestaba premura, ya que ella no había sentido esa tristeza, pero Federico somatizaba con frecuencia, durante esos meses, de no embarazo (Castillo-Aparicio et al., 2009).

Dania dijo que ella nunca se cuestionó por qué en su primer matrimonio no se embarazó, y pensaba que era mejor porque con ese hombre no quería tener hijos. Ahora casada con Federico pensaba que la edad era muy importante en la decisión de tener hijos y que no quería llegar a los treinta y cinco años sin hijos, decía que le urgía quedar embarazada. Cuando le dijeron que tenía un problema ginecológico como la producción excesiva de la hormona Prolactina, la cual le causaba infertilidad, se sorprendió y entendió por qué tenía períodos irregulares. Llevó a cabo su tratamiento esperando ahora si un embarazo. Federico no se imaginó que sus espermias no pudieran penetrar el óvulo, y dice que rápidamente procedió con el tratamiento adecuado.

Aún ya sin obstáculos médicos, en los siguientes cuatro meses no concretaron la concepción. Les comenté si habían pensado en la posibilidad de que hubiera

algún factor inconsciente por lo que no pudieran embarazar. Dania comenta que ella ya había estado en terapia después de su divorcio. Que pudiera ser posible, porque todos tenemos “ichus” que resolver. Federico comentó que a lo mejor la imagen que tiene de su padre, no era tan favorable, pero no sabía si eso fuera suficiente. Pero ahora con la Fertilización in Vitro estaban los dos muy esperanzados (Rivero et al., 2015).

Dania se puso como meta el mes de mayo del 2018, para iniciar el procedimiento. Les comenté que si sabían en qué consistía el procedimiento de Fertilización y me dijeron que algo les había explicado el Especialista, Dania habla de que cuando ellos decidan que ya es el momento el Doctor les va a indicar ciertos estudios de laboratorio. En la siguiente sesión me comentaron que Dania iba a viajar en varias ocasiones así que iban a esperar hasta agosto “nada más, no todo lo que resta del año” para la fertilización (Arranz-Lara, et al., 2001).

Cuando les pregunté si los dos querían tener un hijo, me dijeron los dos que ella quería tener hijos porque a Federico le gustaban mucho los niños, y Federico, contesto que él estaba entusiasmado porque a Dania le gustaban mucho los bebés, que se daba cuenta cómo veía a los bebés de sus amigas, a lo que ella respondió, “ay no es para tanto”.

La relación de pareja es esencial para poder dar cuenta de la construcción del deseo en los hombres de ser padres, es a través de la negociación que lleva a cabo la pareja antes de decidir tener un hijo, donde las expectativas de los varones se entrelazan junto con las de su pareja para concretar la construcción de su deseo de

ser padres, y en esta transacción los varones ponen en juego y reconstruyen los significados que incorporaron con anterioridad. La relación de pareja es lo más importante para que este proceso pueda concretarse. Desear ser padre es una construcción, no un instinto, pues no todos los hombres se convierten en padres. El deseo de ser padres implica el querer ser un cierto tipo de padres (Carril, 2000; Rodríguez et al., 2010).

Para muchas mujeres, la posibilidad de no tener un hijo se transforma en una idea amenazante, se afianzan en crisis en las que su proyecto de vida se desequilibra y también su identidad como mujer ¿Quién soy si no soy madre?

El deseo de tener un hijo adquiere una nueva profundidad, elección y decisión de las mujeres, en un número progresivo de casos, sobre cómo, cuándo y con quién tener un hijo.

Su gradual inclusión en los recintos laboral y público la confrontan con la necesidad de plantearse una nueva conducción de su tiempo, sus afectos y sus deseos. ¿Existe el instinto materno? No, no existe el instinto materno, ya que se confunde con el deseo o capacidad de hacerse cargo de alguien, el bebé. (Alkolombre, 2008; Zelaya, et al., 2006).

Más tarde abordamos el tema de: ¿cómo se imaginan tener un bebé? y Dania contesta que ella es muy dormilona y que por lo pronto en lo que piensa es en dormir todo el fin de semana, que ninguno de los dos ha tocado el tema. Platicó que la semana siguiente iba a tener la visita de unos ejecutivos Hindúes y que los iba a

atender desde las siete de la mañana, además hablan muy mal el Inglés y eso la dejaba muy cansada, por lo que ahora su deseo era dormir.

“Cuando abordamos la problemática del deseo de hijo en el campo de la clínica podemos preguntarnos ¿Qué deseo?, ¿De qué hijo?, Esta posición le otorga al hijo por venir un lugar predeterminado que impedirá un crecimiento autónomo, quedando a merced del deseo materno, fuente potencial de sufrimiento y patología. (Alkolombre 2008).

Federico no contestó, le digo que, si han pensado en que los bebés requieren de mucho cuidado, sobre todo los tres primeros meses, que se va a levantar a darle la mamila en la madrugada y Dania me contestó “Ay mira ya cuando eso suceda ya veré como le hago”.

“El deseo de un hijo en cambio, implica el abandono de la posición narcisista y presupone desde la madre la posibilidad de enfrentar sus propias creencias y la renuncia a la realización de sus deseos a través del hijo.” (Alkalombre, 2008 p.20).

Uno de los temas que se manejaron fue qué idea tenían de las etapas de la gestación como se imaginaban que iba a ser la espera de los nueve meses, si se lograba el embarazo. Qué expectativas tenían como pareja de esta espera. Le pregunté a Dania si había pensado en dejar de trabajar o hacerlo por medio tiempo y me contestó que no, “que ella sin trabajar se volvería loca”.

En la postmodernidad la mujer tiene un desempeño en el espacio privado y público, en lugares de competencia e individualismo. En este contexto se desenvuelve la madre postmoderna, con nuevos parámetros de evaluación,

diferentes formas de participar en el juego social que generan nuevos vocablos, la maternidad queda menos señalada como única condición determinante del sí mismo de la mujer y su valor como person (Molina, 2006; Pizzinato & Moreira, 2007).

El deseo de tener un hijo adquiere una nueva profundidad, elección y decisión de las mujeres, en un número progresivo de casos, sobre cómo, cuándo y con quién tener un hijo. Su gradual inclusión en los recintos laboral y público la confrontan con la necesidad de plantearse una nueva conducción de su tiempo, sus afectos y sus deseos.

4.8. Etapa Final del tratamiento

Durante los meses de junio y julio, Dania estuvo de viaje y pocas sesiones pudimos concretar, una o dos. Y en esas sesiones Federico trató de convencerla de que podrían esperar un poco más que si le parecía bien hasta diciembre, pero Dania se negó y le preguntó que si era por el costo del tratamiento que quería esperar. A lo que Federico le dijo que no, si esto ya estaba decidido.

Hubo un lapso de tiempo de aproximadamente un mes que no los vi, por mis vacaciones y los viajes de Dania, por lo que me sorprendió que, en la sesión del 16 de agosto de 2018 me comentan que ya hablaron con el especialista y que desde que inició su período, ocho días antes ya le están inyectando hormonas para estimular la ovulación, y que el sábado próximo, completando los quince días después del inicio del período y la estimulación ovárica, el Doctor los quiere ver el sábado a las 9:30 de la mañana para hacerle un estudio a Dania y ver cuántos

óvulos están maduros, si los óvulos están de buen tamaño le extraen los que estuvieran ya maduros.

En primera instancia fueron diez óvulos, de los cuales escogieron los ocho mejores, y eligen cinco, que van a ser fertilizados, para el miércoles le implantan dos que estén fertilizados. Dania se pregunta qué serán de los óvulos fertilizados que se irán a congelar. Comentan que los papás de Dania y la mamá de Federico ya están enterados.

Federico que ya había dejado de somatizar, al tercer mes del tratamiento empezó nuevamente con taquicardia leve, nada alarmante. Les pregunto si la mamá de Dania la iba a acompañar al proceso del sábado a las 9:30 con el médico y contesta “ay no mi mamá se pone muy loca”, vamos a ir los dos solos.

Me queda muy claro que Dania no había pensado en embarazarse naturalmente, pues comentó que ella sabía que los óvulos de una mujer de treinta y cinco años no son tan abundantes. Por lo que siempre le apostó a la fertilización in vitro.

En el inicio de un ser existe una madre y una acción llamada maternidad y son los acontecimientos psicológicos los que la diferencian. ¿Cuándo comienza realmente la maternidad? El núcleo psicológico de la maternidad se organiza y comienza en la infancia. Cada mujer desde niña en su relación con la madre, primer modelo de madre que conoce y en sus fantasías de cómo ser madre, da forma a ese núcleo psicológico (Amati Mahler, 2015; Sau, 1998).

Piensan que después del miércoles la espera para saber si se implantaron los óvulos fertilizados va a ser muy larga, pero que ya están en esto y a esperar.

El 14 de septiembre de 2018, hace quince días que se hicieron la implantación de dos óvulos fertilizados, el lunes pasado se hizo la prueba de embarazo y salió positivo.

Comentan que el especialista sacó diez óvulos maduros y en buen estado, escogieron cinco de los mejores y los fertilizaron, le implantaron dos y los otros tres quedaron en congelación, están muy contentos todavía no le dicen a la familia, pues esperan a que el día 21 de septiembre el Especialista haga un ultrasonido y vea una o las dos bolsitas de los fetos ya creciendo.

Dania está angustiada porque no sabe qué pasará con los otros tres óvulos fertilizados que están en congelación, y porque no sabe si los bebés o el bebé crecerá sano, porque como lo hicieron de una manera artificial a lo mejor no nace bien y empieza a llorar. Federico la consuela diciéndole que este momento es de felicidad que lo viva y lo disfrute. Que ya hay muchas mujeres que han tenido bebés de esa manera y están sanas.

19 de octubre de 2018. Llegan a sesión mostrando mucha alegría pues ya le hicieron el Eco y se ven claramente los dos embriones implantados en el útero, ella ya tiene los síntomas de embarazo, va al baño muchas veces, tiene mucho sueño durante el día, se está alimentando bien, tiene ascos y muchos antojos, aunque ya era antojadiza.

Ya está consultando con la Ginecóloga, saliendo de su consulta le habló a su mamá y le dijo que estaban muy contentos pues ya habían visto las dos bolsitas de

los embriones, que eran dos bebés de seguro y autorizó que le dijera a su abuela, la mamá de su mamá.

La mamá le dice “si yo le aviso a tu abuela, pero solamente le voy a decir que tienes embarazo de uno sólo bebé, y le pregunta “¿por qué mamá?”, pues si les digo que son dos van a empezar tus primas con las envidias y los celos, acuérdate que tu prima también iba a tener cuates y se le vino uno y yo no quiero que te pase a ti lo mismo, tú sabes por las malas vibras. Mamá no quiero que me metas en tus cosas de familia, mantente al margen y déjame vivir mi alegría”.

Comentan que el Especialista les dijo que estaba muy contento porqué el procedimiento fue muy positivo, que sacaron doce óvulos escogieron diez, de esos seleccionaron cinco y se fertilizaron. Pero lo que más contento lo tenía era que habían tenido éxito en el primer intento, porque no era frecuente que en el primer intento se lograra. Les preguntó qué Psicólogo (a) los había atendido porque los había visto tranquilos y serenos, y ya le dejamos tu nombre y tú teléfono. Todos estamos muy contentos, van creciendo los bebés, ya tiene Dania diez semanas de embarazo.

Federico me pide una sesión individual y Dania no tiene inconveniente.

13 de noviembre de 2018. Federico platicó acerca de su rol paterno y por qué tenía dudas acerca de tener hijos, no es que no quisiera tener hijos es que no quería ser un padre como el que había tenido, más bien siente que no tuvo padre.

Pero esta identidad, no incluye a la paternidad como un referente identitario fuerte. Los ideales del yo masculinos, incluyen la destreza y la fuerza física, la

fortaleza emocional, la consecución del éxito, el predominio de la razón, etc. Los niños quieren ser "grandes" como sus padres, pero no ser "papás", aunque se ejerciten en el rol en algunos juegos, generalmente mixtos y no con sus pares.

El deseo de hijo entonces, si bien tiene su origen en identificaciones con los objetos primarios y en los deseos narcisistas de perpetuación, no se ha integrado de un modo tan íntimo a su identidad masculina (Carril, 2000; Seidler, 1999).

Recuerda que la pareja de sus padres "no fue de las mejores", el matrimonio duró hasta que él tenía seis años y su hermano cuatro. Que hasta los seis años si tuvo papá, lo bañaba, lo vestía, lo abrazaba, jugaba con ellos los llevaba a la escuela, los dormía, pero cuando él tenía seis años su mamá decidió terminar la relación de pareja y entonces su papá se fue, en aquel tiempo a Federico le quedó la idea que su papá los había abandonado. La mamá no les explicó por qué tomó esa decisión, solamente les dijo "que ella quería tener hijos y por eso se casó", no comentó si estaba enamorada, si se querían, nada, ninguna aclaración.

Federico tiene muy presente la escena cuando su papá recogió sus cosas y salió de la casa, y él pensó que había que buscarlo y en la adolescencia lo busco, tenía doce o trece años y pasaron varios años que trató de acercarse a él. Recuerda que la familia del papá, los hermanos y los abuelos eran muy cariñosos con sus hijos y entre ellos, dice que eran como familias muy unidas, pero que su papá era muy distante y poco cariñoso después que se salió de la casa. Que ahora lo ve desaliñado, poco aseado, mal vestido.

Federico recuerda que cuando tenía diez y siete o diez y ocho años su tío el Doctor habló con él para explicarle que su mamá estaba en el hospital y que tenía un problema de salud que la incapacita, por lo que ahora él tenía que hacerse cargo del negocio y de su mamá, pues ella no se podía mover y estaría en cama. La noticia le resultó muy angustiante, y recuerda que empezó a somatizar.

Las siguientes sesiones fueron tres en pareja, y se habló acerca de los temores del próximo nacimiento, de sus roles como papás, de las compras que hicieron para los bebés que ya sabían que eran una niña y un niño, de la recámara que habían preparado para los bebés. Les pregunté de nuevo que cuando nacieran los bebés, quién cuidaría de ellos, si ella iba a tener medio tiempo, o se saldría de trabajar, “ni loca” responde Dania.

En la postmodernidad la mujer tiene un desempeño en el espacio privado y público, en lugares de competencia e individualismo. En este contexto se desenvuelve la madre postmoderna, con nuevos parámetros de evaluación, diferentes formas de participar en el juego social que generan nuevos vocablos, la maternidad queda menos señalada como única condición determinante del sí mismo de la mujer y su valor como persona (Molina, 2006; Pizzinato & Moreira, 2007).

Dania dijo qué para nada, eso no era para pensarse, que los bebés iban a la guardería cuando tuvieran seis meses. Dania juntó los tres meses de incapacidad, juntó sus vacaciones y tuvo oportunidad de estar con sus hijos los primeros cuatro

meses. Cuando regresó a trabajar su mamá se hacía cargo de ellos durante los dos meses siguientes antes de meterlos a la guardería.

22 de abril de 2019. En este día nacieron, por medio de cesárea, los bebés en buenas condiciones de salud. Una niña y un varón.

4.9. Conclusión del caso

Se llevó a cabo un acompañamiento psicológico y una revisión de los factores inconscientes que le impedían a la pareja embarazarse. Ellos buscaron una solución para resolver sus ansiedades y angustias a través de la terapia de pareja, lo que les permitió un status ciertamente benéfico para lograr su objetivo.

Luego de la revisión del Estudio de Caso “Infertilidad en la pareja un abordaje psicoanalítico: Estudio de caso” confirmamos que la intervención de la terapia psicoanalítica y sistémica en la pareja facilitó, que pudiera embarazarse a la joven mujer miembro de la pareja, utilizando los avances de la tecnología de la Fertilización in Vitro (FIV) en el primer intento.

Se analizaron los factores inconscientes de la pareja que pudieran estar actuando en la imposibilidad del embarazo. Se enfatizaron los factores inconscientes de la joven mujer puesto que de ella dependía que sus resistencias pudieran resolverse, antes de aceptar el implante de dos de los embriones fecundados en su útero.

El motivo de consulta era que ellos pudieran controlar sus ansiedades y angustias, primeramente, consejo sugerido del médico especialista en Tratamiento

de Reproducción Asistida (TRA), pues ya habían fracasado en dos intentos anteriores de Inseminación Artificial.

La revisión de la bibliografía referente a la intervención de la terapia psicoanalítica y sistémica, resultó muy exigua, encontramos algunos artículos de acompañamiento psicológico en algunas mujeres que deseaban el embarazo. Pero no hubo un resultado positivo en ellas, logrando cierta tranquilidad y aceptación en su condición de infertilidad.

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIONES

Se ha mostrado en este caso clínico la importancia de una intervención psicoanalítica de terapia psicodinámica de pareja para abordar las consecuencias de una intervención médica en reproducción asistida, que generalmente tiene efectos adversos físicos y sociales para las mujeres intervenidas, pero también para su pareja.

No se puede afirmar aquí con seguridad que la terapia psicodinámica sea un factor del éxito del tratamiento médico y de que hubiese un embarazo final, tras dos intentos fallidos de Inseminación Asistida (TRA). Sin embargo, existe literatura especializada que afirma una interacción entre la situación psicológica y emocional de la pareja y la probabilidad de éxito en intervenciones psicoanalíticas de terapia psicodinámica (Boibin, 2003; Dolz & García, 2002), o bien que esa interacción hace posible múltiples reintervenciones y que las parejas no desistan en los primeros intentos.

Sin embargo, en un estudio de meta-análisis reciente sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica, la evidencia demuestra que los beneficios del tratamiento psicodinámico son duraderos y no transitorios, y que tienden a perdurar después de la remisión de los síntomas. Para mucha gente, la terapia psicodinámica

puede favorecer los recursos y las capacidades internas y posibilitar una vida más rica, más libre y más plena (Shedler, 2012).

No afirmo aquí que la terapia psicodinámica, con la consiguiente disminución de sentimientos contradictorios, sentimientos inquietantes o amenazadores, y sentimientos que inicialmente puede ser que la pareja no pueda reconocer o admitir, sea la causa de un embarazo posterior.

Lo que sí puede afirmarse con seguridad es que la terapia psicodinámica ha minimizado las consecuencias y efectos aversivos que este proceso conlleva en las personas que pasan por las intervenciones una y otra vez, con fracasos sucesivos (Guerra et al., 2009; Moreno-Rosset et al., 2009).

Se ha mostrado en este caso clínico que, con terapia psicodinámica adecuada, pueden abordarse progresivamente factores inconscientes centrados en el análisis de función materna y paterna, la contribución de cada miembro en la dinámica de su relación, observando una y otra vez la realidad externa y la visión inconsciente que cada cónyuge tiene de esa realidad en relación con la infertilidad como síntoma.

En muchos de esos casos la intervención con terapia psicodinámica podría ayudar no sólo a mejorar la probabilidad de éxito de embarazo, sino también intervenir en el propio proceso ayudando a la pareja, normalizando y disminuyendo el efecto aversivo de todo el contexto del tratamiento.

Además, la terapia psicodinámica en paralelo al tratamiento médico, ayudaría a analizar los síntomas que impiden la infertilidad en estas parejas, cuando se

repiten una y otra vez las intervenciones de reproducción asistida. En todo caso, cuando ya se han producido esos efectos, y realmente la pareja pasa por un fuerte estado emocional de depresión, sí que es necesario ese tratamiento para eliminar sus efectos y ayudar a adoptar un punto de vista más realista y quizás otras posibilidades de vida familiar.

5.1. Recomendaciones

La sugerencia y petición a los especialistas que utilizan el método de Tratamiento de Reproducción Asistida (TRA), con las parejas que quieren embarazar y no lo han podido conseguir naturalmente, es que tengan el alcance de visualizar a los miembros de la pareja como entes biopsicosociales. Es decir admitir y entender los componentes biológicos, psicológicos y sociales, que coexisten de manera independiente en todas las enfermedades (Engels, 1977), y la infertilidad ya se considera una enfermedad endémica y que va en aumento a nivel mundial (OMS, 2018).

El modelo médico se sustenta en la salud de los participantes, como candidatos al TRA, y su objetivo es obtener la concepción en la pareja. Sin embargo, poco se piensa en incluir el acompañamiento de un Psicólogo profesional especializado en el tema de la Reproducción Asistida que sepa y pueda manejar esta situación tan delicada para las parejas, que tienen que integrar en sus vidas, el hecho de la infertilidad.

Se habla de que un 15% de las parejas en el mundo que son diagnosticadas como infértiles, de las cuales el 50% de ellas no acuden a una ayuda psicológica, se culpabilizan y se abruman ante tal noticia. Y no existe una concientización de que se les puede dar una ayuda psicológica, que les permita elaborar y continuar con sus vidas.

REFERENCIAS

- Álvarez, B. (2013). La maternidad: entre la decisión individual y/o la obligatoriedad social. *Maternidades, procreación y crianza en transformación*, 219-244. Recuperado en: https://www.researchgate.net/profile/Bruna_Alvarez/publication
- Alkolombre, P. 2008. Deseo de hijo. Pasión de hijo. Editorial Letra Viva. Argentina.
- Anguera, B, & Miro, M.T. (1995) El modelo psicoanalítico de las relaciones de objeto y su evolución. *Anuario de Psicología/ The UB Journal of Psychology*, (67), 31-40. Recuperado en : www.raco.cat/index.php/anuariospsicologia/article
- Arranz-Lara, L., Blum-Grynberg, B., & Morales-Carmona, F. (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(2), 133-138. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inpor/ip2001/ipo12p/pdf>
- Arranz Lara, Lilia; Blum Grymberg, Bertha; Ito Sugiyama, Emily.(2001a). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, vol. 24, núm. 5, octubre, 2001, pp. 30-36. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252406>.
- Ávila Espada, A. (2008) & Moreno Rosset, C. La intervención psicológica en infertilidad: Orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del Psicólogo*, Vol.29 (2). 186-196. Recuperado en <http://www.cop.es.papeles>
- Allison, G. H. (1997) Motherhood, Motherliness, and Psychogenic Infertility, *The Psychoanalytic Quarterly*, 66:1, 1-17. Recuperado en: <https://DOI:10.1080/21674086.1997.11927521>

- Aulagnier, P. (1992). ¿ Qué deseo, de qué hijo?. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 3, 45-9. Recuperado en: <https://www.s3.amazonaws.com/academia.edu/40329109>
- Benjamín, J., (1996) Los lazos del amor, Psicoanálisis, feminismo y el problema de la Dominación. Editorial Paidós. Impreso en Argentina.
- Besoain, C., & Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: Una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100011>
- Blaessinger, R. R. (2012). Maternidad:¿ Un deseo femenino en la Teoría freudiana?. *Nomadías*, (16), ág-119-135. Recuperado en: <https://www.revistaderechoambiental.uchile.cl>
- Bleichmar, E.,(2010) Otra vuelta más sobre las teorías implícitas del Psicoanalista sobre el genero. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 36. Recuperado en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=679>
- Bobë, A. y Pérez Testor, C.(1994). “Conflictos de pareja. Diagnóstico y tratamiento” .Impreso en España, 1994.
- Badinter, E. 1991 “¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal”. (Siglo XVII al XX). Impreso en Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica.
- Borgogno F. (2008). Ferenczi y Winnicott. *Psicoanalisis*, Vol. XXX, # 2/3 p.209-227. Recuperado en: www.apdeba.org/wp-content/uploads/Borgogno.pdf
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 54(4), 227-248. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214309003.pdf>
- Buitrago, T., & Pilar, M. (2016). Revisión bibliográfica sobre la infertilidad, consecuencias que genera en la persona y en su relación de pareja y rol del psicólogo como terapeuta. Recuperado en: [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2618/1/Tomas%](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2618/1/Tomas%6)

- Burin, M. (1996). Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. *M. Burin, & E. Dio*. Recuperado en://[https:// www.psiconet.com/foros/genero](https://www.psiconet.com/foros/genero)
- Cabrera Figueredo, I., Luaces Sánchez, P., González González, F., González Reigada, A., Rodríguez Hernández, L., & de la Cruz Fernández, C. Y. (2017). Análisis de la infertilidad femenina en la población camagüeyana. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 21(6), 705-716. Recuperado en: www.scielo.sid.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025
- Caille, P. (1991) “Uno más uno son tres” Editorial Paidós Ibérica, S.A. Barcelona. Impreso en España.1992.
- Calcagnini, C. (2003). La función materna: entre el deseo y el estrago. *Ponencia en la Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis, Tucumán*. Recuperado en: [https:// www.efba.org/efbaonline/calcagnini-18.htm](https://www.efba.org/efbaonline/calcagnini-18.htm)
- Canedo Ibarra, S.P.(2009) “Contribución al estudio del Aprendizaje de las Ciencias Experimentales en la educación infantil: cambio conceptual y construcción de modelos científicos precursores”. (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona España. Recuperado en: [https:// www.Edx.cab/bitstream/handle/10803](https://www.Edx.cab/bitstream/handle/10803)
- Capella, C. (2013) Una propuesta para el estudio de la identidad con aportes del análisis narrativo. *Psicoperspectivas*, vol. 12 N° 2 p.117-128. Recuperado en: [http:// www.dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol12-Issue2-fulltext-281](http://www.dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol12-Issue2-fulltext-281)
- Cárdenas, A. E., Chávez, S., & Lozano, C. (2016). Actitudes de la pareja ante su infertilidad. Recuperado de [http://bvirtual. ucol.mx/archivos/121_9706041](http://bvirtual.ucol.mx/archivos/121_9706041), 207. Recuperado en: http://bvirtual.ucol.mx/archivos/121_9706041207.pdf
- Carreño, J., Sanchez, C. & Morales, F. (2016) La Psicología y la infertilidad: una experiencia institucional para establecer una línea de investigación.

- Integración Académica en Psicología*. Vol. 4, Nº 10.1-17. Recuperado en: <https://integración-academica.org/19-volumen-4-numero-10>
- Carril, E. (2000). El deseo parental. El ayer y hoy de una construcción compleja. *Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay*. Recuperado en: https://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nroz/carrilelina.
- Castelar, A. (2018). La Concepción Freudiana del amor. (trabajo de grado) *Escuela de Psicología Universidad del Valle, Santiago de Cali*. P.1-6. Recuperado en: <https://www.psicologiacultural.org/Pdfs>
- Castillo-Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín-Díaz, M. D. y Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario De Psicología Clínica Y De La Salud*, 5, 41-48. 2009.
- Castro, B. O., Boix, C. N., de Paco, N. L., & Martínez, R. P. Infertilidad y afeción de las relaciones de pareja. *REVISTA DE FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA*, 7(8), 31. Recuperado en: https://www.revistafundamentospsicología.umh.es/files/2009/04/revista_fp_2016
- Cincunegui, S., Kleiner, Y., & de Woscoboinik, P. R. (2004). *La infertilidad en la pareja: cuerpo, deseo y enigma*. Lugar Editorial.
- Corrales, J. (2015) Construcción de la función materna, una mirada desde el Psicoanálisis en relación a prácticas, discursos y significados. (Tesis doctoral) Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Delucca, N. & Longás, C. (2015), Recorrido en torno a la maternidad y el deseo del hijo. *Actualidad Psicológica* año XL Nº 444. Recuperado de: <https://dokumen.tips/documents/el-deseo-de-hijo.html>
- Del Castillo Aparicio, M., Moreno-Rosset, C., Martín Díaz, M. A., & Ramírez-Uclés, I. (2009). Diferencias de género en afecto, desajuste emocional y recursos

- adaptativos en parejas infértiles: un enfoque positivo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 41-48. Recuperado en: <https://www.idus.us.es/xmlui/bitstream/handle>
- Devoto C, Enzo, Madariaga A, Marcia, & Lioi C, Ximena. (2000). Factores causales de infertilidad masculina: Contribución del factor endocrino. *Revista médica de Chile*, 128(2), 184-192. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000200008>
- Díaz Bernal, Z., & García Jordá, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de salud pública*, 37, 106-119. Recuperado en: <https://www.scielosp.org>
- Díaz, D. G., Barcelona, P. I., Carrillo, M. D. M. T., & Sevilla, P. I. (2007). Intervención psicológica en medicina reproductiva. *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida*, 29. Recuperado en: <http://www.serfertilidad.net/docs/grupos/psico/guia1.PDF#page=32>
- Dicks, H. (1967) "Tensiones Matrimoniales" Editorial Hormé. Bs. As. 1970.
- Eckerdt, A. Becco, V. & Paulozky, M. (2017). Infertilidad sin Causas Biológicas ¿Qué quieren las madres?. *Anuario de Investigaciones*, 2017, Vol. 3, Nº1, 481-487. Recuperado en: <https://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp>
- Espada, A. Á., & Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 186-196. Recuperado en: <https://www.cop.es/papeles>
- Etchegoyen, H. (2015) Representación y Relación de Objeto. *Revista Mentalización* Revista de psicoanálisis y psicoterapia, (5).1-10. Recuperado en: <http://revistamentalización.com>
- Faria, D.E. Grieco,S. & Barros, S.M.(2012). Efectos de la infertilidad en la relación de los cónyuges. *Rev.esc.enferm.USP vol46*, Nº 4 Sao Paulo. Recuperado en: <https://www.dx.doi.org/10.1590/50080-62342012000400002>

- Farland, L. V., Ai-ris, Y. C., Correia, K. F., Grodstein, F., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J., & Missmer, S. A. (2016). Who receives a medical evaluation for infertility in the United States?. *Fertility and sterility*, 105(5), 1274-1280. Recuperado en: <https://dx.doi:10.1016/>
- Ferrera, C. B. F. (2018). *Repercusión de los valores de resiliencia de parejas estériles en los resultados de tratamientos de fecundación in vitro* (Doctoral dissertation, Universidad de Oviedo). Recuperado en: <https://www.core.ac.uk/download/pdf/153485521.pdf>
- Fernández Vilanova, R. (1986). Edipo y función materna en la escuela inglesa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 6(19), 565-577. Recuperado en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14905>
- Flores Robaina, N., Jenaro Río, C., & Moreno Rosset, C. (2008). Terapia de pareja en infertilidad. *Papeles del Psicólogo*, 29(2). Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829207>
- Fonagy, P. (2003). Apegos patológicos y acción terapéutica. “*Grupo psicoanalíticode discusión sobre el desarrollo*”, *Asociación Psicoanalítica Americana*. N° 4 p.1-14. Recuperado en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=104>
- Fuster Tozer, M. (2013) Por qué leer a Fairbairn (Ogden, T.H.) *Aperturas psicoanalíticas, Revista internacional de Psicoanálisis* # 045, 1-11. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/artículo.php?articulo=0000831>
- García Neira, N. (2012). Los casos clínicos de homosexualidad femenina en la obra de helen deutsch. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-072/136>

- Ghavi, F., Jamales, S., Mosalanejad, L. & Mosallanezhad (2015) A study of couple Burnout in Infertile Couples. *Global Journal of Health Science V.8 (4)*: 158-165. Recuperado en: www.doi:10-5539/gjhs.v8n4p158
- Gonzalez, G. A.(1979). "Análisis de la Relación de pareja". Ediciones Nueva Visión, Impreso en Bs. As. 1979.
- González, S. (2014). El hijo por venir. *MESA TEMÁTICA: "Sobre la ley de fertilización asistida gratuita N° 26.862"*. 1-10. Recuperado en: <https://www.medife.com.ar/JornadasdeSaludMental2014>.
- Grinblat de Notrica, M.S. Sobre el lugar del psicoanálisis en las técnicas de reproducción asistida. Recuperado en: <https://www.fepal.org/wp-content/uploads/0403.pdf>
- Grüner, E. (1995). Foucault: una política de la interpretación. *M. Foucault, Nietzsche, Freud, Marx*, 8-28. Recuperado en: <http://www.toposytropos.com.ar/N3/pdf/gruner.pdf>
- Guevara, J. & Zulú, J. Metodología utilizada para la elaboración de la tesis, Fuentes y tipo de investigación. *Elaboración y diseño en formato PDF, por la Oficina General del Sistema de bibliotecas y Biblioteca Central UNMSM*. p. 1-5. Recuperado en: <https://www.sisbib.unmsm.edu.pe/>
- Herrera, M.M. (2014) Psicopatología y "Teoría de las Relaciones Objétales". *Psychology And "Object Relations Theory" Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 2 (144) 147-158. Recuperado en: www.redalyc.org/org/articulo.oa?id=15333872009
- Henriquez, R. (2009) El Síndrome de Infertilidad asistida. *Psicoanálisis y cultura moderna*.p.1-2. Recuperado en: <https://www.ruyhenriquez.woedpress.com>
- Higgins, B. (2004). "Couple. Infertility: From the perspective of the close relationship Model" *Family Relations*,39 (1) 81-86. Recuperado en <https://www.dx.doi:/10.2307/584953>

- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34. Recuperado en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200009&lng=es&tlng=es.
- Jackson, D., Beavin Bavelas, J. & Watzlawick, P. 2011. "Teoría de la Comunicación Humana". Barcelona, España. Editorial Herder, 3era. Edición.
- Jiménez, A. C. (2002). Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. *Revista cubana de psicología*, 19(1), 47-57. Recuperado en: <https://www.Revista Cubana en Psicología>.
- Jurado, R. A., Moreno-Rosset, C., Río, C. J., & Espada, A. Á. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 167-175. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829203>
- Kazemijaliseh, H., Tehrani, FR, Behboudi-Gandevani, S., Hosseinpanah, F., Khalili, D., y Azizi, F. (2015). La prevalencia y las causas de la infertilidad primaria en Irán: un estudio basado en la población. *Revista mundial de ciencias de la salud*, 7 (6), 226. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
- Kessler, L. M., Craig, B. M., Plosker, S. M., Reed, D. R., & Quinn, G. P. (2013). Infertility evaluation and treatment among women in the United States. *Fertility and sterility*, 100(4), 1025-1032. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814221/>
- Krakov, H. (2000). El mundo vincular y la clínica psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas N°006 2000*, 1-20. Recuperado en: <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000134>
- Langer, M. 1976. "Maternidad y Sexo, Estudio psicoanalítico y psicosomático" Buenos Aires. Editorial Paidós.

- Lara, L. A., Grymberg, B. B., & Sugiyama, E. I. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: un enfoque cualitativo. *Salud Mental*, 24(5), 30-36. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articuloa?id=58252406>
- Leone, D., Borghi, L., Del Negro, S., Becattini, C., Chelo, E., Costa, M., ... y Luehwink, A. (2018). Comunicación médico-pareja durante las visitas de tecnología de reproducción asistida. *Reproducción humana*, 33 (5), 877-886. Recuperado en: <https://www.doi.org/10.1093/humrep/dey069>
- Limiñana, R.M. (2017) Apoyo Psicológico a la pareja infértil. *Grupo de Investigación EO69-07 Personalidad y Salud (Universidad de Murcia)* 1-4. Recuperado en: <http://webs.um.es/liminana/miwiki/doku.php?0docencia>
- Louis, J. F., Thoma, M. E., Sørensen, D. N., McLain, A. C., King, R. B., Sundaram, R., ... & Buck Louis, G. M. (2013). The prevalence of couple infertility in the United States from a male perspective: evidence from a nationally representative sample. *Andrology*, 1(5), 741-748. Recuperado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Luna, F. (2013). Infertilidad en Latinoamérica: en busca de un nuevo modelo. *Revista de Bioética y Derecho*, (28), 33-47. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000200004>
- Martín Martín, A. C.(2007). Incidencias de la Psicología en la infertilidad partir del grado de mentalización (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Psicología biológica y de la salud. Recuperado en: <https://www.repositorio.uam.es>.
- Meggo, Y. R. (2008). Los psicólogos y la infertilidad. *Psicología y salud*, 18(1), 129-135. Recuperado en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/684>

- Melluso, G.(2017). La infertilidad como síntoma de la época. *Revista el Sigma. Columnas*,1-4. Recuperado en: <http://www.elsigma.com/columnas/la-infertilidad-como-sintoma-de-la-epoca/13356>
- Molgora, S.,Fenaroli, V., Acquati, C., De Donno, A., Baldini, M. P., & Saita, E. (2019). Examining the Role of Dyadic Coping on the Marital Adjustment of Couples Undergoing Assisted Reproductive Technology (ART). *Frontiers in psychology*, 10, 415. Recuperado en: <https://doi:10.3389/fpsyg.2019.00415>
- Molina, M. E. (2006) Transformaciones Histórico Cultural del Concepto de Maternidad y sus repercusiones en la identidad de la Mujer. *PSYKHE 2006, Vol.15, N°2*,93-103. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.4067/50718-22282006000200009>
- Moreno Rosset, C. 2002. “Factores psicológicos de la infertilidad”. Madrid. Editorial Sanz y Torres.
- Moreno Rosset, C. 2009. “La infertilidad ¿Por qué a mí? Impreso en España, Editorial Pirámide.
- Moreno Rosset, C., Antequera Jurado, R., Jenaro Río, C., & Gómez Sánchez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n1/v20n1a07.pdf>
- Moreno-Roset, C., Ávila-Espada, A., de Castro-Pita, F.J., Rodríguez-Muñoz, M. (2015). Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI). Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XXIV, (1), 5-12. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843002>
- Moura Ramos, M., Gameiro, S., Canavarro, M. C., Soares, I., & Almeida-Santos, T. (2016). Does infertility history affect the emotional adjustment of couples undergoing assisted reproduction? The mediating role of the importance of

- parenthood. *British journal of health psychology*, 21(2), 302-317.
Recuperado en: [https:// www.dx.doi.org/10.1111/bjhp.12169](https://www.dx.doi.org/10.1111/bjhp.12169)
- Muñoz, D., Kirchner, T., Forns, M., Peñarrubia, J., & Balasch, J. (2009). Estresores vinculados a la infertilidad en parejas que inician un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 99-105. Recuperado en: <https://www.core.ac.uk/download/pdf/51380960.pdf#page=99>
- Najafi, M-, Soleimani, A., Ahmadi, K., Javidi, N., & Kamkar, E.H. (2015). La Eficacia de la Terapia Emocionalmente Centrada en Mejorar el Ajuste Marital y la Calidad de Vida entre Parejas Infértiles con Conflictos Maritales de julio a septiembre; 9 (2): 238-246. Publicado en línea el 27 de julio de 2015. Recuperado en: [https:// doi: 10.22074 / ijfs.2015.4245](https://doi.org/10.22074/ijfs.2015.4245)
- Parada Muñoz, L. M. (2005). Construcciones Narrativas como horizonte para la intervención. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*. Vol. 2, Nº 1. P. 149-158. Recuperado en: [https:// www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci](https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci)
- Pacheco, J. & De La Torre, B. (1998). Factor psicológico en parejas con problemas de infertilidad. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 44 (3): 169-172. Recuperado en: [https:// www.spog.org.pe/web/revista/index.php/](https://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/)
- Palacios, E. & Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Vol. _38, Nº 2. Recuperado en: <https://dx.doi.org/104067/SO717-92272000000200004>
- Palacios, B., Jadresic, M., Palacios, F., Miranda, C., & Domínguez, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 67(1), 19-24. Recuperado en: [https:// www.dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000100004](https://www.dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000100004)

- Palomar, V. C. (2005). Maternidad: historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género*, 22., 35-67. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204>
- Paterna, C., Martínez, C., & Rodes, J. (2005). Creencias de los hombres sobre lo que significa ser padre. *Interamerican Journal of Psychology*, 39(2), 275-284. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28439212>
- Perelson del Pozo, I., Ruesta-Terán, C., Sánchez-Fernández, M. D. P., Cristóbal-García, I., & Neyro, J. L. (2017). Protocolos de estimulación ovárica en inseminación artificial según el patrón utilizado de glicosilación de la hormona folículo estimulante. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(9), 578-588. Recuperado en: <https://www.ginecologiyobstetricia.org.mx>
- Pérez-León, C., Ramírez-Montiel, M. L., Miranda-Rodríguez, A., Pichardo-Cuevas, M. & Contreras-Carreto, A. N. (2013) Factores asociados a infertilidad en un grupo de parejas mexicanas. *Médica Sur*, 20 (1), 4-7. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com>
- Pérez Testor, A., Castillo Garayoa, J. A. & Davins Pujols, M.(2009). Psicoterapia Psicoanalítica de pareja: Teoría y práctica clínica. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 197-217. Recuperado en: www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/142
- Peterson, Boivin, Norre, Smith, Thorn & Wischmann. (2012) An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical. *Journal of assisted reproduction and Genetic*. Vol 29 (3). Recuperado en: <https://www.doi:10.1007/s10815-011-9701>
- Pichardo, U. A. C. & Gongora, I. C. M. (2013). Abordaje Psicoanalítico del primer embarazo. *Revista Acta Médica Grupo Ángeles*, 11 (2). 112-115. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com>pdf>actmed>

- Pintos Medina, A. L. & Marotta C. (2015), Maternidad Reflexiones sobre sus significados y las construcciones del imaginario social. Partiendo de la experiencia práctica en un Centro para mujeres con niño/as y adolescentes a cargo, en situación de calle. Montevideo, 30 de octubre de 2015. Recuperado en: [https:// www.sifp.psico.edu.uy/sites](https://www.sifp.psico.edu.uy/sites)
- Pizzinato, A., & Moreira, M.C. (2007). Identidad, maternidad y femineidad: Retos de la contemporaneidad. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, Nº. (3), 224-232, set./dez. 2007. Recuperado en: [https:// www.dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/5161628.pdf](https://www.dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/5161628.pdf)
- Pujo, M.(2008) La infertilidad y la especie. *Pagina12*. P.1-3 Recuperado en:<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicología/9-107110>
- Quintero, A. M. (2011). Diseño de proyectos de investigación cualitativa. (Resumen). Recuperado en:// [https:// www.dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/4929358.pdf](https://www.dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/4929358.pdf)
- Ragúz, M. (1990). Maternidad/maternalidad y trabajo:" efectos" del rol dual sobre las madres que trabajan. *Revista de Psicología*, 8(2), 181-201. Recuperado en: [https:// www.dialnet.uniroja.es](https://www.dialnet.uniroja.es)
- Ramos, R. R., Gutiérrez, G. R., Monroy, I. A., & Sánchez, H. G. M. (2008). Factores de riesgo asociados con infertilidad femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76(12), 717-721. Recuperado en: [https:// www.medigraphic.com/pdf/ginecobsMex/](https://www.medigraphic.com/pdf/ginecobsMex/)
- Reid, G. B.,(2010) Construcción del deseo de maternidad en mujeres de hoy. Nuevas prácticas, Nuevas representaciones. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-031/847>

- Regalado Hernández, M. Á., Sánchez-Guerrero, C., García-Ortiz, L., Santillán-Hernández, Y., & Moreno-García, J. D. (2013). Variantes genéticas asociadas con infertilidad masculina en pacientes mexicanos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81, 245-258. Recuperado en: <https://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecología/2013/femego5-13/Feme>
- Regueiro Ávila, A. M., & Valero Aguayo, L. (2011). Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. *Escritos de Psicología (Internet)*, 4(3), 27-35. Recuperado en: https://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&spid=S1989
- Rich, A. (1996). Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. 373-376. Recuperado en: <https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5479559>
- Rivero, R. (2008) La Metodología en los trabajos de Investigación. *RMIE, Vol. 13 N° 38*, 969-972. Madrid, Editorial Universitas. Recuperado en: www.scielo.org.mx/scielophp?script=sci_arttext&pid=s1405
- Rivero, N., Quintero, E., Montiel, C., Karame, A., & Alarcón, A. (2015). Desajuste emocional y recursos adaptativos en parejas infértiles con tratamiento de reproducción asistida: hallazgos preliminares. *REDIELUZ*, 4(1). Recuperado en: <https://www.researchgate.net>
- Rodríguez Fernández, M. D. C. (2016). Modelo vincular en una pareja tratada a causa de infertilidad. *MediSan*, 20(10), 5044-5047. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen>
- Rodríguez, R., Pérez, G., & Salguero, A. (2010). El deseo de la paternidad en los hombres. *Avances en psicología latinoamericana*, 28(1), 113-123. Recuperado en: <https://http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79915029010>

- Rosas, M. R. (2008). Infertilidad femenina: un problema multifactorial. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 27(8), 90-97. Recuperado en: <https://www.elsevier.es<inicio>Offarm>.
- Rosset, C. M., Espada, A. Á., Pita, F. J. C., & Muñoz, M. D. L. F. R. (2015). Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI). Eficacia clínica a través del estudio de un caso. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(1), 5-12. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843002>
- Sager, C. (1980) "Contrato matrimonial y terapia de pareja" Impreso en Bs. As., 1980.
- Sánchez, E. (2012). La investigación cualitativa en psicología: ¿Por qué ésta metodología?. Recuperado en: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/254308>
- Sánchez Usabiaga, R. A., Romero-Tovar, S., Batista-Espinoza, A., & Hurtado-Amador, R. (2016). Implementación del diagnóstico de infertilidad en la primera visita al consultorio. *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(6), 368-376. Recuperado en: <https://www.ginecologiayobstetriciademexico.com>
- Sanfeliu, I. (2002) Karl Abraham: el origen de la teoría de las relaciones objetales. *Frenia. Revista de la Historia de la Psiquiatría*, 2 (2), 35-59. Recuperado en: www.222.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16377
- San Miguel, M. (2006). Apego, trauma y violencia: comprendiendo las tendencias destructivas desde la perspectiva de la teoría del apego [Renn, P., 2006]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 24. Recuperado en: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000423&a=Apego-trauma-y-violencia>
- Sau, V. (1998). Del vacío de la maternidad, la igualdad y la diferencia. *Hojas de Warmi*, 9, 61-75. Recuperado en: <https://www.raco.cat/180612-233217-PB.pdf>.

- Scharff & Scharff, 2016. "Terapia de Pareja. Según las relaciones objetales" New York. Editorial Karnac Books Ltd. 1ª Edición en español.
- Scuzzarello,P. Había una vez un hijo. Tu Diván Psi. Psicólogo en Microcentro. 1-6. Recuperado en: <http://www.tudivan.com.ar/wp-content/uploads/2013/11/había-una-vez-un-hijo.jpg>
- Scuzzarello,P. (2008) El abordaje psicoanalítico en las dificultades de la fertilidad Tu Diván Psi. Psicólogo en Microcentro. Recuperado en: <https://www.tudivanpsi.com.ar/psicoanálisis-y-infertilidad/>
- Siegel, R. (febrero, 2019) "¿De dónde vine?" El impacto de la tecnología de reproducción asistida en las familias y los psicoterapeutas. *Aperturas Psicoanalíticas*, (60). Recuperado en: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001056>
- Spivacow,M., (2002). La perspectiva intersubjetiva y sus destinos: la terapias psicoanalíticas de pareja. *Aperturas Psicoanalíticas* 11. 1-16. Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?>
- Tame Ayub, N., *Infertilidad*, 2016. Editorial Grijalbo, Impreso en México.
- Teruel, G. (1974). "Diagnóstico y Tratamiento de Parejas en Conflicto" Editorial Paidós, Bs. As. 1974. Argentina.
- Tubert, S. (1993). Demanda de hijo y deseo de ser madre. *Centro de Investigaciones y Estudios de género (CIEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México*. 1-29. Recuperado en: <https://www.jstor.org/stable/42624161>
- Torregiani, M. (2007) Trabajo de Investigación acerca de la elección de objeto en la obra freudiana. *Escuela de formación de ayudantes de Psicoanálisis Freud I. p.1-6*. Recuperado en: <https://www.Psicolog.org/trabajo-de-investigación-acerca-de-la-eleccin-de-objeto-en-la-o-html>.

- Tercero, R. P. (1994). Revisión histórica de la terapia familiar. *Revista Psicopatología*, 14 (1), 5-17. Recuperado en: <http://www.RevistaPsicopatología.avntf-evntf.com>
- Uribelarrea, L. M. L. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29(2), 158-166. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77829202.pdf>
- Veiga, M. C., Puccio, M. C., & Tamburelli, V. (2013). ¿ Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad. *Reproducción*, 28(3), 79-89. Recuperado en: https://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revisión.pdf
- Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2014). ¿ Cuáles son los parámetros para la valoración de la pareja parental?. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(1), 274-292. Recuperado en: <https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci>
- Venditti, G. M., Herrera, D. O., & Navarro, J. E. O. (2013). Maternidad y sublimación: una lectura psicoanalítica de la maternidad tardía. *Estudios Feministas*, 773-791. Recuperado en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/33041/26488>
- Warrentin J, Whitaker C. El programa secreto del terapeuta que realiza terapia de parejas. En: Zuk GH, Boszormenyi-Nagy I, editores. *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. 7.
- Yacuzzi, E.(2005) El estudio de caso como metodología de Investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. *Serie documentos de trabajo*, 296.UCEMA. Bs. As. Recuperado en <https://www.hdl.handle.net/10419/84390>
- Zavattini, G.C. (2006). El “espacio triangular” y el setting en la psicoterapia psicoanalítica de pareja. *Psicoanálisis & Intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones*, 1. Recuperado en:www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.asp?id=165&idioma=&idd=1

Zelaya, C. R., Talledo, J. M., & de Dupuy, E. S. (Eds.). (2015). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Cauces Editores.