

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TESINA DE LICENCIATURA  
EN PSICOLOGIA**

***“La infertilidad como crisis vital en la  
pareja: factores disfuncionales y  
salutogénicos.”***

*Alumna: PAGOTTO, GABRIELA*

*Director: LIC. GARCIA, CLAUDIA*

*Octubre, 2010*

**HOJA DE EVALUACIÓN**

**TRIBUNAL**

*Presidente:*

*Vocal:*

*Vocal:*

*Profesor invitado: Lic. Claudia García*

*Nota:*

## **Agradecimientos**

A mi familia por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida... Y porque siempre me acompañaron y fueron pilares fundamentales en cada paso de mi ciclo por la universidad.

A Diego, por ser esa persona especial que me acompaña cada día, por ser mi sostén y por haberme brindado los momentos más lindos de mi vida.

A mis amigas de la vida y de la facultad, por acompañarme, ayudarme y por tantos momentos compartidos...

A los profesores, que más allá de sus conocimientos me brindaron modelos a seguir en mi futura vida profesional. Especialmente a mi directora de tesina, la Lic. Claudia García, por acompañarme y guiarme en este camino, por brindarme su apoyo, tiempo y dedicación, y por transmitirme sus conocimientos.

## **RESUMEN**

El interés principal del presente trabajo es profundizar en el estudio de la infertilidad, su incidencia en el funcionamiento del sistema conyugal, y las repercusiones en los diferentes planos de la vida de las personas implicadas.

La problemática reproductiva provoca una crisis en la pareja, afectando diferentes planos de la vida: personal, de pareja, relaciones sociales, familiares, laboral y económico.

También se intenta identificar y analizar los recursos y capacidades a los que recurre el sistema-pareja para hacer frente a la situación de infertilidad, aproximándonos al concepto de resiliencia conyugal, relacionada con los aspectos salutogénicos.

El proceso de investigación es cualitativo con un diseño de tipo narrativo. Se trabaja sobre testimonios publicados en obras especializadas en infertilidad, elaborando diferentes categorías de análisis.

Algunos de los recursos que permiten hacer frente a la crisis, logrando fortalecer la relación de pareja serían: el sentido que se le atribuye a la adversidad, el sostén y la colaboración mutua, la capacidad de cambio y adaptación, la capacidad de resolución de problemas en la pareja, las habilidades de comunicación entre sus miembros.

## ***ABSTRACT***

The principal interest of this paper is to deepen in the study of infertility, its incidence in the behavior of the marital system, and its repercussions in the different schemes of the lives of the people involved.

The reproduction problematic provokes a crisis in the couple, affecting different parts of life: personal, marital, social relations, family relations, labor and economic.

It also tries to identify and analyze the resources and capabilities to which the couple-system appeals in order to face the infertility situation, approaching concept of marital resilience, related to the health aspects.

The process of investigation is qualitative with a narrative-type design. We work on published evidence a specialized written works on infertility, giving way to different categories of analysis.

Some resources which allow to face the crisis, succeeding in strengthening the couple are: the sense which is given to adversity, the support and the mutual cooperation, the capacity of change and adaptation, the capacity of solving problems in the couple, the abilities of communication between its members.

## ÍNDICE

Titulo .....	1
Hoja de Evaluación .....	2
Agradecimientos .....	3
Resumen .....	4
Abstract.....	5
Índice .....	6
Introducción .....	10

### **PARTE TEORICA**

#### **CAP. I: ENCUEDRE EPISTEMOLÓGICO**

1.1 Introducción .....	16
1.2 Conceptos del modelo sistémico- cibernético- constructivista .....	16
1.3 Concepto de sistema y características .....	20
1.3.1 La organización y estructura de un sistema .....	25

#### **CAP.II: PAREJA HUMANA**

2.1 Introducción .....	28
2.2 La pareja como sistema .....	28
2.3 Principios funcionales de la relación de pareja .....	31
2.4 El ciclo vital de la familia .....	35
2.4.1 El periodo de galanteo.....	37
2.4.2 El matrimonio y sus consecuencias.....	39
2.4.3 El nacimiento de hijos y el tarto con ellos.....	48
2.4.4 Dificultades matrimoniales del periodo intermedio .....	49
2.4.5 El destete de los padres .....	50
2.4.6 El retiro de la vida activa a la vejez .....	50

### **CAP. III: REPRODUCCIÓN HUMANA**

3.1 Fecundación .....	53
3.2 Infertilidad .....	54
3.3 Causas de Infertilidad .....	56
3.3.1 Causas Femeninas.....	56
3.3.2 Causas Masculinas .....	59
3.3.3 Factores Psicológicos.....	62
3.3.4 Esterilidad sin Causa Aparente .....	63
3.4 Diagnóstico en Pareja Infértil .....	64
3.5 Técnicas de Reproducción Asistida .....	67
3.5.1 Inseminación Artificial.....	67
3.5.2 Fecundación In Vitro.....	68
3.5.3 Inyección Citoplasmática de esperma .....	68
3.5.4 Transferencia Tubaria de Gametas.....	69

### **CAP. IV: CRISIS E INFERTILIDAD**

4.1 Introducción .....	71
4.2 ¿Qué es una crisis? .....	71
4.3 Crisis Familiares .....	73
4.4 Crisis por infertilidad .....	80

## **CAP.V: LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA**

5.1 Introducción .....	86
5.2 Sentimientos que surgen .....	86
5.3 Los duelos en Reproducción Asistida .....	92
5.4 Relacion estrés- infertilidad.....	102
5.5 ¿Qué pasa con el sexo? .....	105

## **CAP VI: RESILIENCIA FAMILIAR**

6.1 Introducción .....	110
6.2 Concepto de Resiliencia .....	110
6.3 Procesos Familiares Fundamentales para la Resiliencia.....	112
6.3.1 Sistema de Creencias .....	112
6.3.2 Procesos Organizacionales.....	118
6.3.3 Procesos Comunicacionales .....	123

## **PARTE PRÁCTICA**

### **CAP VII: MARCO METODOLÓGICO**

7.1 Objetivos específicos .....	132
7.2 Diseño de la investigación .....	133
7.2.1 Instrumento de Medición .....	133



**CAP VIII: PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

8.1 Organización y estructura de la pareja durante la crisis .....	138
8.2 Principales áreas afectadas por la crisis de infertilidad.....	144
8.2.1 Área Personal.....	144
8.2.2 Área interpersonal.....	149
8.3 Recursos de afrontamiento de la pareja .....	151

**CAP IX: CONCLUSIONES.....158****CAP X: BIBLIOGRAFIA.....167**

## ***INTRODUCCIÓN***

La *esterilidad* afecta entre el 15 y 20% de las parejas en edad reproductiva, lo que equivale a decir que una de cada cinco parejas presenta problemas para lograr el embarazo. Se la define como al imposibilidad de obtener un embarazo luego de un año de búsqueda sin utilizar métodos contraceptivos. La *infertilidad*, en cambio se describe como al imposibilidad de llevarlo a término, porque el embarazo se detiene o se pierde en algún momento del desarrollo. Aunque en la literatura, ambos términos son utilizados en forma indistinta como sinónimos.

Más allá de las definiciones y clasificaciones médicas, consideramos la infertilidad como la imposibilidad de llevar adelante el deseo de tener un hijo y el proyecto de armar o agrandar una familia. La mayoría de las parejas asume que va a tener la opción de elegir si van a tener un hijo o no, pero a veces esto no es la realidad, y cuando a la pareja se le diagnostica infertilidad, es un momento crítico para ellos como individuos y como pareja.

El dolor y la frustración son compañeros constantes en el largo camino que transitan las parejas en busca de cumplir la meta de ser padres. El hecho de tener impedida esta meta provoca una crisis que afecta varias áreas de la vida. Estas personas deben superar vallas personales, dificultades en la pareja, tensiones familiares, laborales, económicas y luchar con un medio social cargado de prejuicios.

Algunos sienten que se les quita el derecho de tener un hijo genético. Esta experiencia que despierta sentimientos inesperados y cuestiona conceptos básicos de nuestra identidad, sexualidad, autoimagen y autoestima es para la mayoría, devastadora. Las personas infértiles atraviesan por un proceso de duelo

que supone la pérdida de poder vivir la experiencia de ser padres, este proceso se ve agravado porque es inesperado, y generalmente privado.

Sabemos que ante la presencia de un acontecimiento desestabilizador como es la crisis por infertilidad, el sistema pareja pone a prueba la posibilidad de comunicarse abierta y sinceramente, la capacidad de empatía, de dar apoyo emocional, y de tolerar las diferencias de opinión, de sentimientos o de tiempos internos. A pesar de experimentar muchos momentos de tensión, la mayoría de las parejas con problemas reproductivos expresan que la experiencia de infertilidad fortalece la relación.

Desde el enfoque de resiliencia, vemos a la pareja que atraviesa por una situación adversa como una entidad desafiada, en lugar de considerarla como una entidad perjudicada, es decir, se altera la mirada restringida únicamente al déficit familiar o de pareja y se los observa con potencial para llevar adelante el crecimiento y la salud de todos sus miembros.

Nuestra intención en esta investigación es profundizar en el conocimiento de la infertilidad, analizando el funcionamiento del sistema pareja, los cambios que se producen a nivel de estructura y organización, una vez diagnosticada la infertilidad.

Nos propusimos desarrollar aquellos aspectos comprometidos en la problemática reproductiva, como las repercusiones en los diferentes planos de la vida: a nivel personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales.

También profundizamos en aquellos factores salutogénicos a los que puede recurrir el sistema-pareja para afrontar una crisis por infertilidad, así como detectar los recursos para lograr fortalecerse con la experiencia que les tocó vivir.

Sostenemos que es posible, luego de haber afrontado una crisis, salir de la misma fortalecidos y con mayores recursos.

A través de dicha tesina buscamos incrementar el conocimiento de la problemática de la infertilidad, la cual incluye aspectos psicológicos, médicos, legales y bioéticos. El abordaje de terapia y la atención de personas con problemas reproductivos requieren de profesionales de salud mental competentes, con herramientas de trabajo para brindar un mejor apoyo psicológico y abordar de forma adecuada la intervención ante esta crisis.

El trabajo se ha organizado en dos grandes partes, **La primera** está abocada al **Marco Teórico**, en el cual comenzamos desarrollando la perspectiva que asumimos y que define nuestro modo de conocer nuestro objeto de estudio.

En el segundo capítulo nos centramos en la pareja humana, describimos algunos conceptos importantes de la dinámica de pareja. También hicimos un recorrido por el ciclo vital de las familias que abarca desde la etapa del galanteo, siguiendo por las diferentes etapas evolutivas, hasta la vejez.

En el tercer capítulo expusimos la problemática reproductiva desde un abordaje médico, definiendo la fecundación humana, el concepto de infertilidad, profundizando sobre sus causas, el diagnóstico en la pareja infértil, y por último se incluye los tratamientos o técnicas de reproducción asistida.

En el siguiente capítulo hemos definido el concepto de crisis y sus diferentes tipos. Luego profundizamos en el estudio de la infertilidad, considerando aquellos aspectos comprometidos en la problemática reproductiva. Entre los aspectos más importantes describimos los sentimientos y emociones que surgen, los duelos por

los que atraviesan las personas infértiles, las actitudes, reacciones y el estrés que generan el diagnóstico, los tratamientos, la toma de decisiones también estudiamos a la pareja, analizando la comunicación y su vida sexual como las áreas más afectadas.

En el último capítulo del Marco Teórico trabajamos sobre la Resiliencia Conyugal destacando los recursos y capacidades que puede desarrollar el sistema pareja para afrontar tantos momentos de tensión y salir fortalecidos de dicha crisis.

En la **Segunda parte** abordamos sobre la **Parte Práctica**, la cual incluye la metodología de la investigación empleada, el proceso de investigación es cualitativo con un diseño narrativo. Se trabajó sobre testimonios publicados en obras especializadas en infertilidad. Consideramos que dichos escritos resultan de un gran aporte y valor, ya que solo quienes han atravesado por la infertilidad conocen el dolor de la lucha contra la misma.

Por último se presentan las conclusiones del trabajo

**PARTE TEORICA**

**CAPITULO I:  
ENCUADRE EPISTEMOLÓGICO**

## 1.1 Introducción

En el presente capítulo desarrollaremos un breve resumen del **Marco Epistemológico** al cual adherimos, es decir, desde el lugar donde nos posicionamos para acercarnos y conocer nuestro objeto de estudio. Partimos del modelo Sistemico-cibernetico constructivista, el cual está configurado por numerosos aportes de diferentes disciplinas y pensadores, por lo que a continuación se incluyen los conceptos más relevantes y representantitos de dicho modelo.

## 1.2 Conceptos del Modelo Sistémico- Cibernético Constructivista

El paradigma Sistémico Cibernético ofrece al campo de las ciencias una nueva forma de teorizar respecto del conocimiento científico, es decir, una nueva epistemología. Después de La Segunda Guerra Mundial, la epistemología Sistémica surge como un nuevo paradigma y comienza a consolidarse un pensamiento teórico más totalizador y menos fragmentado, ya que durante siglos los pensamientos teóricos occidentales estaban orientados a la solución de problemas específicos y limitados, generalmente aislados de su contexto.

***La Teoría General de los Sistemas***, desarrollada en la década del 30 por el biólogo austriaco **Ludwig Von Bertalanffy** proponía estudiar el proceso biológico que lleva a una complejidad creciente de organización del organismo entero. Con ésta teoría se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los sistemas, un modelo de "sistema general" que puede utilizarse y ser compatible para distintas disciplinas, en un marco de un modelo interdisciplinario.



Con la Teoría General de Sistemas se plantea una mejor comprensión de los grandes sistemas complejos, de su naturaleza y funcionamiento, contando con un nuevo modelo y metodología específica que contemple la acción global.

*“Diversas ramas de La Teoría General de Sistemas (T.G.S) estudia la organización interna de los sistemas, de sus interrelaciones recíprocas, de sus niveles jerárquicos, de su capacidad de variación y adaptación, de la conservación de su identidad, de su autonomía, de las relaciones entre sus elementos, de las reglas de su organización y crecimiento, de las condiciones de su conservación, de sus posibles o probables estados futuros, de su desorganización y destrucción, etc.” (Fernandez Moya, 2006:76)*

La **cibernética**, proponía estudiar los métodos de comunicación y control comunes a los organismos vivos y a las máquinas.

**Norbert Wiener**, en 1948, es quien utiliza el principio de retroalimentación o feedback como fundamento de su teoría y la denomina *cibernética*. El término *retroalimentación* es utilizado para referirse a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño. De esta forma, la información sobre los efectos retro-actúa sobre las causas, convirtiendo el proceso de lineal a circular.

La cibernética se ocupa de las retroalimentaciones, de las regulaciones, de los controles, de las condiciones de estabilidad de los sistemas complejos, y por otra parte, de la naturaleza de la información y de su transmisión. En sentido amplio la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización.

En la primera etapa se estudia la cibernética de primer orden o cibernética de los sistemas observados (que a su vez se divide en primera y segunda cibernética), que considera una realidad que existe independientemente de quien la observa.

Luego surge la necesidad de dar cuenta cibernéticamente no sólo de los sistemas observados, sino de los sistemas que observan.

Esta teoría sistémica hace referencia al “pensamiento sistémico basado en la **cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética**. En este marco epistemológico, lo que el observador percibe es justamente la actividad misma de observar. El observador se observa observar.

Bajo esta perspectiva queda excluida por principio la neutralidad del observador, que siempre debe incluirse dentro del campo de su observación.

La noción de circularidad deja de ser una descripción que un observador hace de un sistema observado y pasa a ser un modo de describir la relación que tiene el observador con el sistema observado. Es la cibernética de segundo orden, o cibernética de la cibernética, (Heinz von Foerter) que incluye en la descripción de las observaciones al observador, en donde el lenguaje es fundamental en el observar del observador.

Esta epistemología de los **sistemas observantes o Constructivista** considera que el ***observador participa en la construcción de lo observado***, es decir, se centra en el papel del observador como constructor de la realidad, asumiendo que la realidad no existe de manera independiente del observador y que ésta se define a partir de los propios sistemas que la observan. Toda observación, pues dice más del observador que de lo observado.

Es la concepción del conocimiento como construcción de una persona que permanece como observador activo (constructor de la realidad observada) y las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador.

No somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino constructores activos de la propia realidad. Dentro de este principio se postula la imposibilidad de acceder al conocimiento de la realidad tal cual es, como seres humanos nos

veríamos imposibilitados de acceder a la realidad tal cual, la objetividad no es posible, porque en el fenómeno del conocer, lo que distinguimos, lo que observamos no es una realidad independiente del observador, lo observado ya es parte de nosotros, del observador. No negamos la existencia de esa realidad, lo que se niega es la capacidad del hombre para percibirla de manera directa

Sólo podemos llegar a ella a través de nuestra estructura perceptiva; cada persona lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que engloba el modo personal de percibir la realidad; esto establece lo que hacemos, nuestro pensamiento, nuestras acciones, que determinan nuestra epistemología.

Humberto Maturana (1984) plantea una **Objetividad entre paréntesis**; es uno de los dos caminos explicativos que postula, dos modos de estar en relación. La realidad es una proposición explicativa, no es que la realidad no exista, sino que hay tantas realidades como dominios explicativos. No son distintas formas de la misma realidad, sino diferentes realidades, y todas pueden ser legítimas, aunque no siempre deseables.

Maturana mantiene que lo que el observador explica es su propia experiencia y que dicha experiencia es lo que el observador distingue que le pasa en circunstancias en que el explicar es también una experiencia a explicar. Uno es el camino explicativo de la objetividad.

El otro camino, Objetividad sin paréntesis, asume el acceso a una existencia independiente de uno, plantea la capacidad del observador de ser poseedor de un acceso privilegiado a una realidad trascendente con la cual puede validar su explicar, y que la universalidad del conocimiento se funda en la objetividad.

*“Los seres vivos somos sistemas determinados en nuestra estructura. Esto quiere decir que somos sistemas tales que,*

*cuando algo externo incide sobre nosotros, lo que nos pasa depende de nosotros, de nuestra estructura en ese momento y no de lo externo". (Maturana, 1984:28)*

Cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación que conduce a construir lo que se percibe de modo que pasa a ser distinguido y significado como realidad. Por lo tanto, el proceso que conduce a percibir la manera en que las cosas son, se construye desde el nacimiento a través del consenso, el cual otorga cierto grado de estabilidad.

### **1.3 El Concepto de Sistema: Características**

Fernández Moya define el concepto de *sistema* en los siguientes términos:

*"...una entidad autónoma dotada de cierta permanencia y constituido por elementos interrelacionados, que forman subsistemas estructurales y funcionales. Se transforma dentro de ciertos límites de estabilidad gracias a regulaciones internas que le permiten adaptarse a las variaciones de su entorno específico..."*  
(Fernandez Moya, 2006:79)

Un sistema es definido como un conjunto de unidades o elementos que están en una relación consistente entre ellos; es decir un sistema comprende no solo elementos separados, sino las relaciones entre los mismos, su interacción, con límites definidos, una estructura interna, funcionalidad propia y estabilidad dinámica, etc.

De acuerdo con el concepto de sistema, el todo es más que la suma de sus partes. El todo consiste de todas las partes más la forma en que cada una de ellas

opera en relación con las demás. Cuando se produce un reordenamiento de las partes interrelacionadas, también se produce un cambio. Todo se interrelaciona, cada acción tiene influencia sobre todo lo demás.

Los sistemas se organizan en una manera que las relaciones entre los elementos crean fronteras alrededor del sistema y de cada uno de los subsistemas. Las reglas de las relaciones delimitan las fronteras. Las fronteras pueden ser permeables, con reglas difusas acerca de quién puede interactuar con quién y cómo, o pueden ser demasiado rígidas, previniendo interacciones adecuadas entre individuos en un sistema o entre sistemas.

Pensar en términos sistémicos, no significa ir hacia la realidad en busca de los sistemas que en ella podamos encontrar, independientemente de nuestra acción como observadores. Lo que denominamos sistemas, son distinciones trazadas por nosotros como observadores; éstas distinciones, que nos permiten tornar figura a un sistema, en relación a un fondo poli sistémico.

A partir de la Cibernética aparece un Enfoque Interaccional de la Comunicación, lo que constituye una nueva forma de conceptualizar el comportamiento humano, aquí se destaca el carácter circular de la causalidad en la comunicación.

*“El concepto de interacción... apunta a la acción entre personas, pone el énfasis en procesos observables de acción recíproca en el aquí y ahora, en los cuales el comportamiento de cada individuo adquiere forma y significado” (J. Fernández Moya, 2006:34)*

La interacción es la acción entre personas, los procesos observables de acción recíproca en el aquí y ahora, donde el comportamiento de uno adquiere forma y significado, dentro de un contexto interpersonal particular. Toda operación

mediante la cual las personas se influyen recíprocamente es considerada como comunicación. No es posible no comunicarse, así como no es posible no influir.

Podemos distinguir el modo en que la conducta de uno de sus miembros ejerce su influencia en el otro, y la manera en que el cambio de la conducta de uno de ellos provoca respuestas en el otro, pudiendo plantear nuevas interacciones, teniendo en cuenta siempre el contexto en que todo ello tiene lugar.

Pensar a la *pareja conyugal como sistema* nos brinda la posibilidad de dar cuenta de los fenómenos complejos y organizados que se dan en dicho sistema en permanente interacción, captando los procesos de comunicación, detectando pautas de funcionamiento de esa pareja en particular, y observando la interacción que se establece con otros sistemas, como la familia, amigos, comunidad.

El Doctor Jorge Fernández Moya, en su libro "En busca de Resultados" menciona el contenido fundamental del concepto de sistema y las propiedades del mismo. El sistema es:

- **fenomenológico:** es un esquema acerca de la realidad percibida, pero no la realidad misma. De ella estamos separados por nuestras percepciones, por nuestro adiestramiento perceptivo (que nos permite evolucionar), por nuestra forma personal de conceptualizar, de abstraer esquemas de nuestras percepciones, en función de la organización de nuestro cerebro.
- **complejo:** el sistema es la representación de algo complejo, compuesto por partes denominadas subsistemas. El subsistema se caracteriza porque su existencia se justifica sólo dentro del sistema y en relación con los otros subsistemas. Estos están tan conectados que funcionan interrelacionados. Cada sistema es visto como constituido de subsistemas; inversamente,

cada sistema es una parte componente de un sistema mayor. Un sistema familiar, por ejemplo, comprende subsistemas individuales, un subsistema de hermanos, y un subsistema parental. El sistema familiar, a su vez, es una parte componente del sistema más amplio del vecindario, el cual está relacionado jerárquicamente a sistemas sociales aún más grandes como la comunidad. No podemos dejar de considerar la función de ninguno de los miembros que forman parte de diferentes subsistemas. Nos manejamos con conceptos como causalidad circular y recursiva, donde cada miembro de la familia influye en todos los demás y sus conductas sólo pueden ser explicadas y comprendidas observando todo el sistema.

- **estructural:** un conjunto estructurado de elementos percibidos como conjunto de formas en un momento dado. Tiene una forma (Gestalt). El aspecto de la estructura es estático (como una foto, un mapa)
- **funcional:** cada sistema cumple con diferentes funciones, desarrollan un número de procesos coordinados entre sí, una coherencia funcional. Así, una familia puede convivir porque de alguna manera armonizan sus funciones, se complementan para que ningún rol ni función quede sin efecto. En la vida diaria, este aspecto funcional puede permanecer estable o adquirir diferentes movimientos.
- **cibernético:** si es jerarquizado tanto estructural como funcionalmente y las funciones y estructuras se integran y dependen unas de otras, entonces ha de incluir mecanismos de regulación. El equilibrio del sistema es descrito en términos de retroalimentaciones reiterativas o feedback. Los circuitos de retroalimentación son vistos como los más importantes mecanismos de control. En vez de dos eventos relacionados sólo de manera linear o de causa – efecto, los mismos pueden relacionarse de manera circular, caracterizada como un circuito de retroalimentación positiva o negativa. Así,

se considera que la conducta de cada miembro de la pareja sólo puede explicarse y comprenderse desde la estructura misma de la pareja, observando todo el contexto de dichas conductas, atendiendo a una causalidad circular.

- **prospectivista:** el sistema en su doble aspecto, estructural y funcional, puede describirse en algún momento en su forma estática, o sea de “ese momento”. Además admite el estudio de sus variaciones y transformaciones a través del tiempo.

Las propiedades del sistema son:

- **Límites:** al describir un sistema el observador traza distinciones para reconocerlo como tal.
- **Totalidad y coherencia:** el cambio de una parte del sistema propicia o promueve un cambio en el resto del mismo. Es por lo cual el sistema se comporta como un “todo” o de forma “coherente” El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Un sistema es un conjunto de elementos o unidades organizados. Los principios de la organización sugieren que cuando los elementos son combinados en un patrón consistente, se produce una entidad que es mayor que la suma aditiva de las partes. Un sistema marital, por ejemplo, no puede ser descompuesto simplemente en dos individuos separados. No sólo hay dos subsistemas individuales, sino que hay también una relación consistente entre los individuos que crean el subsistema marital.



- **Independencia o sumatividad física:** es lo que se sitúa en el lado opuesto a la propiedad antes mencionada, se relaciona con las partes o conjunto de partes que se encuentran muy poco o nada relacionadas.
- **Segregación progresiva:** ésta propiedad se relaciona con las anteriores, ya que es el pasaje gradual desde la totalidad a la sumatividad.
- **Sistematización progresiva:** es el proceso en el cual el cambio se realiza desde la independencia hacia la totalidad. Podría ser el fortalecimiento de relaciones entre partes que no estaban en relación anteriormente. Puede ser simultánea a la segregación progresiva o bien pueden ambas actuar secuencialmente.
- **Centralización:** en un sistema puede existir una parte o subsistema que juega un rol mayor en el operar del sistema .El resto de los subsistemas operan alrededor de esa parte dominante.

### 1.3.1 La organización y estructura de un sistema

*“La **organización** hace referencia a aquellas relaciones “invariantes” entre sus componentes que definen y especifican la unidad, dándole una identidad diferenciadora. Cuando reconocemos un objeto y le damos un nombre, reconocemos su organización. (Lynn Segal, 1994: 98)*

Al hablar de organización, nos referimos a las relaciones que constituyen y definen la identidad del sistema. Un sistema conserva su identidad en tanto conserva su organización; por lo tanto esta última es siempre invariante, ya que su cambio representaría la desintegración del sistema. Son las *relaciones entre los componentes que le dan su identidad de clase*. Lo que se cambia es su estructura.

La **estructura** hace referencia a los componentes “reales” y a las relaciones entre los componentes que permiten la conservación de la unidad de la organización. Una unidad compuesta puede tener diferentes estructuras mientras conserva su identidad.

La **estructura** de un sistema es el modo particular, a través del cual la organización de dicho sistema, se realiza. Se refiere a los componentes y relaciones de un sistema que lo hacen un caso particular dentro de una clase. Esta estructura cambia de manera habitual, (cambios estructurales), como una forma de mantener la organización del sistema.

El concepto de *estructura* describe la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, o dicho de otro modo: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al "estrés" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

**CAPITULO II:  
PAREJA HUMANA**

## ***CAP II: PAREJA HUMANA***

### **2.1 Introducción.**

En el presente capítulo se abordarán algunos conceptos que nos permitan un mayor acercamiento acerca de la pareja humana, teniendo en cuenta el concepto de pareja desde un abordaje Sistémico-Cibernético-Constructivista y luego se describirán algunos procesos y tareas propias de las parejas.

Al desarrollar algunos conceptos centrales en el estudio de las relaciones de pareja podremos ir acercándonos y conociendo nuestro objeto de estudio: la pareja infértil

### **2.2 La Pareja como Sistema.**

Hemos definido al concepto de sistema como un conjunto de unidades o elementos que están en una relación consistente entre ellos; éste conjunto ordenado de elementos es definido por un observador como un todo ordenado, que responde a una coherencia fenomenológica de una entidad reconocible como tal.

Teniendo en cuenta a la pareja como una unidad de observación, como una totalidad, consideramos la pareja como un sistema que involucra a dos personas, con sus atributos y características, que les posibilita la construcción de una modalidad de interacciones recurrentes que los identifica.

El sistema pareja está en permanente cambio, teje su propia historia, con características propias y elabora sus pautas de interacción, pautas que luego rigen al sistema y al funcionamiento de sus miembros.

*“El concepto de los sistemas ayuda a explicar el comportamiento que resulta de la interrelación de dos o más personas, donde cada miembro influencia la naturaleza del sistema y a la vez es influenciado por éste.” (Don Jackson, 1968:2)*

Éste concepto de sistema es aplicable al matrimonio y para entenderlo debemos considerar que en su totalidad, el matrimonio no es una relación rígida entre dos individuos rígidos; es una relación fluida entre dos esposos y sus dos sistemas de comportamiento individual. La totalidad del matrimonio está determinado por la forma en que cada uno opera (se comporta) en relación con el otro.

El concepto de sistema muestra claramente que un cambio en el comportamiento de un esposo es generalmente una reacción a un cambio en el comportamiento del otro, y a su vez produce un cambio adicional en la actitud de éste. Este sistema de acción-reacción opera en forma circular.

Consideramos a la interacción entre los miembros de una pareja desde una causalidad circular, rompiendo la concepción mecanicista causa-efecto. Dicha organización compleja no puede ser estudiada teniendo en cuenta a las conductas de cada uno de los miembros de la pareja de manera individual; sino que debe ser comprendida captando como cada uno de ellos participa de la relación y cómo ésta influye en los aspectos individuales de sus miembros.

Conceptualizando a la pareja como sistema, nos brinda la posibilidad de dar cuenta de fenómenos complejos y organizados que se dan en ella en una interacción permanente. Así, debemos observar las regularidades que aparecen a

nivel de comportamiento, detectar aquellas secuencias que se repiten en el tiempo, dando origen a las pautas de funcionamiento de esa pareja en particular.

Desde una perspectiva sistémica, podemos examinar a la pareja-sistema, la interacción entre ellos y a la misma unidad de análisis como parte de sistemas más amplios. Así, pudiendo observar la interacción que el sistema-pareja establece con otros sistemas más amplios, como la familia, sociedad, etc, nos permite evaluar la coherencia y la estabilidad interna del sistema, su grado de autonomía respecto del entorno y su funcionalidad.

Don Jackson en su libro “Los Espejismos del Matrimonio” plantea la importancia de la “igualdad” dentro del matrimonio. Basándose en la noción de que las relaciones humanas íntimas y duraderas dependen de un inter-juego de comportamientos que señala a cada esposo que lo que él reciba será la respuesta a algo que ha dado. Se trata de un acuerdo “quid pro quo” (algo por algo), es decir que para vivir en armonía los esposos “negocian” sobre sus comportamientos y responsabilidades. Puede que este tipo de negociación parezca egoísta o poco romántico, pero según Don Jackson y colaboradores, constituye un aspecto fundamental en las relaciones matrimoniales.

Otro aspecto fundamental es la cuestión de quién tiene derecho a hacer qué a quién y cuándo, que debe elaborar cada pareja, ya que esta situación surge diariamente. Ambos cónyuges deben acordar un conjunto de normas básicas que regulen su relación. Al formarse estas normas, cada individuo debe sentir que tiene exactamente el mismo derecho que el otro de tomar decisiones. Una división desigual de poderes, termina por derrumbarse. Para sobrevivir cualquier sistema requiere mutua responsabilidad, recompensa, seguridad y dignidad. Si los valores y necesidades de uno de los cónyuges son muy rígidos y diferentes a los de su pareja la negociación quid pro quo será imposible, la relación podría terminar en

desastre, es decir en enfermedad, discusiones continuas, abandono, falta de comunicación, divorcio.

Cada esposo debe interpretar aquellos roles para los cuales esté mejor dotado y no aquellos que le dictan las costumbres o la tradición.

### **2.3 Principios funcionales de las relaciones de pareja**

Jurg Willi, (1975) plantea *principios funcionales de la relación de pareja*. Son tres principios fundamentales que han resultado de gran eficacia para el éxito de una relación conyugal.

En primer lugar se presenta el *Principio de Deslinde*: para que una díada funcione bien debe definirse claramente respecto al exterior y en cuanto al interior. El segundo principio es el de *defensa*: expresa que en el matrimonio las formas de comportamiento regresivo-infantil y progresivo-adulto no deben distribuirse entre sus miembros como papeles polarizados. Por último, el tercer principio, *equilibrio de igualdad de valor*: se refiere al equilibrio del sentimiento de propia estimación, o sea, que en un matrimonio capaz de buen funcionamiento, sus miembros deben hallarse en un equilibrio de igualdad de valor.

#### ***-Principio de Deslinde:***

En la fusión diádica los miembros forman una unidad simbiótica, un uno mismo común. Estas parejas se encuentran con frecuencia deslindadas rígidamente con relación a los que se hallan fuera y mantienen impenetrables sus fronteras extradiádicas, esta forma extrema es casi siempre la imagen-guía de la

fase del enamoramiento. Se quiere ser uno totalmente, pertenecer el uno al otro, participar todo mutuamente y estar de acuerdo en una armonía absoluta

También puede considerarse a los consortes que por miedo a la pérdida de individualidad se deslindan el uno del otro con rigidez y temen la intimidad. Intradiádicamente, entre los dos miembros se eleva un muro de protección, coincidiendo con frecuencia con exteriores difusos. La intimidad con terceras personas sirve como defensa contra la intimidad excesiva diádica. Se mantienen relaciones con niños, amigos y parientes para poder deslindarse del consorte con más seguridad.

Se cree que el matrimonio saludable debe observar el siguiente trazado de límites:

1. La relación de los cónyuges entre sí debe diferenciarse claramente de toda otra relación de amistad. La díada debe deslindarse con claridad respecto al exterior, los cónyuges deben sentirse como pareja, deben exigirse mutuamente espacio y tiempo propios y hacer una vida conyugal.

2. Pero dentro de la pareja los cónyuges deben continuar distinguiéndose entre sí, respetando los límites claros entre ellos.

Los límites intra y extradiádicos deben ser visibles para los cónyuges y también para los demás, pero no deben ser rígidos ni impenetrables.

Pero ahora existe el peligro de otros extremismos de inconsiderada intimidad extraconyugal. Se considera al matrimonio como una prisión de la que hay que escapar, se intenta con angustia no ligarse con exceso al compañero y se pone en él las menores esperanzas posibles, buscando en parte sustancial satisfacer las necesidades fuera del matrimonio.



***-Actitudes de defensa progresiva y regresiva:***

En una relación saludable de pareja, ambos aprovechan la posibilidad de poder adoptar actitudes progresivas o regresivas, en oscilación, a su arbitrio. Tan pronto se deshace en llanto el uno ante otro como, situándose en posición de madre, consuela a su consorte. Tan pronto es el otro quien aparece desvalido y busca apoyo y protección en el primero. El mutuo proteger y ser protegido proporciona a ambos miembros una gran satisfacción, así como también una fuerte motivación para formar la pareja. La posibilidad de actuar de cuando en cuando en forma parcialmente regresiva es una condición importante para la madurez.

En la relación de pareja, unos se inclinan a fijarse en un comportamiento meramente regresivo y a rechazar toda exigencia de conducta progresiva. Esperan del matrimonio la satisfacción constante de sus necesidades de cuidado, dedicación, cariño y pasividad.

Jurg Willi (1975) plantea que en cambio, otros pretenden realizar una tarea superior a sus fuerzas al pretender ser adultos. Evitan toda forma de comportamiento que pueda tacharse de infantil, como, por ejemplo, necesidad de ayuda y dependencia, y se esfuerzan por parecer fuertes, maduros, superiores, con control de sus sentimientos. Buscan en la relación una tarea en la que puedan afirmarse como conductor, salvador, y dispensador inagotable de ayuda. Pero la necesidad de asumir tales funciones no va acompañada de una fuerza y madurez auténticas, sino que es un intento de eludir forzosamente su propia carencia de energía y su infantilidad, y de obtener por la fuerza, la madurez adulta por medio de súper compensaciones. En contraste con la actitud regresiva, la sociedad se complace con esta otra progresiva, falsa, calificándola como valiosa porque personifica los valores sociales de capacidad, disposición de ayuda, actividad y virilidad. Pero muchas veces estos caracteres progresivos son peligrosos

socialmente porque sólo pueden sostenerse en su posición súper compensatoria en el trato con personas que se manifiestan especialmente regresivas, pasivas, dependientes y necesitadas de ayuda, y que tienen que mantenerse regresivas para poder perfilarse lo suficiente ante ellos.

***-El equilibrio de igualdad de valor:***

Al elegir consorte, y por propia intuición, se tiene casi siempre en cuenta cierta igualdad de valor. Murray Bowen, (Bowen, 1972 en Willi, 1975) pone de relieve que el grado de diferenciación de los consortes suele ser esencialmente igual. El sentimiento de la propia estimación puede manifestarse por medio de diferentes atributos: por medio de pruebas de inteligencia, fortaleza, belleza o riqueza, o también por medio de la madurez personal, de capacidad para compenetrarse con el compañero y para ayudarlo y reafirmarlo. Todas estas cualidades sopesan lo que ellas valen para el consorte en una relación potencial de pareja. Pero por lo general, el sentimiento de valoración igual descansa sobre la semejanza de cualidades sociales y personales. Normalmente se evita, por pura intuición, ligarse íntimamente a una persona que, con relación a uno mismo, es muy superior en diferenciación, porque no se sentiría a su altura en esa relación y se encontraría en una situación peligrosa. Por otro lado, tampoco se uniría a una persona muy indiferenciada, pues la relación con ella resultaría pobre, de vía estrecha. Pero tan pronto dos personas, de grados distintos de diferenciación, forman una pareja, se inicia un proceso mutuo de adaptación.

El miembro con grado más alto de diferenciación intenta acomodarse, hacia abajo, por medio de un autosabotaje, por medio de gestos de humildad y sumisión, frenando sus propias posibilidades, incluso con procedimientos psicossomáticos, en su intento de echar cerrojo a sus propias posibilidades de

desarrollo. En especial las mujeres viven con frecuencia por debajo de su nivel, a fin de no dar señales de que podrían ser superiores a sus maridos.

Bach y Widen (1970), dicen que en una contienda conyugal no hay vencedor ni vencido, es decir que el vencido dispone de una serie de recursos para reestablecer el equilibrio valiéndose de una diversidad de medios. Si reina una evidente igualdad de valor, se da la oportunidad de que las disputas y controversias se lleven a cabo directamente y hasta cierto punto de manera técnica. Si entonces, desciende la balanza hacia un lado y uno se da cuenta de que el otro le domina con medios directos, puede el primero recurrir a un arsenal con el que, a pesar de la sumisión aparente, puede reafirmarse ante su consorte y llegar de nuevo a un equilibrio ciertamente destructivo. Los medios utilizados son las lágrimas, una actitud defensiva de reproche, marcharse de casa, silencio obstinado, hacerse el mártir, fenómenos psicossomáticos, intentos de suicidio, embriaguez, ausentarse del trabajo, intervención de terceras personas, etc. Muchos disgustos graves conyugales surgen debido a que los conflictos no se dirimen directamente con armas iguales, sino que se movilizan esas reservas destructoras que imposibilitan la solución de los mismos por medio de juego limpio, y que conducen a una escalada en la que solamente se piensa en hacer daño al otro o incluso destruirle, sin caer en la cuenta de que actuando de esta forma se perjudica a uno mismo. Por esa razón insiste la terapia de la comunicación en que la pareja dirima sus cuestiones con igualdad de medios. En el tratamiento psicoterapéutico de conflictos matrimoniales se debería prestar más atención a que ambos consortes obtengan las mismas oportunidades para su madurez.

Por otro lado, la solidaridad con el que el consorte debe mantenerse dentro de ciertos límites, a fin de que no pueda obstaculizarse el desarrollo personal.

## **2.4 El ciclo vital de la familia:**

Desde la perspectiva de Jay Haley describiremos las etapas de la familia, con el objetivo de comprender el proceso que realiza la misma, en su desarrollo.

La familia nuclear, la familia extensa y la red social que cobija a la familia representan el contexto ideal para comprender lo que un síntoma puede “plantear, denunciar”. Hasta hace unas pocas décadas, los síntomas fueron considerados una expresión de aquello que le sucedía a un individuo, independientemente de su situación contextual. Una depresión manifestaba el estado de una persona. Las razones, los motivos, sólo podían encontrarse en su interior. Luego surgió la perspectiva de que los síntomas expresaban una relación interhumana y servían a algún propósito táctico.

La pregunta que comenzó a formularse fue: ¿Qué **función** cumple una depresión desde el punto de vista del matrimonio, la familia, el trabajo o la relación con el terapeuta? Se considera que los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o interrumpe, el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. De modo que el síntoma es la luz roja (una señal de alarma) que enciende la familia cuando enfrenta dificultades para superar una etapa de su ciclo vital.

La estrategia terapéutica se centrará en los síntomas pero el objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento.

Según Haley, (2003) hay quienes sostienen que el tratamiento de los síntomas tiende a un alivio de los mismos y a su vez a una **adaptación** de la persona siendo que “es imposible curar un síntoma sin que se produzca un cambio básico en la situación social del individuo, una modificación que le permita liberarse a fin de crecer y evolucionar”.

A continuación y desde la perspectiva de Jay Haley, discípulo de M. Erickson, se describen las etapas del ciclo vital de la familia:

#### **2.4.1 El período de galanteo**

Para la elección de pareja comienza un complejo proceso de selección del compañero más apropiado.

*“El proceso de selección es en parte consciente, se consideran valores, status, nivel social, cualidades físicas y psíquicas, en parte es inconsciente, patrones internos de elección, experiencias pasadas, historia familiar, etc.” (B. Sabah; 1992:1).*

En esta fase el joven trata de conseguir aptitudes personales y sexuales para una vida en común íntima y estable. En esta fase cambia de pareja con frecuencia. Muchas veces no ve a su compañero todavía como un apersona con actividad propia y autónoma y no quiere considerarlo mucho en si mismo. Más bien quiere demostrarse así mismo, y en ocasiones a los demás, que puede conquistar a su pareja, y se eleva el sentimiento de su propia estimación.

Este periodo, es una fase de apoyo y prueba para los jóvenes, de progresivo desarrollo y búsqueda de la identidad, de independencia en relación a las familias de origen y de desarrollo de un yo social. El joven tiene que hacerse un espacio en la sociedad, tiene que ver con la apertura hacia el sexo opuesto para llegar finalmente a conformar una pareja estable.

Consideramos que en un primer momento, el vínculo que se establece inicialmente en la fase de enamoramiento, contiene un fuerte mecanismo de idealización, en el cual contienen la idea de que la pareja se debe ser el uno para

el otro, compensar los defectos y ofrecer perfecta gratificación. Aquí los aspectos diferentes no son tenidos en cuenta y hay una exaltación de las cualidades del otro que son semejantes a las del yo.

A través del tiempo, lo esperable es que esta idealización progrese hasta considerar al otro como un legítimo otro en donde se aceptan las imperfecciones, con su carácter no totalmente satisfactorio y el reconocimiento de sentimientos que él inspira.

Así la pareja, debe pasar del enamoramiento al amor, este estado implica un sentimiento más maduro, es querer al otro con sus virtudes y sus defectos. Consideramos al amor como una elección permanente que deja atrás la idealización, respetando de este modo la individualidad, logrando una discriminación del compañero.

Una relación de pareja se establece a través de una decisión dada por la elección; dos historias individuales se unen y en forma explícita e implícita deben negociar innumerables acuerdos necesarios para comenzar una relación íntima.

*“Los nuevos compañeros, individualmente traen un conjunto de valores y expectativas, tanto explícitos como inconscientes. Para que la vida en común sea posible, es preciso que estos dos conjuntos de valores se concilien con el paso del tiempo. Cada cónyuge debe resignar una parte de sus ideas y preferencia, esto es perder individualidad, para ganar pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo.”(Salvador Minuchin, 2004:30)*

Haley (2003) plantea que existe una diferencia crucial entre el hombre y todos los demás animales es que el primero es el único con parientes políticos. En

cada etapa de la vida de la familia humana está involucrada una familia extensa; mientras que en las otras especies hay discontinuidad entre las generaciones, ya que los hijos una vez criados por sus padres, se alejan y eligen compañero o compañera sin asistencia de sus mayores...Por lo tanto el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Los miembros de la pareja deben mantener una relación simultánea con ambas familia (de origen y política) y además con sus pares. Se debe lograr la separación entre padres e hijos, es decir, el destete, y éste último es completo cuando el joven abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. Actualmente esta etapa se ha prolongado, ya que los jóvenes abandonan el hogar cuando tienen una carrera universitaria, se han afianzado profesional, laboral y económicamente. Una vez lograda la separación, éstos a partir de ahora, podrán ser padres, al mismo tiempo que hijos( pero con una distancia y autonomía) seguirán siendo hermanos, tíos, sobrinos y también esposos. Con éstos roles que deben seguir cumpliendo, continúan involucrados en las reglas, costumbres y cultura de las familias de origen. A partir de una mayor autonomía e independencia de los jóvenes se posibilita una salida de la organización familiar, hacia la construcción de la propia pareja y posteriormente propia familia.

#### **2.4.2 El matrimonio y sus consecuencias**

Haley (2003) plantea la importancia de una ceremonia matrimonial, no sólo para la pareja, sino para toda la familia, comienza a hacerse más evidente ahora que mucha gente joven renuncia a ella. Los rituales que quizás parezcan superfluos a los jóvenes pueden constituir hitos importantes entre etapas, que ayuda a todos los involucrados a modificar la forma de relación mutua. Se

redefinen nuevas pautas de relación, no sólo entre los miembros de la pareja, sino también con las familias de origen y políticas, entre los amigos y las relaciones laborales.

El acto simbólico de contraer matrimonio tiene un significado diferente para cada uno, pero principalmente es un acuerdo de que la pareja se compromete mutuamente a comenzar una vida de a dos de por vida.

La vida en común lleva a cierta división interna de funciones, cuyo establecimiento supone un largo proceso. El encontrar el propio estilo de vida es un proceso de discusión intensiva, los cónyuges se esfuerzan en llegar a un convenio respecto a normas y valores, pero ya no en forma abstracta y teórica, sino con referencia a la realidad de lo cotidiano, al reparto de tareas y responsabilidades, a la distribución del trabajo, tiempo libre, las relaciones sociales, empleo de dinero, etc. La convivencia exige toma de posición y decisiones con referencia a todos los campos de la vida humana.

*“En este estadio se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal. Tienen que establecerse mediante negociación, las fronteras que regulan la relación de la nueva unidad, con las familias de origen, amigos, el mundo del trabajo, así como el vecindario y otros contextos importantes.” (Minuchin, Fishman, 2004: 37)*

En la convivencia deben elaborarse acuerdos que atañen a la íntima asociación, a las relaciones con sus familias de origen, a los aspectos prácticos de la vida en común, y a las diferencias existentes entre ellos como individuos. Una vez que se ha ido desarrollando ésta nueva relación mutua, la pareja debe diseñar modos de encarar lo desacuerdos. Generalmente, en el primer tiempo de ésta etapa se evitan las discusiones y las críticas. Con el tiempo, las evitadas



áreas de controversia aparecen, se amplifican provocando un clima de tensión, y haciendo explícito lo que hasta ese momento se comunicaba de manera indirecta.

La mayoría de las decisiones que hace una pareja recién casada no sólo es influida por lo que cada uno aprendió en su respectiva familia, sino también por las intrincadas actuales con los padres, alianzas que constituyen un aspecto inevitable del matrimonio. Desde el punto de vista individual, la gente joven debe trocar su dependencia respecto de los padres por una relación más adulta, más independiente, y comportarse con ellos de modo diferente. (Haley, 2003)

La pareja deberá lograr un territorio con cierta independencia de las influencias parentales, manteniendo límites claros, pero sin cortar la relación con su familia de origen. Deben alcanzar su independencia mientras conservan al mismo tiempo la involucración emocional con los parientes.

Según *Salvador Minuchin*, la pareja debe ir elaborando una serie de tareas, cuando se constituye como tal, siendo cruciales para la viabilidad y mantenimiento de la estructura del sistema pareja:

**a) Definir la naturaleza de la relación:**

La pareja para constituirse y durar en el tiempo, debe ser capaz de llevar a cabo con éxito la tarea de definir la naturaleza de su relación dentro de ciertos márgenes de consenso, elaborando pautas de interacción que constituyan la estructura del sistema conyugal. Deben aceptar que cada uno construye una realidad que no existe independientemente de sus constructores, pero que debido a que ambos forman un mismo sistema que opera a partir de coordinaciones conductuales consensuadas, ambas construcciones tienen muchos puntos en común.

El "1º acto" importante del matrimonio es el intento de cada cónyuge de determinar la naturaleza de la relación: cada uno desea que el sistema le proporcione satisfacciones y desearía para tal fin no tener que cambiar sus pautas de comportamiento ya establecidas, prefiere que cambie el otro. Cada esposo intenta modelar la relación, influenciar el funcionamiento del sistema conjunto y determinar los límites del comportamiento aceptable. Una vez que el sistema está establecido, tiende a mantener el equilibrio.

**b) Demarcar fronteras precisas:**

La pareja debe ser capaz de llevar a cabo con éxito, la tarea de trazar fronteras que sean lo suficientemente precisas como para establecer con claridad un espacio propio, sin ser tan rígidas como para aislarla del resto de sus familias y red social.

La manera en que las fronteras se encuentren trazadas es uno de los aspectos más importantes que determinarán la viabilidad de la estructura familiar.

La mayoría de las decisiones de la pareja recién casada, están teñidas e influenciadas por las perspectivas heredadas de las respectivas familias y de las alianzas actuales con los padres, las cuales constituyen un aspecto inevitable del matrimonio, mucho más si de alguna manera dependen económicamente para la subsistencia. La pareja joven deberá establecer un territorio con cierta independencia de la influencia parental, pero sin cortar la relación con su familia de origen, porque esto tendería a desgastar a la pareja. El arte del matrimonio implica que **la independencia se alcance mientras se conserva al mismo tiempo la involucración emocional con los respectivos parientes.**

Las fronteras pueden ser más o menos permeables; es decir que pueden facilitar o dificultar el ingreso de otras personas al subsistema pareja, lo cual a su vez influye en el grado de flexibilidad rigidez de las mismas.

La claridad en la definición de fronteras evita ambigüedades y superposiciones de roles y funciones, pero si la demarcación es demasiado rígida, impiden interacciones adecuadas entre sistemas, hasta el punto de que la pareja puede quedar aislada de su familia extensa y red social, perdiendo un punto de apoyo importante.

En cuanto a los límites establecidos entre los miembros de la pareja, es decir el grado de distancia-cercanía en que ambos se ubican, podemos distinguir entre parejas fusionadas y desligadas. Las parejas fusionadas presentan dificultad para definir roles y funciones, límites difusos en el interior de la pareja y respecto del medio. En parejas desligadas, todo lo contrario, hay un marcado aislamiento entre los miembros, una demarcación demasiado fuerte de los límites individuales.

La pareja debe ser capaz de negociar fronteras y límites que regulen la relación con las respectivas familias de origen, los amigos, el trabajo, es decir, mantener contactos, pero con fronteras nítidas que permitan el crecimiento de una íntima relación de pareja.

### **c) Crear reglas sobre la intimidad:**

La intimidad es modelada a partir de la estructura de personalidad de cada uno de los cónyuges, del contexto social en el cual están insertos y de los patrones de conductas internalizados desde su familia de origen. En este sentido, la intimidad crecerá, en la medida en que se acrecienten los sentimientos involucrados en una relación que promueva el acercamiento, el vínculo y la conexión.

La dialéctica entre identidad e intimidad hace a la regulación de la distancia en la pareja, la cual constituye un aspecto central en su dinámica como sistema.

La identidad y la intimidad resultan básicas para el afianzamiento y calidad de las relaciones y vínculos, la meta puede ser estar cerca pero a la vez diferenciados, ser íntimos pero autónomos, basada en el respeto, la confianza, la reciprocidad y la empatía. Así los miembros de la pareja se vinculan a la posibilidad de ser uno mismo en una relación y, a la vez, permitir ser al otro, reconociéndole su forma de sentir, creer y pensar, no teniendo que cambiarlo, convencerlo o dominarlo.

La intimidad es un punto de cercanía y apoyo que puede ser asociado a fidelidad, exclusividad, amor, pero también puede significar para algunos ahogo, falta de independencia o una verdadera intrusión. No es fácil encontrar los límites aceptables entre privacidad personal, intimidad con la pareja y relación con el mundo exterior. Muchas veces surgen tensiones por no poder tener un espacio propio y personal en donde poder pensar, vivenciar y sentirse protegido frente a los demás.

*“Hay que desarrollar nuevas conductas para vivir la intimidad en términos que favorezcan el intercambio y la cercanía y al mismo tiempo permitan preservar la propia identidad. Esto implica cierta flexibilidad en los estereotipos de roles masculinos y femeninos, algún grado de renuncia al romanticismo idealización de la pareja, así como también la posibilidad de alcanzar cierto grado de apertura que le permita a la pareja mantener, reemplazar o crear redes sociales”. (Pittman; 1990:84)*

**d) Crear reglas sobre las jerarquías:**

Esta tarea se relaciona íntimamente con la distribución y manejo del poder dentro de la pareja. El poder, su distribución y ejercicio pueden pensarse como modalidades de relación: simétrica, complementaria y paralela. La pareja debe lograr alcanzar un manejo funcional del poder, dentro de la pareja, es determinar áreas de pericia, estableciendo de esta manera dominios diferentes en los cuales ejercer el poder.

**Simétrica:** se da un esquema competitivo, ambos cónyuges luchan por lograr el dominio en determinada área, como una forma de alcanzar una posición o status deseable.

**Complementaria:** un miembro da las directivas, en tanto el otro sólo obedece; la distribución del poder es inequitativa.

**Paralela:** la más deseable, ya que en ella los cónyuges alternan las dos modalidades anteriores, de acuerdo a los cambios que las diferentes situaciones les van presentando, dándose una distribución de poder igualitaria. Se basa en una relación flexible, siendo aquella que produce mayor satisfacción.

Desde una mirada sistémica el poder es siempre relativo porque se pone de manifiesto en un circuito de interacciones cuya causalidad es circular; es común verlo en todos los miembros del sistema con distintas manifestaciones. Las pérdidas de poder que experimenta un miembro de la pareja son compensadas por algún beneficio real en otra área, sin que haya un acuerdo explícito, es importante identificar las compensaciones, buscando las verdaderas fuentes del poder. También puede darse un ejercicio oculto del poder, quizás a través de una enfermedad física, psíquica, del llanto, la debilidad, la persona logra regular la relación.

**e) Aprender a enfrentar conflictos elaborando pautas vitales para expresarlos y resolverlos:**

En la pareja se da una alternancia entre períodos conflictivos y períodos de paz y armonía. Para Haley los conflictos matrimoniales giran alrededor de las siguientes causas:

- desavenencias sobre las reglas de la vida en común
- quién ha de establecer dichas reglas
- intentos de implantar reglas incompatibles entre sí.

Los conflictos más fáciles de resolver son los relativos a qué reglas ha de seguir la pareja. Pero las pugnas emocionales más difíciles giran alrededor de quién ha de establecer las reglas de convivencia. Aquí el tema es la lucha por el poder. Existen una multiplicidad de situaciones conflictivas que no tienen límites, lo importante es que la pareja aprenda a desarrollar habilidades que le permitan expresar sus dificultades para luego resolver los problemas que se le van presentando. La comunicación juega un papel importante en este aspecto.

**f) Elaborar modalidades propias de procesar la información:**

Cada miembro de la pareja, por el hecho de ser individuos diferentes, procesa la información que reciben de un modo diferente. Este factor puede llevar a la no comprensión de los significados que buscan comunicar y a un sesgo en la interpretación de lo percibido o escuchado.

Las construcciones que cada uno hace de la realidad al emitir o al interpretar un mensaje poseen un gran poder, guían nuestras conductas y determinan nuestras reacciones, cuando no son consensuadas de alguna manera, pueden llevar a distorsiones importantes en el circuito interaccional.

La pareja debe elaborar su propia modalidad de procesar la información, y esto constituye una elaboración muy compleja, en la cual intervienen entre muchas otras cosas, la comunicación verbal y no verbal, las modalidades propias de puntuar las secuencias de interacciones y las reacciones personales frente a las mismas.

Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro relacional que define al primero, constituyendo una metacomunicación. En relación a las parejas a veces, no son las palabras las que generan el conflicto, sino el contexto en el que se dicen y las características de la relación que se está creando.

Cada miembro de la pareja puede establecer un inicio y un término diferente en relación a la secuencia, La puntuación diferente de una misma secuencia es una fuente muy común de equívocos, ya que cada uno legitima sus conductas en tanto las entiende como reacción a las del otro y se apoya en su puntuación para no revisar su propia conducta. Este aspecto es muy importante, ya que lleva a localizar el inicio de un conflicto en la conducta del otro, sin preguntarse “cómo intervengo yo en este suceso”.

La pareja, a partir de la recurrencia en sus interacciones, va aprendiendo a procesar la información de una manera consensuada. Es decir que en el proceso de construir una historia común, aprenden a predecir las conductas que provocarán en el otro sus propias actitudes, desarrollando un cúmulo de reglas tácitas de interacción. Según Carlos Sluzki, van aprendiendo el significado comunicativo de conductas con frecuencia irrelevantes para un observador (gestos, ritmos, tono de voz, posturas, el uso de ciertas palabras, etc.), hasta llegar a construir un lenguaje propio.

### **2.4.3 El nacimiento de hijos y el trato con ellos**

La pareja, durante el primer periodo del matrimonio ha encontrado un modo de convivencia, de funcionamiento del sistema íntimo, pero ante el nacimiento de un hijo se plantean otras cuestiones y se desestabilizan las antiguas.

A causa de los hijos se produce un profundo cambio en la pareja. Los esposos ya no están tanto tiempo solos, ni tan pendientes el uno del otro y la dualidad exclusiva se limita y dificulta transitoriamente.

Con el nacimiento del hijo, la joven pareja queda más distanciada de la familia de origen y a la vez más enredada en el propio sistema familiar. El niño los introduce en la red de parentela, modificando los viejos vínculos y formando otros nuevos. (Fernandez Moya, 2006)

Cuando la mujer se limita a la crianza de sus hijos y a desempeñarse como ama de casa, sin llevar a cabo las actividades para la que fue preparada de tipo profesional o laboral, puede sentirse desvalorizada y entrar en conflicto en su relación de pareja cada vez que se sienta insatisfecha. También la mujer puede sentir una gran carga al tener que responder como mujer-mama y mujer-trabajadora de manera correcta y competitiva. La cultura le ha designado a la mujer ésta doble tarea, no así al marido, aunque actualmente las parejas comparten más y mejor la crianza de sus hijos.

Cuando los hijos comienzan la escolaridad es un periodo común de crisis, ya que los padres comienzan la primera prueba social de cómo han realizado su tarea.



#### **2.4.4 Dificultades matrimoniales del periodo intermedio**

Los progenitores deben seguir siendo responsables de sus hijos durante muchos años y continuar su vínculo con ellos mientras hacen la transición de tratarlos como niños a tratarlos más como pares. A medida que los padres envejecen los hijos empiezan a cuidar de ellos. Al paso que cambian las relaciones dentro de la familia, el vínculo matrimonial está sometido a una revisión constante. (Haley, 2003)

La llamada turbulencia adolescente sacude al sistema familiar provocando una lucha por mantener el ordenamiento jerárquico previo. El adolescente con valores propios e ideas diferentes puede confrontar valores y principios vigentes de los adultos. Se plantea la dificultad de que las pautas se hagan rígidas.

Haley refiere que la pareja en esta época ha alcanzado los años medios de sus ciclos vitales. El marido tal vez esté disfrutando del éxito y la mujer puede compartir ese éxito por el que ambos han trabajado; al mismo tiempo, ella está más libre porque los hijos plantean menos exigencias. Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y amplía, y se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con el círculo de amigos.

Para muchas familias esta pueda ser una etapa difícil, como puede suceder cuando el marido descubre que no ha alcanzado los proyectos y ambiciones de su juventud, sintiendo una gran desilusión, que tal vez afecte a toda la familia.

La pareja ha intentado resolver diferentes conflictos y de esa manera ha elaborado modos relacionales rígidos y repetitivos, que con los cambios en el ciclo vital se hace necesario actualizar, a medida que los niños crecen y la familia cambia, las pautas de relación previas pueden resultar inadecuadas, y

tal vez surjan crisis.

#### **2.4.5 El destete de los padres.**

Siguiendo la propuesta de Hay Haley, en ésta etapa, responsabiliza a los padres de la acción de “dejar ir a los hijos” y afirma que el período de emancipación de los hijos es una etapa de crisis, que requiere de adaptación por la pérdida de los hijos y se debe sobrevivir encontrando el *nido vacío*.

El modo en que el matrimonio ha ido resolviendo sus conflictos incluye, la manera en que se las arreglan para permitir que los hijos tengan sus propias parejas, carreras y trabajos, haciendo la transición a la condición de abuelos.

La turbulencia puede sobrevenir cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que en otras la perturbación parece empeorar progresivamente al irse yendo “**los chicos**” y en otras, cuando está por marcharse el menor.

Cuando los padres se encuentren cara a cara, luego de tanto tiempo compartido, en donde todo giraba alrededor de los niños, es probable que descubran que tienen poco que decirse. En ocasiones, suele emerger aquello que dejaron de lado con la llegada de los niños.

#### **2.4.6 El retiro de la vida activa y la vejez**

La pareja se encuentra compartiendo más tiempo juntos. Pero si como individuos y como pareja, aprovechan las experiencias acumuladas, anhelos y

expectativas, que anteriormente no pudieron cumplir y las reemplazan por otras ocupaciones, podrán encontrar un nuevo sentido en sus vidas.

La pareja se une más estrechamente, la igualdad de valores se desplaza ahora con mucha frecuencia a favor de la mujer. El marido permanece más tiempo en el hogar, el reino de la mujer, donde ésta le acapara totalmente para sí, le emplea en su ayuda o le hace dependiente y desvalido

Es común que alguno de ellos genere un síntoma para que el otro tenga en qué ocuparse, sería como volver a un primer estadio de dependencia.

Frank Pittman (1990) plantea que en cada etapa del desarrollo del ciclo vital es inevitable una crisis de algún tipo. La familia tiene la obligación de adaptarse a los cambios de funciones. En general las familias demoran el cambio e incluso lo evitan. Los problemas surgen cuando se trata de impedir la crisis, en lugar de definirla y adaptarse a ella.

Ante la aparición de una crisis, la familia debe cambiar las viejas pautas de interacción por otras nuevas, posibilitando a cada uno de los miembros de la familia, el desempeño de nuevas funciones en sus roles, dando lugar al crecimiento y desarrollo de la familia.

**CAPITULO III**  
**REPRODUCCIÓN HUMANA**

## ***CAP III: REPRODUCCIÓN HUMANA***

### **3.1 Fecundación**

La fecundación es el proceso por medio del cual un ovocito o óvulo y un espermatozoide se unen dando lugar a un cigoto o embrión.

Dicha unión tiene lugar en las Trompas de Falopio de la mujer, y para que se lleve a cabo es indispensable que la producción de gametos (ovocitos y espermatozoides) sea correcta, que las trompas de Falopio se encuentren en buen estado y que el coito se realice en el momento adecuado.

Durante el coito, los espermatozoides liberados en el interior de la vagina deberán pasar por el cuello del útero, atravesarlo, y subir por las Trompas de Falopio hasta encontrarse con el ovocito. A lo largo de todo el trayecto se pierde un gran número de espermatozoides, llegando al ovocito únicamente algunas decenas (menos del 1% del total)

Los espermatozoides se adhieren al óvulo. Solamente uno de ellos logra penetrar la densa capa que protege al óvulo. A medida que se van produciendo las primeras divisiones embrionarias, el embrión desciende por la trompa hacia la cavidad uterina, llega al útero aproximadamente al cuarto día de haber sido fecundado, y entre el 7<sup>o</sup> y el 14<sup>o</sup> día se produce la nidación.

***Los ovocitos:***

La mujer posee desde su nacimiento un número determinado de células germinales en los ovarios (aproximadamente 40.000 en cada ovario). La maduración de dichas células y la producción de los ovocitos se realiza de forma cíclica, cada 28 días. En cada ciclo ovulatorio se obtiene normalmente un solo ovocito en uno de los ovarios. De hecho, son varias las células que empiezan a madurar en un mismo ciclo, pero en general sólo una completa el proceso. La ovulación o liberación del ovocito maduro por parte del ovario se produce aproximadamente a mitad del ciclo y viene inducida por un aumento de la hormona LH. En estos días, la mujer se encuentra en periodo fértil y, por consiguiente, es más fácil lograr un embarazo.

### ***Los espermatozoides:***

Los espermatozoides se producen en los tubos seminíferos de los testículos de manera continua, mediante un proceso que tarda 70 días en completarse y que es controlado por hormonas.

El volumen normal de semen es de 2 a 6 ml y contiene más de 20 millones de espermatozoides por mililitro. Se considera normal que de éstos se muevan adecuadamente el 50% y al menos un 30% tengan una apariencia normal.

## **3.2 Infertilidad**

La *infertilidad* se define como la ausencia de concepción luego de un año de relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos. Afecta al 10-15% de parejas en edad fértil.

*“Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres busca ayuda profesional durante su vida debido a infertilidad. Cerca de un tercio de mujeres que difieren su embarazo hasta mediados de la tercera*

*década de la vida tendrán algún problema en su fertilidad". (Gori, 2005: 528)*

Nuestra especie tiene un bajo poder reproductivo, de manera que la posibilidad de embarazo, cuando el contacto sexual es en el periodo de la ovulación, en una pareja menor de 35 años y sin ningún factor de infertilidad, es sólo de 18 a 35% por mes.

Debe tenerse en cuenta que después de los 35 años la fertilidad de la mujer disminuye y su probabilidad mensual de lograr un embarazo es de menos del 10%, sin embargo, esto no quiere decir que el embarazo sea imposible después de esta etapa.

La esterilidad primaria es cuando la pareja nunca ha logrado un embarazo y la esterilidad secundaria cuando la pareja ya tiene antecedentes de uno o varios embarazos.

Se habla de esterilidad cuando hay dificultad en lograr el embarazo y de infertilidad ante la imposibilidad de llevar el embarazo a término; es decir en la pareja infértil la mujer queda embarazada sin problemas pero después aborta. En algunos ámbitos ambos términos se utilizan como sinónimos para definir a aquellas parejas con algún problema para tener un hijo.

La incidencia de la esterilidad varía ampliamente en función del país, la región, las zonas rurales o urbanas, e incluso las costumbres. En los países desarrollados se observa un incremento de la infertilidad, la seguridad de los métodos anticonceptivos, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo han retrasado la edad de la primera gestación, con lo que aumenta el riesgo de esterilidad. La fecundidad mensual es del 8% en las mujeres menores de 35 años y sólo de un 2% tres años más tarde. (Joan A. Vanrell, 1999)

### 3.3 Causas de Infertilidad

*“Globalmente, se puede decir que un tercio de las causas de infertilidad en la pareja será por factores femeninos, un tercio debido a factores masculinos y un tercio a ambos, incluyendo la esterilidad sin causa aparente”. (Gori, 2005: 529)*

La infertilidad puede estar provocada por un factor único o varios factores concomitantes. Para su estudio estos factores se dividen en:

#### 3.3.1 Causas femeninas:

La falla en la ovulación es la causa más frecuente de infertilidad femenina, afectando aproximadamente al 20-25% de las mujeres con infertilidad, mientras que otro 20% tiene patología tubaria y un 10% una barrera cervical. (Gori, 2005: 530)

- **Factor cervical**: el moco cervical a mitad del ciclo contiene un 95-98% de agua y debe ser acuoso, fino, claro acelular y abundante. Un moco pobre a mitad del ciclo es una barrera física que disminuye la penetración espermática y requiere su corrección para incrementar la fertilidad

Los espermatozoides deben ser capaces de nadar a través del moco cervical desde la vagina hacia el útero. La consistencia del moco cervical cambia de acuerdo a los niveles de estrógenos. Cuando estos se elevan (antes de la ovulación) el moco se vuelve más fluido y por ende facilita el transporte espermático.



El tratamiento de factor cervical como causa de infertilidad se hace con la inseminación intrauterina. Con este procedimiento, los espermatozoides debidamente procesados se depositan en el útero. Esto evita el contacto de los espermias y el moco cervical.

- **Factor uterino:** El útero es el órgano que se encarga de recibir al embrión, nutrirlo, protegerlo y alimentarlo durante los 9 meses que dura la gestación. Los miomas o fibromas son tumores generados a partir del mismo músculo uterino. Pueden ser de distintos tamaños y estar localizados en cualquier parte del útero. Los que están más cerca del endometrio son los que generalmente producen problemas de implantación del embrión. Algunos pueden provocar obstrucción tubárica.

La Adenomiosis es el apareamiento de endometriosis en el músculo uterino. Puede provocar inflamación en el útero y el endometrio, lo cual impide la implantación.

Los Pólipos endometriales son pequeñas carnosidades que aparecen en el endometrio. Su mecanismo de acción para producir infertilidad es que son reconocidos como cuerpos extraños por el organismo, provocando inflamación. También anomalías Uterinas o defectos congénitos en la formación del útero pueden afectar la posibilidad de lograr un embarazo o de llegar al término del mismo (abortos, partos prematuros). Algunas anomalías pasan desapercibidas durante toda la vida y no producen problemas de fertilidad.

- **Factor tubario y peritoneal:** Las trompas de Falopio son dos estructuras que “conectan” el útero con los dos ovarios. Es aquí en donde sucede la fertilización. Cuando las trompas están obstruidas, no hay sitio para que esta suceda. La causa más frecuente es la enfermedad pelviana inflamatoria, seguida por endometriosis. Una alteración congénita de las trompas es la menos frecuente. La patología tubaria distal en general es causada por infecciones, la más común,

*Chlamydia trachomatis*. Algunos microorganismos pueden provocar tal inflamación que obstruyan las trompas de Falopio. Los procesos inflamatorios intraabdominales como la apendicitis, diverticulitis o cirugías previas (cirugía de ovarios, fibromas, etc.) también pueden provocar obstrucción tubárica.

Cuando la trompa de Falopio se obstruye en su tercio distal, puede llenarse de líquido inflamatorio y producir un Hidrosalpinx. Este líquido puede pasar hacia la cavidad uterina y provocar una inflamación crónica y esto afectar la capacidad del endometrio para anidar al embrión. En algunos casos es mejor quitar la trompa de Falopio o ligarla para evitar que este líquido afecte al endometrio.

El apareamiento del tejido endometrial, que normalmente sólo existe recubriendo la cavidad interna del útero, cuando aparece “afuera”, en el peritoneo, en los ovarios, etc., puede provocar una inflamación crónica en la pelvis y causar obstrucción tubárica.

Las trompas de Falopio también pueden estar obstruidas a propósito en el caso de la cirugía esterilizante

**-Endometrosis:** El tejido que recubre la cavidad uterina se llama endometrio. Este es el tejido que se prepara cada mes para recibir al embrión. Cuando no hay embarazo en ese ciclo, el endometrio se descama y produce la menstruación.

El apareamiento del endometrio, por fuera de la cavidad uterina se denomina Endometriosis y ocasiona que el tejido de la matriz invada y dañe el tejido reproductor circundante. La endometriosis ocurre cuando un tejido, como el que recubre el interior del útero, crece fuera del útero, generalmente en las superficies de los órganos en las áreas de la pelvis y del abdomen, en lugares donde no se supone que crezca. Los profesionales de la salud llaman a las áreas de endometriosis por nombres diferentes como implantes, lesiones o nódulos. Se

sospecha esta patología con historias clínicas y con examen físico y se confirma con la laparoscopia, clasificándola por estadios. No obstante no todas las mujeres con endometriosis son infértiles.

- **Factor ovárico:** El proceso de ovulación permite poner a disposición durante cada ciclo, un óvulo para ser fertilizado por un espermatozoide. Este proceso requiere de un equilibrio hormonal en el organismo. Los trastornos hormonales impiden el crecimiento de los folículos dentro del ovario o la liberación del óvulo

La disfunción ovárica puede ser bien una oligoovulación severa o una anovulación, pudiendo ser causada por el síndrome de ovarios poliquísticos, en el cual se bloquea la ovulación por un aumento en la producción de andrógenos (hormona masculina) en el ovario.

En algunos casos los ovarios dejan de trabajar prematuramente (menopausia prematura). Se cree que esto es provocado por anticuerpos que el mismo organismo produce, en contra de los ovarios. Estos se vuelven pequeños y ya no producen ni hormonas ni óvulos. En otros casos puede existir una deficiencia en la producción de Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Luteinizante (LH), lo cual hace que los ovarios no reciban la señal para producir la ovulación.

### **3.3.2 Causas masculina**

Las causas masculinas son múltiples y llegan a ser tan frecuentes como las femeninas. En estas se incluyen tanto la ausencia o alteración de los espermatozoides, como las alteraciones mecánicas o funcionales que impiden la erección, penetración y eyaculación.

- **Causas pre-testiculares:** Fundamentalmente son trastornos en la producción de esperma debido a alteraciones de la producción hormonal. Las enfermedades que afectan al hipotálamo o a la hipófisis conllevan un déficit de hormonas gonadotropinas que condicionan una escasa producción de espermatozoides (oligozoospermia) o una ausencia de producción (azoospermia). A esta condición hormonal se le conoce como hipogonadismo hipogonadotrófico, y puede resolverse mediante administración de tratamiento hormonal sustitutivo con gonadotropinas.

- **Causas testiculares:** El mal funcionamiento del propio testículo en la producción de espermatozoides es la más frecuente, representando un 55% de los problemas de esterilidad en el hombre.

Para poder responder adecuadamente al estímulo hormonal, el testículo debe ser capaz de generar espermatozoides; si por alguna razón la espermatogénesis está afectada o dañada, la respuesta estará disminuida.

Este problema se puede deber a una gran variedad de causas entre las que se encuentran:

- Síndrome de Klinefelter (enfermedad hereditaria).
- Falta de descenso de uno o ambos testículos al nacimiento (congénita), sobre todo si no se diagnosticó y corrigió el problema dentro de los primeros años de vida.
- Varices de las venas del testículo (varicocele).
- Infección del testículo (orquitis) por paperas (parotiditis) o por bacterias en infecciones de vías urinarias.
- Golpes y heridas que lesionen gravemente los testículos (traumatismo).
- Exposición a calor excesivo.
- Uso de drogas que dañan las delicadas células que forman los espermatozoides (alcohol, drogas de abuso).

- Exposición a radiación o a agentes quimioterápicos para tratamiento de problemas oncológicos (cáncer).
- Enfermedades sistemáticas como insuficiencia renal o hepática.

Por lo tanto el tratamiento y las probabilidades de curación son muy variables de acuerdo con el origen del problema.

**- Causas post-testiculares:** Representan el segundo grupo más frecuente de causas. Se refieren principalmente a aquellos problemas de obstrucción de los conductos por donde los espermatozoides son llevados hasta las vesículas seminales donde se unen al líquido seminal y de allí pasan a la uretra a través de la próstata para dar lugar al semen.

Estas obstrucciones pueden ser debidas a:

- Malformaciones congénitas.
- Infecciones.
- Cirugía (post-vasectomía).
- Traumatismos.

Otras causas post-testiculares son los desórdenes en la movilidad o función del espermatozoide, los cuales se clasifican en:

- Congénitos, como en los de la cola del espermatozoide que ocasionan poca o nula movilidad del mismo.
- Adquiridos, cuando después de reversión de la vasectomía, se presenta disfunción del epidídimo y no se activa la movilidad de los espermatozoides o no se completa su maduración, o por infección, cirugía o traumatismo se rompe la barrera hemato(sangre)-testicular y se producen anticuerpos contra los espermatozoides, que afectan a su función y disminuyen su capacidad de fertilizar.

**- Problemas de eyaculación:** Dentro de los trastornos de eyaculación, el más frecuente es la eyaculación retrógrada, es decir, que el semen en lugar de dirigirse hacia el exterior se va hacia atrás, a la vejiga, imposibilitando la descarga dentro de vagina y la consiguiente posibilidad de embarazo. La eyaculación retrógrada es debido a incompetencia del cuello vesical, ya sea por trastornos neurológicos o poscirugías

### ***3.3.3 Factores psicológicos.***

Existen factores psicológicos como causa única de infertilidad, aún cuando muchos especialistas en infertilidad sobreestiman la influencia de la psiquis sobre la infertilidad humana.

Varios estudios relacionan la esterilidad femenina con conflictos tempranos de la relación madre-hija, donde existen sentimientos hostiles hacia la idea de maternidad, dificultades de identificación con el rol materno y, por lo tanto, un rechazo inconsciente al embarazo.

En la década de 1950, la mitad de los casos de infertilidad recibían un diagnóstico de causa psicológica, por dos motivos: a) la medicina no encontraba explicación para una gran cantidad de casos, b) los médicos percibían que sus pacientes estaban muy estresados y pensaban que esa era la causa del problema. Hoy se sabe que el estrés que se percibe en estos pacientes es una consecuencia del sufrimiento psíquico producido por las infertilidad, y no su causa. (Urdapilleta, Leticia, 2006)

Además, con el avance en el conocimiento de la medicina, muchos casos diagnosticados equivocadamente como causa psicológica, tienen en la actualidad una clara explicación orgánica.

Según Urdapilleta, en la actualidad es mucho menor el porcentaje de casos de infertilidad que tienen un diagnóstico de causa psicológica. Por otro lado hay trastornos psíquicos en los que la infertilidad es una consecuencia indirecta, por ejemplo, las alteraciones del ciclo menstrual producidas por la anorexia. Hay una serie de alteraciones en las que probablemente, los estados emocionales influyan negativamente sobre la infertilidad. Pero esto debe ser evaluado en particular, ya que las reacciones psiconeuroendocrinas ante las circunstancias de la vida son diferentes y varían de persona a persona. Nos referimos a la influencia del estrés, del sufrimiento psíquico prolongado y de las experiencias emocionales inusuales e intensas, o a ciertos tipos de personalidades que tienden a reaccionar exageradamente ante el estrés común de la vida cotidiana.

#### ***3.3.4 Esterilidad sin causa aparente (ESCA).***

La ESCA es el diagnóstico frente a una serie de exámenes realizados a ambos miembros de la pareja, que no han logrado revelar la causa de la infertilidad. Se observa aproximadamente en el 20% de las parejas infértiles que se evalúan.

La infertilidad inexplicada es particularmente frustrante tanto para el médico como para la pareja, ya que hay como un sentimiento de desesperanza al realizar un tratamiento en ausencia de un diagnóstico definido.

Vanrel Joan Antoni (1999) afirma que con el avance de la ciencia médica cada vez son menos las causas que quedan por esclarecer, y la infertilidad sin causa llegará a un punto que será un porcentaje menor. También plantea que es el más benigno de los diagnósticos, ya que de un 20 a un 60% de los casos quedan gestantes espontáneamente.

Se argumenta que las parejas con ESCA poseen algún tipo de defecto sutil que no puede ser diagnosticado con la evaluación estándar, también es posible

que existan causas específicas pero que sean desconocidas hasta la fecha o que su detección esté más allá del dominio de los procedimientos diagnósticos disponibles.

En cuanto al tratamiento de elección, se han diseñado muchos para aumentar la probabilidad mensual de embarazo en estas pacientes, incluyendo la hiperestimulación ovárica, la inseminación intrauterina, y la reproducción asistida de alta complejidad.

El pronóstico es más optimista en parejas con historia de embarazos previos. Las parejas con infertilidad inexplicada deberían ser conscientes del hecho que es probable que el embarazo ocurra sin tratamiento pero que les llevará más tiempo que a otras parejas.

### **3.4 Diagnóstico en la Pareja Infértil.**

A partir de que una pareja consulta por un trastorno de infertilidad, el médico debe evaluar todos los factores o posibles causas de infertilidad e informar a los pacientes los resultados de las evaluaciones, incluyendo pronósticos, posibilidades terapéuticas y probabilidades reales en cada método.

En la primera entrevista es importante recaudar información de ambos miembros de la pareja: duración de la esterilidad, antecedentes obstétricos-ginecológicos, ciclo menstrual, práctica anticonceptiva previa, patologías previas o quirúrgicas si las hubiera, hábitos tóxicos (tabaco, drogas, alcohol) trastornos emocionales, consumo de medicamentos, antecedentes familiares que puedan tener relación con la capacidad reproductora, en el varón se debe investigar posible existencia de patología genital previa (enfermedades venéreas,



traumatismos accidentales o quirúrgicos en la región inguinoscrotal), exposiciones potenciales masivas para la fertilidad masculina (contaminantes ambientales, productos químicos, drogas, radiaciones).

Un ciclo de evaluación se efectúa durante un ciclo menstrual de la mujer. Comenzando el 2º 3º día del ciclo con una ecografía transvaginal basal para evaluar ovarios y endometrio, además eventuales alteraciones de la anatomía uterina. Luego se solicitan los perfiles hormonales del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal como del estatus tiroideo y prolactínico, brindando información del perfil hormonal de base de la paciente.

Con un espermograma se logra la evaluación del varón, de no estar dentro de los límites de normalidad se hace imprescindible el estudio del varón por un andrólogo.

También se efectúa el monitoreo ecográfico de la ovulación, tomando muestras del flujo endocervical para cultivos de gérmenes comunes.

Cuando el folículo adquiere un tamaño preovulatorio se realiza el test poscoital en donde se obtiene tanto información del moco cervical, de la capacidad de los espermatozoides de sobrevivir en el mismo, como de poder programar las pruebas diagnósticas y los tratamientos adecuados en el momento preciso. Luego de confirmar ecográficamente la ovulación se piden dosajes plasmáticos de progesterona, del día 21 a 25 del ciclo, que confirman la misma.

Por último se cita a la pareja para dar información de todo lo realizado y se explican los pasos a seguir.

Las exploraciones más específicas, entre otras, son:

-*Seminograma o espermograma*: Este procedimiento se lleva a cabo para evaluar la calidad de los espermatozoides (motilidad y morfología). La motilidad espermática representa el parámetro más importante que influye en la calidad del semen, existiendo una relación directa entre morfología y motilidad espermática, de manera que las formas espermáticas anómalas poseen una menor motilidad y capacidad de penetración en el moco cervical uterino.

-*Test poscoital*: La prueba poscoital (después del acto sexual) se usa para evaluar la interacción de los espermatozoides con el moco cervical. La pareja tiene relaciones sexuales y la mujer debe concurrir a la clínica dentro de las primeras 24 horas para tomar una muestra del moco cervical para ser examinada en el microscopio.

Para que sea normal la prueba se espera observar espermatozoides móviles. Si se encuentran espermatozoides con poca movilidad o muertos habría presencia de anticuerpos en el moco cervical.

-*Histerosalpingografía*: HSG es un procedimiento de rayos X, que es útil para observar anomalías congénitas del útero, lesiones intrauterinas y/o patologías tubarias. El médico llena el útero con un líquido que contiene una solución de contraste, por medio de una inyección. El líquido de contraste penetra en las trompas, dibujándolas por dentro a lo largo de toda su longitud, y se derrama por los extremos de las mismas, si éstas se encuentran permeables. Cualquier obstrucción o bloqueo es fácilmente detectable al aparecer como concentraciones del medio de contraste cuando se toma una placa de rayos X. Al identificar la obstrucción, el médico evaluará los pasos a seguir.

-*Histeroscopia*: complementa a la histerosalpingografía. El histeroscopio es de utilidad para detectar pólipos endometriales, miomas y para el diagnóstico definitivo y tratamiento de las sinequias (cicatrices en la cavidad del útero) y

malformaciones uterinas. Este estudio se debe realizar en el caso en que la histerosalpingografía es patológica.

-*Laparoscopia*: es un procedimiento quirúrgico, en el cual, un instrumento (laparoscopio) se introduce a través de una incisión pequeña en el abdomen generalmente abajo del ombligo. De esta manera le permite al especialista valorar el estado del útero, ovarios y trompas y condiciones que causan infertilidad, como la endometriosis, que pueden ser tratadas durante la laparoscopia.

Una vez que se han realizado todas las pruebas desde las más sencillas a las más complejas e invasivas, habiendo registrado causas o no de infertilidad, el médico proporcionará apoyo, dedicación y una correcta información de los resultados obtenidos como de las posibilidades de tratamiento a seguir.

### **3.5 Técnicas de Reproducción Asistida.**

La reproducción asistida o fecundación artificial es un proceso que permite la fertilización cuando esta no ocurre naturalmente, es decir, se manipula la unión de las células reproductoras masculinas y femeninas.

Las diferentes técnicas de reproducción asistida son:

#### **3.5.1 Inseminación artificial**

Consiste en depositar los espermatozoides, previamente capacitados, en el interior del tracto reproductor femenino, acortando la distancia que deben recorrer hasta el ovulo. Se distinguen dos situaciones según el origen del semen:

- *Inseminación artificial homóloga o conyugal (IAH)*: el semen procede de la pareja. Se lleva a cabo la inseminación de manera artificial cuando hay alguna dificultad para que se deposite el esperma en la vagina de la mujer de manera

natural (el coito), por ejemplo debido a problemas de eyaculación precoz, vaginismo, impotencia o eyaculación retrógrada. También puede recurrirse al IAH cuando la mujer presente malformaciones uterinas, un moco cervical demasiado espeso, disfunciones ovulatorias, o cuando la causa de esterilidad en la pareja sea desconocida.

- *Inseminación artificial con donante (IAD)*: el semen proviene de un donante anónimo. Se recurre a un banco de semen cuando el integrante masculino de la pareja presenta azoospermia (ausencia de espermatozoides), una enfermedad genética- hereditaria o una enfermedad de transmisión sexual o cuando la paciente es una mujer sin pareja.

Las técnicas de alta complejidad se realizan en un laboratorio de embriología altamente equipado. Las técnicas más utilizadas son dos: Fertilización In Vitro (FIV) e Inyección Intracitoplasmática del Espermatozoide (ICST)

### **3.5.2 Fecundación In Vitro.**

En primer lugar se realiza la aspiración de los ovocitos, previa al momento ovulatorio, se efectúa mediante una punción trasvaginal con control ecográfico y no requiere de anestesia general. Una vez realizada la extracción de los óvulos y espermatozoides, son llevados al laboratorio para esperar que el espermatozoide penetre en el óvulo y lo fertilice. Una vez producida la fertilización, se transfieren los embriones al útero cuando éstos llegan a un estadio de 4 a 10 células, en general no se trasfiere más de 4 embriones. La tasa de embarazos múltiples con transferencia de más de un embrión es aproximadamente del 20%.

### **3.5.3 Inyección Citoplasmática de esperma (Intracytoplasmic Sperm Injection)**

Una vez realizada la estimulación ovárica, los ovocitos son extraídos mediante aspiración y de los espermatozoides previamente capacitados se elegirán los mejores. El procedimiento consiste en aspirar un único espermatozoide, inmovilizarlo y microinyectarlo dentro del óvulo. A continuación los ovocitos son depositados en un medio de cultivo que semeja el líquido tubárico e incubados durante 15 a 20 horas, hasta que se comprueba si hubo o no fecundación. Si la técnica tuvo éxito la transferencia embrionaria al útero femenino se producirá en las primeras 48 o 72 horas.

#### **3.5.4 Transferencia Tubaria de Gametas (GIFT)**

Es la transferencia tanto de óvulos como de espermatozoides dentro de la trompa de Falopio para que la fecundación se produzca en su interior. Si bien esta técnica imita los mecanismos naturales de la fecundación, no es muy utilizada debido a que es necesario realizar una Laparoscopia con anestesia general, y sus resultados no son superiores a otras técnicas.

**CAPITULO IV**

**CRISIS E INFERTILIDAD.**

## **CAP IV: CRISIS E INFERTILIDAD**

### **4.1 Introducción**

El impacto que tiene en la pareja el diagnóstico de infertilidad provoca una crisis en la pareja, a la cual contribuyen muchos factores; un gran desgaste emocional, por su carácter cíclico. Se repite una y otra vez la vivencia de esperanza (al inicio del ciclo) y fracaso (cuando llega la menstruación). Impacta el elevado costo económico del tratamiento, el sometimiento a procesos quirúrgicos, la invasión a la privacidad sexual, los procesos de duelo por los que atraviesa la pareja, entre otros.

A continuación profundizaremos en el estudio de las crisis teniendo en cuenta los diferentes tipos de crisis, y desarrollaremos cómo repercute en la pareja la crisis por infertilidad.

### **4.2 ¿Qué es una Crisis?**

Al término crisis se le han dado diferentes significados. Desde hace siglos, se consideraba la crisis como un momento dramático y negativo. Recién en los últimos tiempos y con el desarrollo de las nuevas concepciones sobre las crisis evolutivas, se ha tratado de dar un concepto más positivo. Derivada etimológicamente de un vocablo griego, crisis significa *separación y elección*, definiéndose con estas 2 acciones un proceso dinámico compuesto por un período, en el que deben producirse una separación (de algo - alguien), antes de que pueda darse una elección (de algo-alguien) como expresión de una evolución madurativa; y entre ambos un tiempo, un antes y un después.

Frank Pittman (1990) define una “**crisis** como un estado de *tensión* que afecta a un sistema y requiere de un *cambio* que se aparta del repertorio usual del

sistema”. Continúa: una crisis es un punto de viraje a partir del cual las cosas pueden mejorar o empeorar, siendo un proceso fundamental para realizar un cambio.

Según Webster, la crisis es: “un estado de cosas en las cuales de una u otra manera, es inminente el cambio decisivo”. (Sluzki, 1980, en Fernández Moya, 2006). Y dependerá de cómo suceden los acontecimientos, si la situación original mejora o empeora.

En los momentos de crisis los límites se aflojan, las reglas y los roles se confunden, las expectativas como las prohibiciones se relajan, las metas y valores pierden importancia, se reviven los conflictos irresueltos, y aumenta la tensión entre los miembros de la familia.

Pittman (1990) afirma que cuando se está en presencia de una crisis, existe una tensión que exige un cambio y una inflexibilidad que impide que éste cambio se produzca.

Una **tensión** es una fuerza que tiende a distorsionar. Las tensiones son específicas de cada sistema, es decir lo que es tensionante para una familia puede no serlo para otra, dependiendo de los valores y expectativas de la familia y de las relaciones entre sus integrantes.

Pittman clasifica la tensión de la siguiente manera:

- manifiesta u oculta
- aislada o habitual
- permanente o temporaria



- real o imaginaria
- universal o específica

La tensión puede ser generada por fuerzas intrínsecas de la familia o fuerzas extrínsecas, que están fuera de su control.

La auto-organización del sistema familiar y la funcionalidad a largo plazo durante los ciclos de vida de la familia, dependen de la medida en que las estructuras son capaces de cambiar. Las situaciones de crisis requieren de nuevas definiciones de la relación, de nuevas reglas, de nuevas modificaciones en el equilibrio de estas relaciones, de un restablecimiento continuo entre el cambio estructural y la estabilidad estructural.

### 4.3 Crisis familiares

Anteriormente conceptualizamos la **crisis** como una situación de cambio inminente, una situación que se encuentra en un punto, en una instancia en la cual el cambio es inevitable

Podemos reconocer situaciones en las cuales los cambios serán necesarios (y por lo tanto debemos planificarlos, aunque sea en partes) es decir, son **predecibles**. Otros cambios nos sorprenderán, son inesperados, indeseables y/o accidentales, por lo tanto **impredecibles**.

Continuando con la elaboración de Frank Pittman, él plantea cuatro categorías de crisis, *basadas en la naturaleza de la tensión* y se dividen en: Crisis de Desarrollo, Inesperadas, Estructurales y de Desvalimiento.

- **Desgracias inesperadas:**

La tensión es aquí manifiesta, aislada, real, específica y extrínseca. Alguien muere, la casa se quema, la economía familiar se derrumba, un problema de salud. Una forma de que la crisis no destruya a la familia, es que todos los miembros de la familia puedan definir la tensión y los cambios que ésta requiere, e incluso sea necesario un cambio en la estructura familiar.

Los rasgos característicos de una crisis inesperada es que la tensión es obvia y surge de fuerzas ajenas a la familia, es real, no podría habérsela previsto, nunca ocurrió antes y no es probable que vuelva a ocurrir.

Ante desgracias inesperadas aparecen exámenes de conciencia y búsquedas de culpables, lo cual resulta inapropiado e inútil, pasando por alto la tarea real de hacer un esfuerzo común y adaptarse a la situación, logrando un reagrupamiento necesario para mantenerse en funcionamiento.

Podemos reconocer distintas situaciones que contribuirán a que una familia adopte una organización transitoria, adaptativa a la circunstancia que está viviendo. Algunas de estas situaciones son: enfermedades prolongadas, accidentes graves con convalecencias prolongadas, pérdida del trabajo o disminución sensible de los ingresos de la familia, fallecimientos, infidelidad, mudanzas, migraciones discapacidad.

Consideramos *la infertilidad como una crisis inesperada*, en la que los cónyuges se enfrentan a una situación que les era inesperado e imprevisible, y que no saben qué hacer al respecto, les es difícil ponerse de acuerdo para adoptar algún curso de acción. Se plantean los interrogantes de si deben o no adoptar un hijo, intentar tratamientos, renunciar a hacer padres, poner fin al matrimonio, etc.

- **Crisis de desarrollo:**

Las crisis de desarrollo son **universales y previsibles**. Pueden surgir a raíz de factores biológicos y sociales, más que de la estructura familiar. No tienen nada de único y sobre todo no pueden prevenirse.

Se presentan durante el desarrollo evolutivo de una familia y a veces pueden pasar desapercibidas.

Las crisis de desarrollo habituales son:

:- El Matrimonio

- El nacimiento de hijos

- El comienzo de la edad escolar de estos

- La adolescencia

- La independencia de los hijos y el posterior abandono del hogar

- El envejecimiento

- La jubilación

- La decadencia y la muerte de los padres

Alguno de estos cambios evolutivos son sutiles y graduales, otros son abruptos y dramáticos.

La respuesta natural de las familias es demorar el cambio, o incluso castigarlo y evitarlo. Los problemas surgen cuando una parte de la familia trata de impedir la crisis, en lugar de definirla y adaptarse a ella.

Cuando la etapa se supera sin problemas, es porque se ha realizado un **cambio de normas o reglas** que hacen a la relación de los miembros de la familia. El estrés ha encontrado una adecuada forma de canalización.

Todo crecimiento implica cambio. El crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de "cambio en los acuerdos de una nueva relación".

El repertorio de reglas con que cuenta una familia no es ilimitado. Este repertorio está relacionado con las historias de los miembros que la componen y de las cuales se deriva su sistema de creencias.

En el compartir, acordar y respetar se pone en juego la organización de la familia, que muestran sus sistemas de creencias y las reglas que derivan de ellas.

En todo el proceso de crecimiento familiar, y más precisamente en el cambio de una etapa a otra, lo que debe negociarse es ese gran paquete formado por el sistema de creencias compartido y las reglas que lo mantienen. Ambos términos unidos en un proceso de retroalimentación continua.

Históricamente se le ha reconocido al síntoma distintos significados. Primero se lo consideró una expresión del individuo, independiente de su situación social. Luego se consideró que los síntomas expresaban la relación ínter –humana y tenían un sentido. En la actualidad se ha descubierto que los síntomas aparecen cuando el ciclo vital de la familia o de otro grupo natural significativo se disloca o se interrumpe.

El síntoma es comunicación, es mensaje para la familia y para el contexto amplio en el que se encuentra inmersa. El síntoma dice acerca del no acuerdo con las reglas instituidas, para superar la Crisis Evolutiva Normal por la que transita la familia. El síntoma es la **señal** de que la familia o el grupo tienen dificultad para superar una etapa de su ciclo vital.

El abordar terapéuticamente a una persona para **curar** un síntoma, implica producir un cambio en la situación social de ese individuo. Y esta modificación le permite liberarse, crecer, evolucionar.

Las personas son las únicas que al casarse lo hacen también con su familia política. Esta compleja red social que significa la familia extensa, está presente en

todas y cada una de las etapas de la vida humana. Por lo tanto el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias, dos sistemas, dos organizaciones con larga historia, con su propio sistema de creencias. Sistemas que ejercen influencia y crean una compleja red de subsistemas, alrededor de la familia nuclear.

La importancia de la familia extensa se mantiene, a partir de la permanente participación en el juego de las decisiones de la familia nuclear. Ya sea porque participan en la economía, porque participan en las decisiones laborales de uno o los dos miembros, porque participan cuidando nietos, o porque obviamente mantienen una red social compartida, en donde se expresan y ponen en juego afectos y experiencias de vida.

- **Crisis estructurales:**

Las crisis estructurales puras son aquellas crisis concurrentes en las que se exacerbaban de manera regular determinadas fuerzas dentro de la familia. Aunque estas sean tensiones extrínsecas, la crisis es en esencia una exacerbación de una pauta intrínseca. Puede no haber tensión externa perceptible: **la crisis sería como esos terremotos que surgen periódicamente, producto de fuerzas internas profundas.** (Pittman, 1990)

La tensión puede ser manifiesta, pero es mucho más probable que la crisis surja a causa de tensiones ocultas.

En realidad, la crisis nada tiene que ver con la tensión y no es un esfuerzo por evitar, comprender o cambiar nada. Estas familias sencillamente funcionan de este modo: de vez en cuando, como respuesta a fuerzas misteriosas dentro de la familia, repiten la vieja crisis familiar, con lo cual confunden a cualquier terapeuta

Son las más difíciles de tratar, puesto que la crisis no es un esfuerzo para producir un cambio, sino en rigor, un esfuerzo para *evitar que el cambio tenga lugar*.

Es como si esas familias consagraran toda su energía a evitar que ocurra alguna transición evolutiva. Hay familias que pueden repetir, durante décadas, sus crisis estructurales con el objetivo de impedir que la pareja se divorcie o se case.

- **Crisis de desvalimiento:**

Dice Frank Pittman III de ellas: "*Las crisis de cuidado ocurren en familias en las cuales uno o más miembros son **no funcionales y dependientes***".

Agrega, "el miembro no funcional y dependiente, somete a la familia por sus requerimientos de cuidados. Los niños pequeños, los ancianos y los inválidos, naturalmente requieren cuidados de otros miembros de la familia. El cuidador puede ser provisto dentro de la familia y llegar a agotar sus recursos. La familia necesita ayuda externa".

El miembro funcionalmente dependiente mantiene amarrada a la familia con sus exigencias de cuidado y atención.

Se conoce como dependiente aquel sujeto que debido a sus limitaciones físicas, mentales y/o sociales, o una asociación de estas, no posee la capacidad de obtener los resultados esperados para su edad y desarrollo. Mantiene por lo tanto una relación de complementariedad respecto de un adulto, al necesitarlo como suplemento necesario para su evolución. El grado de dependencia que puede tener es variable, y va desde la dependencia absoluta a la supervisión esporádica.

Establecer el grado de dependencia – autonomía de una persona permite valorar y precisar el grado de ayuda que requiere para su cuidado cotidiano y por

lo tanto para el tratamiento de rehabilitación, de mantenimiento y/o con el objetivo de evitar su deterioro.

La crisis de desvalimiento más típica y obvia se origina en el trato con personas cuya incapacidad física o mental es reciente y aún no ha sido del todo aceptada.

Los miembros de la familia vivirán los períodos de crisis con una inestabilidad intensa y un cambio inminente, por la pérdida de pautas de interacción que hasta el momento habían desarrollado y por la ausencia de otras pautas nuevas que las reemplacen. Lo que esta familia va a necesitar es una reestructuración interna y la aplicación de nuevas técnicas para mantener una estabilidad que sostenga dicho sistema.

Cuando la ayuda externa es posible, la familia tiene una nueva variable a considerar y por momentos puede sentir que no tiene control sobre esta “ayuda” (una empleada, una enfermera que falta mucho y sin aviso), ni sobre sus propias acciones, porque cuando falta la empleada, alguien la debe reemplazar y en esta instancia alguien, en general la madre si de un niño o adolescente se trata debe necesariamente postergar sus propias obligaciones y/o tiempos libres. Cuando la persona a cuidar es un adulto, un anciano, suele ser la esposa, una hija y a veces una nuera la que se hace cargo del cuidado. Cuando esta situación se repite, una y otra vez el cuidador “obligado” pierde la posibilidad y hasta la capacidad de decidir sobre sus cosas personales y privadas.

La mayor complicación surge cuando los restantes miembros de la familia, dejan de considerar lo voluntario de dicho accionar y lo transforman en una obligación para el cuidador, que sólo puede “zafar” cuando se enferma y es allí en donde la familia queda entrampada en la situación de que “para estar bien”, es necesario estar enfermo para evitar quedar a cargo de una difícil y poco reconocida tarea. Por el contrario cuando se enferma, cuando no puede hacerse

cargo del familiar dependiente, se la atiende y posiblemente hasta se la mime. También es posible que se la maltrate o no se la considere.

Los recursos necesarios para la búsqueda del equilibrio y el ajuste con las nuevas condiciones, pueden surgir desde la familia, a partir del grado de unión que tengan sus miembros, el afecto y la confianza para que juntos puedan encontrar soluciones a problemas comunes. La *flexibilidad* es un recurso muy importante que posibilita a la familia adoptar nuevos roles y reglas, facilitando la solución de los conflictos. Esta capacidad de poseer una mayor flexibilidad en la organización interna de la estructura familiar da lugar a otro recurso muy importante que es la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social es decir, la habilidad para cambiar la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas dependiendo de la nueva situación.

La *permeabilidad* es otro recurso familiar que se refiere a la capacidad de la familia de abrirse hacia otras instituciones de la sociedad, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas. Se manifiesta en la posibilidad de solicitar y permitir la ayuda desde fuera del sistema familiar, facilitando el apoyo social de otras familias, de amigos más cercanos, y de otras instituciones sociales que existan en la comunidad.

#### **4.4 Crisis por Infertilidad**

El embarazo, el parto y nacimiento de un nuevo hijo han sido considerados como momentos de crisis evolutivas en la vida de las personas.

Los estudios han demostrado que la esterilidad está asociada con el sufrimiento psicológico. La larga duración de los estudios, la cantidad de exámenes, que incluyen procedimientos como la laparoscopia, el buscar el momento adecuado para las relaciones sexuales, los tratamientos hormonales, pueden ser todos muy estresantes. Todos los métodos de reproducción asistida



tienen un porcentaje de fracaso y el repetir los ciclos de tratamiento sin lograr una concepción puede ser muy angustiante para la pareja. El largo, tedioso y costoso tratamiento relacionado con la reproducción asistida puede constituir una carga adicional.

La dificultad en la posibilidad tener un hijo suele acarrear la aparición de sufrimiento emocional, que será más o menos intenso en función de múltiples factores personales y situacionales.

Aproximadamente entre el 25% y el 65 % de los pacientes sometidos a tratamientos de Reproducción Asistida presentan en algún momento síntomas clínicos de cierta significación, con predominio de la ansiedad, pero se observan también en proporciones importantes síntomas de depresión, desesperanza, culpabilidad, baja autoestima, etc.

Por otro lado, cada vez comienzan a ser más evidentes las complejas relaciones existentes entre los factores psicológicos y la fertilidad. El *estrés* empieza a ser reconocido como un factor que en algunas ocasiones puede influir negativamente en la capacidad reproductiva de los seres humanos.

La comprensión de estas dificultades y su abordaje terapéutico, por el profesional de la salud mental, se vuelve de gran importancia en el contexto clínico desde una visión integral de la atención requerida por los pacientes.

**El diagnóstico de infertilidad/esterilidad supone una crisis.** La pareja se encuentra ante un problema, para el cual no estaba preparada previamente y para afrontarla no dispone, al principio al menos, de soluciones que le indiquen como proceder. Aunque es un fenómeno que se da en muchas otras personas, el sujeto lo vive como una experiencia solitaria y por tanto se siente solo y único ante el problema. Muy raramente es percibido por los demás, cuando no

intencionalmente ocultado, altera la vida de la persona pero la estructura social permanece inalterada. *La infertilidad es vivida como algo impactante, inesperado* y que puede sucederles a los demás pero nunca a uno mismo. Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y como se da antes de la crisis. La vida ya nunca será igual.

Leticia Urdapilleta, (1995) plantea que la definición de infertilidad se da solamente desde el punto de vista médico, sin considerar, que significa mucho más que no poder tener un bebe. Se define a la infertilidad como “la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año o más de tener relaciones sexuales sin anticonceptivos, o la imposibilidad de llevar un embarazo a término dando a luz un niño vivo”. Y agrega que la infertilidad, además es una crisis. Esta crisis amenaza importantes metas de la pareja y evidencia problemas irresueltos del presente y del pasado. Ejerce sus efectos en cuatro áreas principales: intrapersonal, interpersonal, laboral y social.

- La esfera individual se ve afectada por la crisis de la identidad, disminución del autoestima, el deterioro de la autoimagen y el hecho que al persona se encuentra inesperadamente con una serie de sentimientos: sorpresa, negación, rabia, miedo, culpa dolor, soledad, esperanza- desesperanza cíclicas, angustia y ansiedad, los cuales se expresan a través de alteraciones a nivel conductual, ideacional, y emocional.
- A nivel interpersonal, se observa un deterioro en la pareja en los planos de la comunicación y sexual. También hay perturbaciones y dificultades en las relaciones con el entorno familiar y de amigos, siendo más disfuncionales en aquellas situaciones en que la pareja mantiene la infertilidad en secreto.

- Lo laboral se ve afectado por la merma o abandono del trabajo, ya sea por depresión o por los tiempos que se el dedican a Iso tratamientos.
- En el área social la crisis se caracteriza por la tendencia al aislamiento y por la evitación a determinadas situaciones como estar con embarazadas o con familias con chicos, ir a reuniones sociales, etc. Se produce un choque ideacional entre el infértil y la sociedad, ya que el primero ha tenido que enfrentar cambios, pero al sociedad sigue muy influida por mitos y creencias que el provocan al infértil sentimientos de inadecuación.

Urdapilleta, Leticia (2004), describe las fuentes habituales de estrés que sufren las personas infértiles; tiempos (espera de resultados, lista de espera, recuperaciones quirúrgicas, postergaciones, proceso de toma de decisiones); crisis inter e intrapersonal generada a partir de tomar conocimiento de la dificultad reproductiva; aspectos religiosos – éticos; presiones y/o aislamiento del grupo familiar y de amigos; alteraciones laborales y/o de la vida cotidiana; postergación de proyectos individuales y de pareja; factor económico, que es determinante a la hora de avanzar en los tratamientos. Los medicamentos y tratamientos en general son caros y es frecuente que las personas tengan que hacer esfuerzos enormes, como vender bienes, pedir préstamos, sacrificar vacaciones o momentos recreativos, y encauzar todos sus recursos económicos al logro de tener un hijo.

Otros factores que provocan estrés son: la toma de decisiones, elección del médico, elección de tratamientos, usar gametas donadas, criopreservar, desechar, donar embriones, parar los tratamientos, adoptar, vivir sin hijos. También los métodos y tratamientos médicos generan estrés, ya que estos métodos generan tensión emocional, ansiedad, dolor, condicionan o alteran la sexualidad. Otro factor de estrés son los duelos y pérdidas, que en estos pacientes tienen características particulares que los diferencian de los tradicionales. Esto se debe a

que son duelos generalmente “invisibles” a la vista de los demás, por aquellos que no los han sufrido, por lo que son vividos con poco apoyo del contexto. A esto se suma que no hay rituales sociales de transición que favorezca la exteriorización del dolor. Además estos duelos se suelen repetir y son variados en cada persona o pareja sufriendo de infertilidad. Cuando la pareja está en estadios distintos del proceso o tiene capacidades adaptativas diferentes, que suele ser muy frecuente, la situación se puede agravar entre ellos.

El propio tratamiento médico y sus vicisitudes es fuente, en muchas ocasiones, de alteraciones emocionales. Si cualquier tratamiento médico es fuente de activación estresante para el paciente, el tratamiento de reproducción asistida lo es especialmente. El inicio de la intervención terapéutica sobre un aspecto tan íntimo como la capacidad reproductiva es vivido emocionalmente, en muchas ocasiones, como la sesión de un elemento de control personal importante en manos del profesional experto, el médico. Esta sensación subjetiva de pérdida de control suele verse incrementada por el sentimiento de fracaso personal y culpa, que suele afectar al miembro de la pareja al que se le diagnosticó el problema, y se ve agudizada hasta el extremo si el diagnóstico es ambiguo, como en los casos de infertilidad de origen desconocido.

La pareja entra en un “mundo nuevo” en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana. Dudas y esperanzas sobre las opciones terapéuticas. Miedo al fracaso, soledad y ocultamiento social del problema, entran a formar parte del bagaje emocional de la pareja.

## **CAPITULO V**

### **LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA**

## **CAP V: LA INFERTILIDAD EN LA PAREJA**

### **5.1 Introducción**

Como hemos visto, la infertilidad es una situación difícil de afrontar. En el camino hacia la consecución de formar una familia, las parejas atraviesan por diferentes vivencias, aparecen nuevas sensaciones, sentimientos y conductas.

En éste capítulo describiremos los aspectos psicológicos, experiencias y situaciones a las que se enfrentan habitualmente las parejas con problemas reproductivos.

### **5.2 Sentimientos que surgen**

Leticia Urdapilleta, desarrolla en el libro *¿Por qué no podemos tener un hijo?* del Dr. Claudio Chillik, los sentimientos que surgen y a las diferentes áreas de la vida afectadas por el hecho de tener impedida la meta de tener un hijo y formar una familia.

*“Para la mayoría de las personas, ciertas metas vitales como formar una familia y tener hijos deben ser concretadas en un determinado momento de la evolución personal y de pareja. El hecho de verse impedida esta meta puede producir una crisis que afecta todas las áreas de la vida: lo personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales y familiares y en algunos casos el plano laboral”. (Urdapilleta, Leticia, en Chillik, 2006: 202)*

Urdapilleta (2006) sostiene, que *en el área personal*, se observa un deterioro de la identidad a través de la disminución de la autoestima. Las personas comienzan a tener pensamientos negativos acerca de sí mismo (“no valgo nada si no puedo tener hijos”), acerca de su historia (“todo siempre fue difícil para mí”), o acerca de su futuro (“nunca vamos a poder tener un hijo”). Son frecuentes las emociones tales como la tristeza, depresión, ansiedad, angustia, irritabilidad, hipersensibilidad y sensación de falta de control.

Los momentos prolongados de dolor psíquico, la acumulación de frustración y de estados de duelo, las alteraciones del estado físico producidas por los tratamientos y eventos altamente traumáticos como los abortos espontáneos, hacen que el sufrimiento psicofísico sea la razón principal por la cual las personas con problemas reproductivos puedan sufrir alteraciones emocionales.

*La infertilidad implica un sube y baja emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor.  
(Urdapilleta, en Claudio Chillik, 2006: 200)*

Leticia Urdapilleta, (2006) afirma que cada uno de los miembros de la pareja utiliza diferentes modos de enfrentar los problemas, lo que pone a prueba la posibilidad de comunicarse abierta y sinceramente, la capacidad de empatía, de dar apoyo emocional y de tolerar las diferencias de opinión, de sentimientos o de tiempos de cada uno, y afirma que a pesar de que las parejas viven muchos momentos de tensión, una vez resuelta la crisis, las parejas con problemas reproductivos afirman que la experiencia de la infertilidad mejoró la relación.

Cada miembro de la pareja puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la infertilidad. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento ya que el otro no está experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel.

Leticia Urdapilleta (2006) sostiene que hombres y mujeres somos distintos psicológicamente y hace referencia a que el buen manejo de estas diferencias juega un papel importante en el bienestar del vínculo. Generalmente el modo que tiene una mujer para enfrentar un problema es *profundizar* en él, trata de pensar y sentir las posibles consecuencias y soluciones, Necesita hablar, expresar sus temores, compartir su ansiedad y angustia. *La reacción del hombre es opuesta*: evita hablar, trata de autoabastecerse, no mostrarse débil ni preocupado y de buscar rápidamente una solución. Cada cual con su estilo enfrenta y resuelve el problema. El hombre puede pensar que la mujer se preocupa demasiado y la mujer que al hombre no le interesa tanto como a ella tener un hijo.

Y continua: tanto para la mujer como para el hombre hay roles socialmente adjudicados. La mujer tiene permiso interno y social para llorar y mostrarse débil, pero el mandato para el hombre es contrario, además siempre debe tener una solución. Esto hace, que ante la situación de infertilidad, la mujer sea la portavoz del dolor de ambos, mientras que el hombre se ubica casi exclusivamente en el rol de sostenedor (aún cuando más de una vez quisiera contar sus dolores y miedos).

La dificultad para comunicarse puede aumentar durante un tratamiento para la infertilidad. Frecuentemente, con el resultado de una nueva prueba o cuando el tiempo apremia, la confusión aumenta y la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente.

En ocasiones, los sentimientos de uno de los dos no llegan al otro. Cuando uno se guarda emociones y no las comparte, quizás con la intención de proteger al otro de sentimientos dolorosos, pueden incrementarse algunos sentimientos como son la angustia, culpa y una mayor tensión en la relación de pareja.



La reiteración de los ciclos de tratamiento, por el fallo de los anteriores, suele provocar en la pareja expectativas anticipadas de fracaso, culpa, baja autoestima y parálisis emocional. La persona se mueve en un conflicto emocional entre el deseo de ser madre/padre y la anticipación “aprendida” de un nuevo tratamiento fallido. Cada nuevo intento incrementa la angustia sufrida por los pacientes, con elaboraciones cognitivas de desesperanza: “nunca seremos padres”. La frecuencia e intensidad de actividades gratificantes de compensación se ve disminuida y en muchas ocasiones la vida afectiva y social de la pareja se empobrece. Aumenta la percepción de fracaso y los intentos de ayuda del entorno más próximo suelen ser vividos como reproches.

El modo en que cada sujeto va a verse afectado emocionalmente por el diagnóstico y el tratamiento de su problema de infertilidad/esterilidad es diferente en cada caso y depende de su personalidad, equilibrio emocional previo, recursos, apoyo social externo, estado de sus relaciones de pareja, disponibilidad económica, etc., por citar solo algunos ejemplos pero, sobre todo, de los recursos que despliega la pareja ante el problema.

Referido a lo social, Leticia Urdapilleta (2000) plantea que el aislamiento y la intención de evitar algunas situaciones como estar con familias con niños o con mujeres embarazadas son conductas frecuente, lo que a su vez provoca un incremento del aislamiento social y la pérdida paulatina de reforzadores externos. Surgen sentimientos de inadecuación frente a creencias y mitos sociales, tal es el caso de asociación entre fertilidad y virilidad, entre fecundidad y femineidad, o afirmaciones como aquellas que sentencia que una pareja “debe” tener hijos y además “tempranamente” en el matrimonio. Suelen tener dificultades para explicar en su entorno sus problemas reproductivos, dado que aun existen muchos mitos y tabúes relativos a la infertilidad. En muchas ocasiones, las parejas estériles expresan su pesar ante el desconocimiento que la sociedad tiene de este problema, siendo ellos los primeros que no desean manifestarse públicamente

sobre algo tan íntimo y que consideran podría tener consecuencias sociales o psicológicas sobre la posible futura descendencia.

Por lo general el hombre tiene dificultad de hacer explícito lo que le sucede y para manejarse espontáneamente con su entorno familiar y social. La mujer es la destinataria de la presión de este entorno a través de preguntas, sugerencias y comentarios. En muchas situaciones ella se convierte en portavoz de la pareja con la consecuente carga emocional que esto implica.

*“Los comentarios inoportunos, la ansiedad, y la presión de familiares cercanos, o la incomodidad de asistir a reuniones donde hayan bebés o mujeres embarazadas, se encuentran entre los factores que afectan la relación de las personas con problemas reproductivos con su entorno inmediato”.(Urdapilleta, citado en Chillik, 2006:203)*

Las personas infértiles suelen mantener en muchas ocasiones en secreto su problema y el tratamiento, lo que les priva generalmente de apoyo social genuino por parte de su entorno, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social desde los tópicos de reproducción: “¿el niño para cuándo?”, “cuándo voy a ser abuela?”, etc.

Por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno éste se vuelve en un estresor adicional al preguntar por ejemplo cada mes si se consiguió el embarazo.

Generalmente, en el ámbito laboral, ocurren abandonos de trabajos o disminuye el rendimiento. Inclusive, el tiempo que insumen algunos tratamientos obligan, especialmente a la mujer, a alterar los horarios laborales.

La culpa es un sentimiento muy común entre las personas infértiles. En el intento de determinar el por qué de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han podido causar el problema. Algunas personas piensan que han sido castigadas por sus actividades sexuales anteriores o por alguna interrupción de embarazo voluntaria acontecida en el pasado. También es frecuente oír lamentaciones entre las personas que han utilizado anticonceptivos previamente sin saber que tenían o podían tener un problema de infertilidad. Frecuentemente el miembro infértil siente que está privando a su pareja de la oportunidad de tener hijos.

La culpabilización del uno al otro por su incapacidad para concebir puede acontecer, especialmente cuando sólo uno de los dos es infértil.

También surgen expresiones de ansiedad, por anticipación negativa sobre los resultados del tratamiento, por dudas sobre sus efectos sobre la salud tanto del propio paciente como sobre su posible descendencia, ansiedad ante la adaptación al problema, ansiedad ante posibilidades nunca antes planteadas como la donación de gametos, adopción, etc.

Las parejas infértiles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas. La infertilidad supone una carga en la vida diaria de estas parejas, afectando de alguna manera su estado emocional, social, físico, ocupacional e, incluso, intelectual.

La propia pareja puede constituirse igualmente tanto en un factor de apoyo como de estrés, la calidad de las relaciones previas, la capacidad de resolución de problemas en la pareja, las habilidades de comunicación entre sus miembros, etc., van a ser determinantes en una situación en que ambos miembros están sometidos a las presiones del tratamiento.

### 5.3 Los duelos en reproducción asistida

Etimológicamente, duelo significa dolor, deriva del vocablo latino “dolium”, que a su vez procede del verbo “doleo” (dolerse).

Robert Neimeyer en su libro “Aprender de la pérdida” comienza afirmando que para entender la experiencia de la pérdida, suele ser útil reconocer su omnipresencia en la vida humana. En cierto modo, *perdemos* algo con cada paso que avanzamos en el viaje de la vida, cosas que van desde las más concretas, como las personas, lugares u objetos, hasta las más inmateriales, pero no por ello menos significativas, como la juventud o los sueños e ideales que se desvanecen cuando nos enfrentamos a las duras “realidades” de la vida.

Este autor, presentar una perspectiva teórica emergente sobre el duelo que contrasta con las teorías tradicionales que se centran en etapas, tareas o síntomas generales que se suponen aplicables a todos los individuos afectados por la pérdida. Al contrario de estas teorías, ha intentado señalar hasta qué punto los factores personales, familiares y culturales que suelen obviarse cuando se intentan formalizar y estandarizar los modelos sobre la pérdida dan forma al duelo. Partiendo de esta posición, señala la importancia del *proceso de reconstrucción de significado en la elaboración del duelo*.

Neimeyer, Robert, sostiene que:

*“... el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.” (Neimeyer; 2002:151)*

Y continua: partiendo del enfoque constructivista, esta perspectiva se basa en una visión de los seres humanos como constructores empedernidos de significados, autores de unas narrativas que destacan los temas de la estructura argumental de sus vidas. Introduciendo innovaciones en los sistemas de creencias de la cultura a la que pertenecen, los individuos construyen sus propias estructuras de significado, permeables y provisionales, que les ayudan a interpretar su experiencia, a coordinar sus relaciones con los demás y a orientar sus acciones dirigiéndolas hacia objetivos significativos.

Neimeyer (2002) hace una breve reseña sobre las perspectivas de la reconstrucción del significado.

En primer lugar, sostiene que dentro de las tesis constructivistas, la pérdida se ve como un acontecimiento que puede perturbar profundamente las creencias que tenemos sobre la vida, que solemos dar por supuestas, dando un duro golpe a los fundamentos de nuestro mundo de presuposiciones. Planteándonos el desafío de adaptarnos a una avalancha de experiencias subjetivas y demandas objetivas que exige que volvamos a construir un mundo que “tenga sentido”, que vuelva a instaurar una sensación de sentido, dirección, y comprensibilidad a una vida que ha quedado trasformada para siempre. El modelo narrativo puede ser útil para comprender este proceso de reconstrucción de significado, que considera como la dinámica más importante del duelo.

Luego, afirma que una de las deficiencias fundamentales de los modelos tradicionales del duelo es su presunción de universalidad, la idea de que prácticamente todas las personas que sufren una pérdida manifiestan respuestas emocionales parecidas. Por el contrario, la perspectiva de la reconstrucción del significado enfatiza los sutiles matices que diferencian las reacciones de los supervivientes, de tal modo que no hay dos personas (ni siquiera un marido y una

mujer) que podamos presumir que experimenten el mismo dolor como respuesta a la “misma” pérdida.

Una tercera característica de la aproximación constructivista al estudio de la pérdida es la convicción de que el duelo es un proceso activo, la propia pérdida empuja a entrar en un período de toma acelerada de decisiones.

*“... lejos de constituir un proceso pasivo en el que se “espera” una serie de transiciones emocionales predecibles, una visión más realista del duelo lo entendería como un período de toma acelerada de decisiones (a nivel práctico y existencial), hasta el punto de que la persona afectada puede sentirse en ocasiones desbordada por los desafíos que se encuentra...” (Neimeyer; 2002: 129)*

Por último, según el autor, los procesos de reconstrucción que acompañan a la elaboración del duelo no pueden entenderse como si tuvieran lugar dentro de subjetividades aisladas, separadas de su entorno social. La reconstrucción de un mundo de significados tras la pérdida es algo más que un ejercicio cognitivo; requiere además que las personas obtengan el apoyo social que refuerce sus identidades cuestionadas.

Fernandez Moya (2004), en su libro “Después de la Pérdida”, sostiene que ante una situación de consulta por un duelo, la ayuda terapéutica esta siempre acotada. El sentido de ésta es la búsqueda de significados alternativos que hagan más tolerable el dolor, el sufrimiento, que parece insuperable, insoportable. Es importante afirmar que lo que resulta insoportable del dolor es la ausencia de sentido, o bien de significados que resulten aceptables. Esto es no poder encontrar una idea, pensamiento que le otorgue a la pérdida un significado válido, aceptable, y que vaya de un sentimiento que, por afín, legitime esas ideas y tenga la capacidad de promover acciones que resulten coherentes.

Gran parte de las investigaciones sobre la respuesta humana ante la pérdida afirman que las personas parecen compartir ciertas reacciones, sentimientos y procesos de curación, aunque también hay una variabilidad importante que depende de cada persona, y de su forma de afrontar la adversidad. Por este motivo, el hecho de hablar de “etapas” de los procesos de duelo puede inducir a error, ya que da a entender que todos los afectados siguen el mismo itinerario en el viaje que lleva de la separación dolorosa a la recuperación personal. Por ello, los siguientes comentarios sobre la respuesta típica a la pérdida deben entenderse como el esbozo de una serie de patrones generales (no universales) de respuesta.

Las fases de un proceso típico de duelo son:

**Evitación:** la realidad de la pérdida puede ser imposible de asimilar y la persona se puede sentir conmocionada, aturdida, presa del pánico o confusa en un primer momento, lo que puede dificultar o evitar la plena conciencia de una realidad que resulta demasiado dolorosa para asumirla. Físicamente, un individuo que se encuentra en la fase de evitación puede tener sensaciones de aturdimiento o oír las voces de los demás como si estuvieran muy lejos y sentirse distanciado o separado de su entorno más cercano. A nivel conductual, puede parecer desorganizado y distraído, incapaz de llevar a cabo las actividades más rutinarias de la vida cotidiana.

**Asimilación:** después de quedar desprotegidos por la conmoción y una vez externalizadas la ira y evitación, se experimenta la soledad y la tristeza con toda su intensidad. El estrés prolongado característico de esta fase también puede pasarle factura a la salud física. Son frecuentes el nerviosismo, las sensaciones de embotamiento, las náuseas y los trastornos digestivos, así como las quejas

corporales difusas de dolor que pueden ser de varios minutos o incluso por horas de duración.

**Acomodación:** la angustia y la tensión características de la fase de asimilación empiezan a ceder en la dirección de una aceptación resignada de la realidad. De manera gradual, se va recuperando un mayor nivel de autocontrol emocional y los hábitos de alimentación y descanso vuelven a la normalidad. A medida que van desapareciendo los síntomas físicos, se va recuperando la energía, que van seguidas de períodos más largos de actividades dirigidas al logro de objetivos. Esto permite empezar el largo proceso de reconstrucción del mundo social que ha quedado destrozado tras la pérdida, ampliando y fortaleciendo un círculo de relaciones que encajen con la nueva vida a la que hay que adaptarse.

Quienes atraviesan por una situación de pérdida regularmente presentan sentimientos de tristeza, enojo, culpa, y autorreproches, ansiedad, fatiga, soledad, impotencia, shock, anhelo, alivio, insensibilidad. Algunas sensaciones físicas pueden ser vacío en el estómago, opresión en el pecho, en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, sequedad de boca. Pueden aparecer trastornos del sueño, trastornos alimentarios, aislamiento social, hiperactividad, conducta distraída.

Según Fernandez Moya, el duelo es un proceso y no un estado, e implica tareas de elaboración de la pérdida que requieren esfuerzo. Es un proceso que debe ser valorado como la adaptación a la pérdida. El duelo se hace en etapas, y es importante considerarlo “como proceso, ya que los procesos tienen un principio, un desarrollo y un final”. Transmitir y comunicar que todos los procesos tienen final representa un mensaje cargado de esperanza para quien sufre el presente.



Este autor, describe las etapas en las que se puede dividir el tiempo transcurrido del proceso de duelo y las tareas que a cada una de las etapas se pueden asignar:

*Primera Etapa:* la tarea será aceptar la realidad de la pérdida. El proceso de aceptar la realidad de la pérdida lleva un tiempo que varía y es diferente para cada persona. Se trata de una aceptación que debe producirse en tres niveles: cognitiva, afectiva, conativa.

Nuestros pensamientos deben incluir la pérdida como tal. Nuestras imágenes mentales incorporan la realidad de haber perdido algo querido amado, deseado. Nuestras emociones, sentimientos expresan el dolor, la tristeza y enojo que ha provocado la pérdida. Nuestras acciones deben expresar una correspondencia con los pensamientos predominantes y con los sentimientos más frecuentes.

*En la Segunda Etapa,* la tarea pasa por trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. El terapeuta debe reconocer las emociones y sentimientos que la pérdida provoca en la persona. También se debe registrar los modos de hacerlo y el reconocimiento que otras personas significativas hacen o atribuyen a la misma situación de pérdida, que puede ser igual o muy diferente.

*En la Tercera Etapa,* la tarea pasa por la adaptación al medio, reconocer que todas las situaciones conocidas, cumpleaños, reuniones con amigos, continúan como siempre, pero que son distintas, que muchos sonidos e imágenes podrías asociarse, relacionarse con la pérdida, es una dura y penosa tarea.

*En la Cuarta Etapa,* la tarea pasa por recolocar emocionalmente al fallecido y “continuar viviendo”. El terapeuta debe poder transmitir que seguir viviendo no implica olvidar. Por el contrario, significa recordar, pero de una manera diferente.

En cuanto a los duelos en infertilidad, Urdapilleta, Leticia los define como:

*“Un duelo es una situación de mucho dolor, que la persona sufre por la pérdida de algo o alguien que nunca tuvo, que no tiene en la actualidad o que supone nunca podrá tener. Estos procesos son atravesados por las personas infértiles en numerosas situaciones y se ven agravados porque son agravados, generalmente privados e inadvertidos por el entorno”. (Urdapilleta,; citado en Chillik;2005:204)*

Según ésta autora, estos duelos comienzan como preocupación y temor, porque a pesar de haber intentado deliberadamente el logro del embarazo durante algunos meses, nada pasa. Así cada menstruación es una desilusión que rápidamente se va transformando en dolor. Luego aparece el impacto de los diagnósticos, las operaciones sin resultados, tratamientos que fracasan, de los meses que siguen pasando durante los cuales solo reciben noticias de embarazo los que están a su alrededor. Y la persistente sensación de que ellos tal vez, nunca lleguen a vivir la experiencia de ser padres.

Perder un embarazo implica dolor y conlleva a la vivencia de duelo que no es reconocida por la sociedad, lo que dificulta y obstaculiza la posibilidad de expresarlo. Y si las interrupciones de la gestación se repiten, como ocurre en los casos de aborto recurrente, a éste dolor se le suma el temor de no lograr que ningún embarazo llegue a término.

La madre que albergó en su vientre a un hijo, que por alguna causa se transforma en una pérdida se debe considerar que ella lo vive de una manera diferente. Es la única que tiene la vivencia y la experiencia de la vida de su hijo.

Tenerlo dentro, imaginarlo, pensarlo, desearlo, son experiencias exclusivas que la distinguen de los demás.

*“Los duelos de la infertilidad son invisibles e intangibles, porque aunque no hay cuerpos que enterrar o fotos para recordar, lo que muere es el sueño de ese niño que tarda en llegar o que, quizás, nunca llegue...” (Urdapilleta, , citado en Chillik; 2005:204)*

La infertilidad puede llegar a representar una crisis severa en la vida de una persona por la pérdida de los ideales de convertirse en madre /padre, y de no poder vivir una de las experiencias más valoradas por la familia y la sociedad.

Las pérdidas a las que una pareja con diagnóstico de infertilidad se ve sometida son múltiples y por causas muy valoradas, entre ellas:

- Pérdida por la posibilidad de tener un hijo biológico.
- Pérdida por la satisfacción física y emocional del embarazo y el nacimiento.
- Pérdida del control del manejo de actuaciones correctas para conseguir un fin.
- Pérdida de la espontaneidad e interés en las relaciones sexuales.
- Pérdida de normalización en el grupo de edad de pertenencia, en el que la pareja infértil se siente desplazada.
- Pérdida de control del manejo emocional.
- Pérdida para poder cubrir las expectativas de los padres en relación a su descendencia.
- Pérdida de control sobre la vida, de los proyectos que le dan sentido. El poder hacer lo que ellos quieren, el ser padres, les está vedado. Las mujeres a menudo sienten incompleta su feminidad.
- Pérdida de un organismo “apto” para la reproducción, que se traduce en una sensación de fracaso y angustia.

Neimeyer (2002), expresa las *diferencias de género en la elaboración del duelo* y dice:

*“Para compartir nuestro proceso de duelo con otras personas, debemos ser conscientes de cuáles son sus “propios estilos de duelo” y respetarlos. No hay dos personas que se adapten a una pérdida de la misma manera, y exceptuando algunos rasgos generales, no hay una sola forma “correcta” de elaborar el duelo...” (Neimeyer; 2002:86)*

En cuanto a los roles de género en los duelos, describe que mientras las mujeres en crisis suelen acudir a los demás de manera natural, para dar y recibir apoyo, y expresar abiertamente sus sentimientos, los hombres sienten la necesidad de “dejar a un lado sus sentimientos” y mostrarse “fuertes” hacia los demás.

Lo importante es entender la forma que cada uno tiene de elaborar el duelo, independientemente de si se sigue o no la “norma” de género. Se deben respetar estas diferencias y no criticarlas como señal de *debilidad* en las mujeres o de *despreocupación* en los hombres.

El cuerpo es un recordatorio constante para la pareja de que “han fallado”, tienen que vivir siempre con ese cuerpo, y cada mes vuelven a recordar la pérdida y la propia incapacidad.

Algunas parejas, tras el diagnóstico, toman aceleradamente la decisión de comenzar los tratamientos con la idea de encontrar en ellos una solución mágica sin el espacio y tiempo necesarios para la elaboración del duelo. Por ello es

necesario ayudarles a definir el camino, explicar los costes psicológicos que van a tener y no sólo los físicos y económicos.

El duelo en la infertilidad se complica, ya que no queda sólo en la aceptación de las pérdidas, sino que ante la opción de conseguir un hijo mediante técnicas médicas, las emociones aparecen nuevamente con la ilusión de que su proyecto se haga realidad. Si el resultado no es positivo vuelve el dolor, la frustración, el miedo y el fracaso.

Si se trata de una **infertilidad**, su respuesta puede ser casi semejante al dolor de la muerte: la pérdida del niño soñado, de la salud reproductiva, de la experiencia de un parto, del amamantamiento, etc.

Algunas de estas pérdidas serán más apremiantes para una parte de la pareja que para la otra.

La **esterilidad de causa desconocida** conlleva incertidumbre tanto para la pareja como para los especialistas, al no tener claridad en las opciones y las probabilidades de embarazo; para unas parejas significará el inicio de un largo periodo en el cual está presente un dolor emocional casi constante.

Cuando se trata de **infertilidad secundaria** (aquella que se presenta luego de haber concebido anteriormente un hijo), la pareja experimenta sentimientos de pérdida de algo que estuvo antes bajo control (la reproducción) y pueden chocar con las desestimaciones que otros hacen de su aflicción por no ser nuevamente padres (Shapiro, 1988).

#### **5.4 Relación estrés – infertilidad**

Urdapilleta, (2004) afirma que la relación del estrés con los trastornos reproductivos ha sido, y aún es hoy en día, objeto de controversias. Los estudios

en Psiconeuroendocrinología están demostrando cómo, no sólo el *estrés es la consecuencia o efecto de la infertilidad* y de las situaciones generadas alrededor de su intento de resolución, sino que el estrés es también *causa* de alteraciones de la fertilidad.

Las personas que atraviesan la experiencia de tener dificultades para lograr un embarazo o llevar un embarazo a término, sufren, en mayor o menor medida, momentos de estrés, debido tanto a esta dificultad como a los métodos para diagnosticar y tratar su afección. El estrés surge como efecto de la infertilidad.

*“Hoy se sabe que el estrés que se percibe en estos pacientes es una consecuencia del sufrimiento psíquico producido por la infertilidad, y no su causa.” (Urdapilleta, citada en Chilik; 2006:201)*

Siguiendo a Urdapilleta (2001), en el 1° Congreso Argentino de Medicina del Estrés, desarrolla diferentes tópicos donde el estrés está presente cuando se sufre de infertilidad:

#### **A) Fuentes habituales de estrés en personas infértiles**

- Edad de la mujer
- Tiempos (espera de resultados, lista de espera, recuperaciones quirúrgicas, postergaciones, procesos de toma de decisión)
  - Crisis intra e interpersonal generada a partir de tomar conocimiento de la dificultad reproductiva.
    - Aspectos económicos
    - Aspectos religiosos/ filosóficos/ éticos
    - Presiones y /o aislamiento del entorno familiar y de amigos
    - Manejo de la información respecto de la infertilidad y sus tratamientos

- Alteraciones laborales y/o vida cotidiana
- Postergar otros proyectos individuales o de la pareja (en términos de tiempo, posibilidades económicas, vacaciones, compra de auto, viviendas, etc)

## **B) Estrés de la toma de decisiones**

- Elección del médico
- Elección de tratamientos.
- Usar gametas donadas
- Donar gametas
- Criopreservar/ desechar/ donar embriones
- Parar los tratamientos
- Adoptar
- Vivir sin hijos

## **C) Estrés generado por métodos diagnósticos y tratamientos de la infertilidad**

Métodos diagnósticos: Cartilla de temperatura basal, Biopsia de endometrio, Test post – coital, Espermograma, Histerosalpingografía, Histeroscopia, Laparoscopia, Biopsia de testículo, Punción de epidídimo. El estrés de estos métodos radica en que producen tensión emocional, dolor, ansiedad por los resultados, condicionan o alteran la sexualidad, entre otras cosas.

Tratamientos: Estimulaciones de la ovulación con relaciones programadas, series de inseminaciones, cirugías. Estos tratamientos son estresantes porque están sujetos a los ritmos biológicos de las pacientes, por las fluctuaciones cíclicas de esperanza previa y desilusión después del fracaso, por el relativo éxito de los tratamientos, por los efectos secundarios de los medicamentos

## **D) Estrés sobre la sexualidad**

La sexualidad se ve afectada en casi todas las parejas en algún momento del tránsito por la infertilidad: esto se debe a dos motivos fundamentales:

### Efectos de los métodos diagnósticos y tratamientos:

*La condición física está alterada* por los diversos procedimientos; las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos hormonales y la *condición emocional está alterada* por la pérdida de privacidad y espontaneidad ( las relaciones son pautadas por la fecha ovulatoria, el termómetro o el médico, deben informar al médico sobre su frecuencia sexual, por la ansiedad anticipatoria generada por espermogramas, tests postcoitales, etc

### Efectos de la crisis de la infertilidad

- Deterioro identidad
- Disminución de la autoestima
- Disminución del sentimiento de virilidad
- Depresión, culpa, rabia, ansiedad, frustración, y otros estados emocionales .

## **D) El estrés de los duelos**

Los diversos duelos que se les presentan a las personas con trastornos reproductivos se relacionan entre otras cosas, con el efecto que producen los diagnósticos, el fracaso de tratamientos, los abortos espontáneos, la pérdida de la paternidad genética, la pérdida del proyecto de vida (tener hijos, la transmisión genética), la pérdida de calidad de vida, la decisión de parar los tratamientos.



Este tipo de duelos, tiene características particulares que los diferencian de los tradicionales. Esto se debe a que son duelos generalmente “invisibles” a la vista de los demás, por aquellos que no los han sufrido, por lo que son vividos con poco apoyo del contexto. A esto se suma que no hay rituales sociales de transición que favorezca la exteriorización del dolor. Además estos duelos se suelen repetir y son variados en cada persona o pareja sufriendo de infertilidad. Cuando la pareja está en estadíos distintos del proceso o tiene capacidades adaptativas diferentes, que suele ser muy frecuente, la situación se puede agravar entre ellos.

### **5.5 ¿Qué pasa con el sexo?**

En el libro *¿Por qué no podemos tener un hijo?* del Dr. Claudio Chillik, la Lic. Leticia Urdapilleta describe la vida sexual de la pareja, como una de las áreas más afectadas, tanto por la tensión psicológica producida por la infertilidad como por los efectos colaterales, no deseados, de algunos métodos diagnósticos y de ciertos tratamientos de la medicina reproductiva.

Y sostiene que generalmente se ve afectada la *disminución del deseo sexual* y la *frecuencia* de relaciones sexuales. Esto es producto de un desgaste lento y constante causado por diversos factores:

- a) El profundo dolor psíquico vivido por períodos prolongados (los estados depresivos producen un abaja en el deseo sexual y en la capacidad de disfrutar de la vida sexual.
- b) El deterioro de la identidad sexual, ya que la incapacidad de procrear les distorsiona la percepción del propio atractivo sexual (el hombre se siente poco viril, la mujer menos femenina.
- c) Los disturbios físicos y emocionales causados por algunos medicamentos (que pueden producir hipersensibilidad e irritabilidad,

molestias físicas como dolor de cabeza, cansancio, alteraciones del sueño).

- d) Estados postoperatorios y períodos de abstinencia para realizar estudios o luego de algunos tratamientos, que hacen que la espontaneidad se pierda.

*“Con el paso del tiempo, para éstas personas el sexo cambia de sentido; lo que antes era un encuentro espontáneo, fruto de un encuentro previo favorable, ahora lo decide un termómetro, un calendario o lo prescribe un médico... La sexualidad pasa a ser programada, pautada, quedando interrumpida su expresión espontánea. Esto hace que los encuentros sexuales pierdan las cualidades que antes tenían”.*  
(Urdapilleta; citada en Chillik; 2006:209)

Urdapilleta, también expresa que además de las alteraciones de deseo pueden presentarse otras disfunciones sexuales. En algunas personas pueden agravarse las disfunciones sexuales previas al momento en que la pareja descubrió su problema reproductivo. En general en las parejas con problemas de esterilidad se registran tres situaciones: durante los primeros meses de búsqueda hay un incremento de las relaciones sexuales en los días fértiles, sin alterar la sexualidad de los días no fértiles. Con el paso del tiempo disminuyen los encuentros sexuales en los períodos no fértiles y se conservan en los días fértiles. En una última etapa, de gran agotamiento anímico, prácticamente no hay encuentro sexual, ni si quiera en los días fértiles.

Hay parejas que no viven esta “presión reproductiva” sobre su sexualidad, ya que deben recurrir a tratamientos de reproducción asistida en las que el embarazo se obtiene de forma independiente de las relaciones sexuales. Aun así, numerosos factores influyen sobre la vida sexual, dado que éstas prácticas médicas implican una gran carga emocional, teniendo en cuenta que mediante

ellas se busca el embarazo. La mujer vive incomodidades físicas producidas por la gran carga hormonal y por procedimientos como laparoscopías, ecografías transvaginales o aspiraciones ovocitarias. El hombre puede ser sometido a biopsias de testículos para obtener espermatozoides, cuya influencia negativa sobre la sexualidad se prolonga en el tiempo mucho más allá de la intervención.

Existen otros tipos de situaciones que pueden influir en la sexualidad, por ejemplo el control de la temperatura basal, lo cual implica una pérdida de privacidad, porque se debe anotar en una cartilla las relaciones sexuales que tuvo la pareja a lo largo de un mes, la cual, luego verá el médico. Además es el termómetro, y no la pareja, el que indica cuál será el momento de tener relaciones sexuales.

Asimismo el test poscoital es generador de disfunciones de erección, debido que para el hombre se convierte en una suerte de examen de su virilidad, ya que, muchas veces estos contactos sexuales son vividos en un clima de tensión. En la obtención de muestra de semen para espermogramas es habitual que surjan complicaciones para lograr la erección o el orgasmo, como consecuencia de las descargas neuronales producidas por la tensión, y en ocasiones, a que el lugar donde se obtiene la muestra es inapropiado (suelen ser baños de hospitales y laboratorios).

Las alteraciones sexuales pueden ser transitorias, abarcar todo el tiempo de tratamiento hasta lograr el embarazo, o persistir más allá de la resolución del problema reproductivo. En tales casos es de suma importancia para la pareja la ayuda de especialistas en este tipo de disfunciones.

**CAPÍTULO VI**

**RESILIENCIA FAMILIAR.**

## **CAP VI: RESILIENCIA FAMILIAR**

### **6.1 Introducción**

En este apartado observamos cómo el diagnóstico de infertilidad constituye una crisis que repercute y afecta diferentes áreas de la pareja, quienes adoptan diversas interacciones, modificando la organización y la estructura de la misma.

Ante dicho acontecimiento desestabilizador, el sistema- pareja se modifica y adopta diferentes modalidades de funcionamiento, muchas veces intentando transcurrir éste proceso con el menor deterioro posible y apelando a diferentes recursos que posibiliten un camino de crecimiento y fortalecimiento, tanto a nivel personal como de la pareja, a partir de dicha crisis.

En el presente capítulo abordaremos el concepto de resiliencia para conocer los factores salutogénicos del sistema- pareja que facilitarán el crecimiento y el fortalecimiento de la pareja.

### **6.2 Concepto de resiliencia**

Según Froma Walsh, la resiliencia puede definirse:

*“Como la capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento*

*como respuesta a las crisis y desafíos de la vida.” (F. Walsh; 2004: 26)*

Desde el enfoque de *resiliencia familiar* se procura identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que permiten a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores. Las familias en dificultades dejan de ser vistas como entidades dañadas y se comienza a verlas como entidades que están ante un desafío capaz de reafirmar sus potencialidades y crecimiento.

La expresión *resiliencia familiar* designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en la familia como unidad funcional. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar penurias prolongadas y dejar atrás las crisis.

Froma Walsh (2004), sostiene que el enfoque de *resiliencia* desde la perspectiva de la terapia sistémica, ve a la familia que atraviesa por una situación adversa, como una entidad desafiada en lugar de considerarla como una entidad perjudicada, y procura comprender de qué forma logra sobrevivir y regenerarse en medio de un estrés abrumador, reafirmando con ello su capacidad de autorreparación.

La *resiliencia* supone tanto la capacidad de la familia para adaptarse a contextos adversos, como el consiguiente fortalecimiento y la posibilidad de generar recursos propios. De éste modo podrían responder positiva y exitosamente a las crisis y desafíos que se le presenten.

Hoy en día, existe la tendencia a abordar las crisis, desde otra perspectiva, ya no desde la naturaleza negativa del problema sino desde su superación a partir de las *potencialidades* de la persona en relación con su entorno.

Dicho término va mas allá de considerar a cada uno de los miembros de la pareja o de la familia por separado como dueños de una resiliencia individual y se focaliza en la *resiliencia de familia o pareja*, tomando la misma como una unidad funcional.

### **6.3 Procesos familiares fundamentales para la resiliencia**

Froma Walsh (2004) analizó la forma en que las parejas, familias y profesionales pueden identificar, reafirmar y fortalecer los procedimientos que los llevan a convertir la adversidad en crecimiento y fortaleza. Dicha autora, utiliza *tres ámbitos* que describen los procesos básicos de resiliencia de las parejas y familias. Dichos ámbitos, se superponen e interactúan recíprocamente de un modo sinérgico, reforzando así la capacidad de las parejas o familias para abordar con eficacia el estrés. Los mismos se describirán a continuación:

#### **6.3.1 Sistema de creencias**

*“Las creencias constituyen la esencia de nuestra identidad y de nuestro modo de comprender las cosas y conferir sentido a nuestras experiencias”. (F. Walsh, 2004: 81)*

Los sistemas de creencias son la esencia del funcionamiento familiar y constituyen fuerzas poderosas en la resiliencia. EL modo como las familias visualizan sus problema y sus opciones puede determinar que imperen la superación y el dominio o la disfunción y la desesperación. Las creencias

facilitadoras permiten aumentar la cantidad de opciones para la resolución de los problemas, la sanación y el crecimiento, mientras que las creencias limitativas perpetúan los problemas y restringen las opciones.

*“Los sistemas de creencias abarcan convicciones, valores, tendencias, actitudes, tendencias y supuestos que se unen para formar un conjunto de premisas básicas que desencadenen reacciones emocionales, determinan decisiones y orientan cursos de acción” (F. Walsh; 2004:81-82)*

Las familias desarrollan creencias compartidas, ancladas en valores culturales e influenciadas por su posición y experiencia en el mundo social a través del tiempo. Los sistemas de creencias familiares brindan coherencia y organizan la experiencia a fin de que los miembros de la familia puedan dar sentido a las situaciones críticas. Influyen en la forma como los miembros de la familia conciben e interpretan los sucesos y conductas. Las creencias compartidas se desarrollan y son reafirmadas y modificadas durante el ciclo vitas de la familia.

Estas creencias compartidas configuran las normas familiares, expresadas en reglas prefijadas y predecibles que gobiernan la vida familiar. Las reglas, tanto explícitas como implícitas, proponen expectativas acerca de los roles, acciones y consecuencias que guían la vida familiar.

La resiliencia se nutre de creencias compartidas que aumentan las opciones para resolver los problemas, para conseguir salud y crecimiento; hace que los miembros puedan darle algún sentido a las situaciones de crisis. Facilita una mirada positiva, de esperanza y propicia vínculos espirituales trascendentes.



Las creencias fundamentales en la resiliencia familiar pueden organizarse en tres áreas: conferir un sentido a la adversidad, un enfoque positivo, y trascendencia y espiritualidad.

**a) Conferir un sentido a la adversidad:**

Es importante considerar a la resiliencia basada en las relaciones, y no en el individuo “duro, solo, fuerte”. Los familiares significativos y las relaciones comunitarias son fuentes de ayuda y aumenta las posibilidades de superar desafíos abrumadores. Las investigaciones demuestran que el esfuerzo común es uno de los procesos más importantes para hacer frente a las crisis. Una relación se fortalece cuando la crisis se asume como un desafío compartido que debe ser afrontado de manera conjunta.

Las familias tienen más posibilidad de enfrentar la adversidad cuando sus miembros mantienen un fuerte sentimiento de confianza, comparten la convicción de que el hogar es un sitio seguro y que podrán contar unos con otros, Si existe confianza se tiene la seguridad de que serán fieles a su palabra y se sostendrán recíprocamente Las relaciones se fortalecen con acciones que son muestras de integridad y se basan en la consideración del bienestar mutuo. La mutualidad se ve estimulada cuando existe la convicción de que los miembros se esfuerzan por hacer las cosas lo mejor posible dentro de sus circunstancias y límites particulares, en vez de creer que sus acciones persiguen propósitos hostiles o destructivos.

Otro aspecto importante es considerar al Ciclo vital como orientación de la familia, ya que las parejas o familias resilientes son más capaces de aceptar el paso del tiempo y la necesidad de cambio con nuevos desafíos en pos del desarrollo. En familias disfuncionales se puede observar que carecen de un

sentido dinámico del paso del tiempo y de las continuidades entre pasado, presente y futuro.

Las transacciones familiares filtran el significado de la adversidad. Cómo una familia o pareja comprende una situación de crisis y le da un significado es de máxima importancia para la resiliencia. El significado que la familia le asigna al evento crítico va a depender de cómo ésta lo perciba. La repercusión del evento varía en relación a la atribución de significado que tenga en cada sistema familiar. Tanto la significación, como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis.

Las familias o parejas se enfrentan mejor a la adversidad si se les ayuda a lograr un sentido de coherencia, así repensando la crisis como un desafío comprensible, manejable y que es válido de superar. Un fuerte sentido de coherencia implica confianza en la capacidad de esclarecer la naturaleza del problema, de manera tal que estos parezcan ordenados, previsibles y explicables y supone la posibilidad de poner en práctica recursos útiles. El sentido de coherencia pone su atención en la significación de lo vivido, en contraste con un sentido de alineación, falta de rumbo o estancamiento.

### **b) Un enfoque positivo para superar la adversidad**

Para la resiliencia se ha descubierto que adoptar un enfoque positivo es muy importante, manteniendo características como *la perseverancia, el coraje, la esperanza, el optimismo, el dominio activo*, los cuales son elementos esenciales para reunir la fuerza necesaria para superar la adversidad y salir fortalecido.

Las familias que adhieren a una orientación optimista pueden lidiar con el estrés y las crisis obteniendo mejores resultados que aquellas familias que adhieren a una visión de la vida más pesimista.

El concepto de “optimismo aprendido” de Martin Seligman es un aspecto importante que fomenta la resiliencia familiar. En estudios de dicho autor sobre la “indefensión aprendida” revelaron que la gente puede ser condicionada para tornarla indefensa e inducirla a renunciar a la búsqueda de soluciones a sus problemas. Seligman concluyó entonces que si la indefensión puede aprenderse, también es posible desaprenderla, a través de exitosas experiencias, construyendo la confianza en uno, que los esfuerzos de uno pueden hacer la diferencia.

Shelley Taylor descubrió que los individuos que mantienen tendencias selectivas positivas acerca de una situación estresante suelen desempeñarse mejor que quienes tienen una comprensión ardua, de dicha situación. Las ilusiones positivas, llevan a conservar la esperanza frente a una crisis y les permite dedicar sus mejores esfuerzos a superar las contrariedades.

Para ser resilientes, se necesita hacer un balance de la situación, de los desafíos, restricciones y recursos y luego concentrarse en sacar el mejor provecho de las opciones posibles. Para ello se requiere tanto dominio activo como aceptación. Las personas resilientes toman la iniciativa en las situaciones problemáticas, aceptando lo que no se puede modificar e intentando controlar y dominar lo que está a su alcance.

*“La resiliencia exige la aceptación de los límites de nuestro poder: valorar y reconocer aquello en lo cual podemos influir y lo que no podemos cambiar, y luego consagrar nuestros mejores esfuerzos a lo que es posible.” (Walsh; 2004:111)*

### **c) Trascendencia y espiritualidad y transformación**

Las creencias trascendentales son fuente de significado y propósito que van más allá de nosotros, de nuestra familia o de nuestras adversidades. La fe espiritual y la herencia cultural suelen satisfacer la necesidad de un mayor sentido a la vida.

La mayoría de las familias encuentran fortaleza, amparo y guía ante la adversidad gracias a las conexiones que tienen con sus tradiciones culturales y religiosas. Las creencias trascendentales permiten ver con mayor claridad la vida y ofrecen consuelo a la aflicción, también permiten que los sucesos imprevistos sean menos amenazantes y facilitan la aceptación de las situaciones irreparables.

Las familias necesitan contar con un sistema de valores y creencias que trascienda los límites de su propia experiencia y conocimientos, esto, permite a los miembros de la familia visualizar su realidad, que puede ser dolorosa, desde una perspectiva que otorga algún sentido a los acontecimientos y alimenta la esperanza

Prácticas como la meditación y la oración, provenientes de la fe, constituyen fuentes importantes para alcanzar la resiliencia; hay otros que encuentran aliento espiritual por fuera de la religión formal, como una profunda comunión personal con la naturaleza, con la música, la literatura o las artes, etc.

Al enfrentarse a la adversidad, la religión y la espiritualidad nos ofrecen un consuelo y un significado que están más allá de nuestra comprensión.

Otro elemento importante es la creatividad, ya que la imaginación puede llevarnos más allá de una situación de crisis y permite tener en cuenta nuevas posibilidades y nuevas vías de solución a los dilemas .A menudo, las personas resilientes sacan el mayor provecho de una situación trágica al encontrar algo rescatable y visualizar nuevas posibilidades.

*“Una familia funcional recurre a una amplia variedad de fuentes para resolver sus problemas, incluyendo la experiencia pasada, los mitos y relatos familiares, la fantasía creativa y nuevas soluciones nunca intentadas....Durante las transiciones que señalan virajes en la vida, y una vez concluidas, las familias necesitan por lo común, imaginar nuevos modelos de interacción humana.” (Walsh; 2004:118)*

La resiliencia se fomenta cuando la tragedia, el fracaso pueden servir como motor de cambio y crecimiento. Los individuos resilientes creen que la actitud de lamentarse es una pérdida de tiempo, en lugar de ello repasan su experiencia e intentan aprender de aquello que pueda resultarles valioso para orientar su futuro.

### **6.3.2 Procesos organizacionales**

Froma Walsh (2004), sostiene que para enfrentar con eficacia las crisis y la adversidad persistente, deben movilizar sus recursos, amortiguar el estrés y reorganizarse a fin de adaptarse a las condiciones cambiantes. Los procesos claves para la resiliencia relacional se sostienen con una estructura flexible, con la conexión (cohesión) de los miembros y con recursos económicos y sociales.

### **a) Flexibilidad**

Todas las familias necesitan desarrollar una estructura flexible pero estable para funcionar óptimamente. Un equilibrio dinámico entre estabilidad y cambio permite sostener una estructura familiar estable a la vez que posibilita el cambio en respuesta a las demandas evolutivas y ambientales.

Para funcionar bien una familia requiere la estabilidad que ofrece las reglas, roles, y los patrones de interacción predecibles y permanentes. Los miembros de la familia necesitan saber qué se espera de ellos y qué pueden esperar de los otros.

La estabilidad estructural debe contrabalancearse con la capacidad de cambiar cuando es necesario. La flexibilidad, la capacidad de adaptación y el cambio, en especial, como respuesta a las crisis, promueve el buen funcionamiento de parejas y familias. En la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema, da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

En el Modelo Circumplejo de funcionamiento de la pareja y de la familia ideado por David Olson refiere que cuando una relación de pareja es moderadamente flexible implica un liderazgo más igualitario, con un enfoque democrático de la toma de decisiones, las negociaciones son abiertas, los roles pueden compartirse y el cambio, de ser necesario se produce fluidamente. Las reglas se adecuan a la edad y pueden sufrir modificaciones con el tiempo En

contraposición, cuando las familias o parejas se hallan en puntos disfuncionales extremos, tienden a ser muy rígidas o caóticas, con excesiva o demasiada escasa estructura. En el extremo caótico prima la desorganización, el liderazgo es limitado o errático, con roles poco definidos y variables, las decisiones tienden a ser impulsivas y no muy meditadas, los miembros tienen dificultades para cumplir sus planes. En los sistemas rígidos, una persona tiende a dominar a los demás, mediante un liderazgo autocrático y muy controlador, las decisiones son impuestas y las negociaciones limitadas. Los roles están estrictamente definidos y las reglas son inflexibles

La resiliencia familiar requiere la capacidad de los miembros de la familia de equilibrar estabilidad y cambio cuando se enfrentan a las crisis y desafíos.

Generalmente, ante situaciones críticas se requiere la reorganización de la familia. Cuando se producen fracturas o crisis importantes en el ciclo vital, quizás hasta sea preciso un cambio básico de reglas y roles, esto sería un cambio de segundo orden.

## **b) Conexión**

La conexión es otro elemento central de la organización familiar. Olson ha definido la “cohesión” como la unión emocional entre los miembros de la familia. La cohesión se evalúa en términos estructurales como las fronteras y coaliciones, tiempo y espacio compartido, dedicación a la amistad, los intereses personales y la recreación.

Walsh utiliza el término “conexión”, por un lado, para describir el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo y la colaboración, y por otro lado, la separación y la autonomía de cada individuo. Es decir, una pareja o familia suelen

desenvolverse mejor cuando saben equilibrar la intimidad y el compromiso mutuo con la tolerancia a la separación y las diferencias.

Ante una crisis, los miembros de una pareja se desenvuelven mejor cuando pueden confiar en que entre ellos habrá sostén y colaboración mutua, el esfuerzo conjunto es uno de los procesos más importantes para hacer frente a las crisis. La resiliencia se basa en el apoyo mutuo, en la colaboración y el compromiso de enfrentar juntos épocas difíciles; y al mismo tiempo es necesario respetar las diferencias entre ellos, las distancias y los límites.

Existen diferentes estilos de organización familiar, los modelos extremos, como las familias aglutinadas y desvinculadas que tienden a ser disfuncionales.

Las familias *aglutinadas* se caracterizan por fronteras difusas, falta de diferenciación entre los miembros, y fuerte presión a la uniformidad, con lo cual no se logra la autonomía y competencia. Existe una conexión excesivamente apretada y una “íntima interacción”. Las diferencias individuales, la privacidad y la independencia son vistas como amenazas a la supervivencia del grupo. No se tolera la separación en las etapas de transición evolutivas normales.

En familias *desvinculadas* los miembros se sienten separados entre sí y tienen poco contacto afectivo o compromiso humano, los nexos de relación entre los miembros son débiles o inexistentes. Predominan el tiempo, el espacio y los intereses autónomos porque cada uno toma su rumbo. La distancia y las rígidas fronteras bloquean la comunicación, la capacidad para relacionarse y las funciones de protección mutua de la familia.

Aunque las fronteras intrafamiliares deben ser firmes, el sistema también debe ser lo suficientemente flexible para promover la autonomía y la interdependencia, necesarios para el crecimiento de los miembros, el



mantenimiento del sistema y el potencial de la continuidad y reestructuración como respuesta al estrés. Las familias de buen funcionamiento tienden a mantener fronteras claras entre los miembros, promoviendo la identidad individual y el funcionamiento autónomo.

El equilibrio de poder es otro aspecto importante en las relaciones de pareja; en familias funcionales, los cónyuges son capaces de construir fuertes liderazgos igualitarios con un poder y una autoridad manifiestos; en cambio, cuanto mayor sea el desequilibrio de poder y mientras uno de los cónyuges mantenga una posición dominante sobre el otro, más disfuncional e insatisfactoria será la relación. Consideramos que es importante que haya confianza mutua y confiabilidad para que cada cónyuge asuma igualdad en cuanto a responsabilidades y goce de privilegios, para lograr una igualdad de pareja, la reciprocidad es esencial.

### **c) Recursos sociales y económicos**

La familia extensa y las redes sociales son salvavidas fundamentales en momentos de crisis, ofrecen ayuda práctica y una vital conexión comunitaria, brindan información, servicios concretos, apoyo, compañerismo, también promueve sentimiento de seguridad y solidaridad. Estudios sugieren que la pertenencia a un grupo y la participación en actividades sociales de cualquier tipo son factores protectores de la vida.

Crear lazos con el mundo social es de vital importancia para la resiliencia en tiempos de crisis. Involucrarse en grupo comunitarios y en congregaciones religiosas propicia la el bienestar individual y familiar. Investigadores observaron que las familias fuertes tienen la valentía de admitir que están en problemas y

necesitan ayuda, cuando no pueden hallar soluciones por sus propios medios son propensos a recurrir a los parientes, amigos, una terapia o asesoramiento psicológico, etc. Cuando predomina el aislamiento y la falta de apoyo social, ello contribuye a la aparición de disfunciones en situaciones de estrés.

Las familias y los clínicos deben tener en cuenta los recursos económicos y examinar los apoyos y equilibrios estructurales entre la familia y los sistemas laborales. En la cotidianidad, los hogares experimentan una gran tensión de rol debido a las presiones de las múltiples exigencias del trabajo y el cuidado de los niños y la falta de soportes sólidos. Los padres se sienten demasiado presionados para atender a las necesidades individuales y de pareja. Para que las familias alcancen un funcionamiento óptimo, los lugares de trabajo deben reestructurarse a fin de ayudar a los trabajadores a lograr un mayor equilibrio en su vida. Así como las personas necesitan de relaciones que los apoyen para desarrollarse, la resiliencia también debe ser sostenida por políticas que impulsen la capacidad de desarrollarse.

### **6.3.3 Procesos comunicacionales**

Hay numerosos estudios sobre los elementos más importantes y necesarios para una comunicación sana, tanto para parejas como para familias. David Olson (1993) ha identificado varias habilidades específicas de una buena comunicación como por ejemplo, la capacidad de hablar y escuchar, la apertura, la claridad, la búsqueda de continuidad, el respeto y la consideración. Entre las habilidades relacionadas con la escucha deben incluirse la empatía y la atención, entre las habilidades del habla se cuenta con la aptitud de hablar por uno mismo y no por otros y la apertura implica dar a conocer los sentimientos sobre uno mismo y la relación.

Todo comportamiento es comunicativo, no existe la no comunicación, aún el silencio es comunicación. Existe un comportamiento no verbal por medio del cual una persona envía mensaje a otra. Por ejemplo: gestos como levantar las cejas, fruncir el ceño, enviar flores, una caricia, un beso, etc. En una relación con otra persona es imposible no comunicarse.

La comunicación cumple dos funciones, un aspecto tiene que ver con un aspecto de “contenido”, vinculado con la transmisión de información, sentimientos u opiniones y el otro aspecto “relacional” que define la naturaleza de la relación, en toda comunicación los participantes afirman o cuestionan ya sea de modo directo e indirecto la naturaleza de su relación.

Muchas veces el mensaje recibido no es el mensaje enviado. Un individuo reacciona ante un mensaje que se le ha transmitido, de acuerdo con su propia percepción de la naturaleza del mensaje, que su reacción sea la apropiada dependerá directamente de la claridad del mensaje.

Sostenemos que los procesos de comunicación son facilitadores del funcionamiento familiar, ayudan a la resiliencia porque traen claridad en situaciones de crisis, estimulando la abierta expresión emocional e impulsando la resolución de problemas vía la colaboración.

Los tres aspectos de la comunicación decisivos para la resiliencia son: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas.

#### **a) Claridad**

La claridad en la comunicación es fundamental para un funcionamiento óptimo. La comunicación distorsionada, vaga o trunca predispone los equívocos y la confusión, ya que los miembros actúan sobre la base de supuestos erróneos o tratan de “adivinar” el pensamiento de los demás.

Siguiendo a Minuchin:

*“La claridad de las reglas imperativas en la familia es tan importante como las reglas mismas, pues ellas organizan la interacción, fijan las expectativas en materia de conducta y definen las relaciones”. (Cit. En Froma Walsh; 2004: 162)*

Si la comunicación es vaga o distorsionada, fomenta la confusión, los miembros pueden actuar sobre la base de supuestos erróneos, manejándose con supuestos, tratando de “adivinar los pensamientos de los demás”. Debe haber claridad en cuanto qué piensa y espera cada miembro de los demás y cuál es el sentido de sus transacciones.

Virginia Satir (en Fernandez Moya, 2006) formula reglas de comunicación que garantiza la funcionalidad de la familia, ellas son:

- Las transacciones iniciadas deben ser terminadas.
- Las preguntas se formulan con claridad y se responden con claridad.
- La hostilidad y los conflictos deben ser reconocidos e interpretados.
- Los miembros de la familia tienen conciencia de sí mismo y cómo son percibidos por los demás.
- Cada miembro de la familia debe ser capaz de expresar opiniones diferentes sobre los demás y comunicar esperanzas, temores, y experiencias que tiene con respecto a las partes interactuantes.
- Cada miembro es capaz de elegir entre varias alternativas de conducta.

- Los mensajes se envían mutuamente y son enunciados con claridad y la conducta correspondiente es coherente con el mensaje.

Asimismo, Satir hace referencia que en la familias sanas la comunicación es directa, clara, específica y sincera. Los miembros de la familia dicen lo que quieren decir, los mensajes se transmiten al o los destinatarios previstos, los mensajes verbales y conductuales son consistentes y congruentes. La claridad contextual es muy importante para distinguir la realidad de la fantasía, los hechos de las opiniones, la intención seria de la humorística.

En momentos de crisis, es de vital importancia clarificar y compartir información sobre dichas situaciones. Frecuentemente los miembros de la familia tienen ideas diferentes sobre los hechos, las experiencias de crisis suelen ser más comprensibles y manejables cuando se comparte la información y las percepciones, donde puedan debatir amplia y francamente el sentido de los sucesos y sus consecuencias. Ello puede ayudar a crear un sentido a lo ocurrido, a aclarar lo que pueden esperar en el futuro y determinar la mejor manera de manejarlo.

### **b) Expresión emocional sincera**

En las familias funcionales, los miembros son capaces de mostrar y tolerar un gran variedad de sentimientos, desde la ternura, el amor, la esperanza, hasta sentimientos como la ira, el temor, la tristeza. En una familia con un funcionamiento óptimo, el clima de confianza mutua estimula la expresión franca de las emociones, los mensajes son espontáneos pero se los transmite con respeto por las necesidades y sentimientos de los demás, así de lo contrario, una

familia con un funcionamiento deficiente, el clima de temor y de desconfianza se perpetúa por las críticas, las inculpaciones y la búsqueda de chivos expiatorios.

Adoptar una comunicación franca es particularmente importante ante situaciones dolorosas. Lo esencial es no bloquear la comunicación, de modo tal que, si se presenta la necesidad, los familiares puedan expresar lo que piensan y sienten.

Una expresión franca de sentimientos positivos es vital para contrarrestar las interacciones negativas. Las relaciones toleran un grado de considerable de conflicto, siempre que éste sea compensado por una comunicación más positiva, por medio de expresiones de amor, valoración y respeto. Otro elemento de vital importancia para la fortaleza de pareja o de familias es el buen humor compartido, ya que a partir de él se puede facilitar la conversación, expresar sentimientos de calidez y afecto, disminuir tensiones, señalar errores etc.

### **b) Resolución cooperativa de problemas**

Los procesos eficaces de resolución de problema son esenciales para el funcionamiento familiar. En parejas y familias resilientes la comunicación, la toma de decisiones y las medidas adoptadas se mueven con fluidez. Se caracterizan por su manera de manejar bien los conflictos, tolerar las discrepancias, desarrollar estrategias eficaces, adoptar una comunicación óptima. La resolución de problemas y el manejo del conflicto en un ambiente de colaboración son esenciales para la resiliencia. Un clima emocional negativo entre los miembros de la familia, (ira, frustración, fracaso,) pueden impedir manejar con éxito los problemas.

A partir de los trabajos de Eptein, pueden establecerse varios pasos para instaurar procesos eficaces de resolución de problemas. En primer lugar, los miembros de la familia deben reconocer el problema y comunicarse al respecto con todos los involucrados. Una vez identificado el problema, conviene proponer a los miembros un intercambio de ideas creativas, cada uno manifestará sus opiniones considerando todos los aportes valiosos. Es importante tener en cuenta las posibles opciones, los recursos, y limitaciones para luego decidir un plan. Se deben comprender los obstáculos que se oponen a la resolución de problemas y la forma de superarlos. Las familias bien adaptadas y funcionales tienen la voluntad de probar nuevas soluciones frente a nuevos desafíos, este enfoque flexible e inventivo aumenta los recursos de la familia.

Se ha comprobado que los procesos de negociación también son decisivos para un óptimo funcionamiento conyugal y familiar; toda negociación implica decir y aceptar las diferencias y trabajar en pos de objetivos comunes.

Walsh plantea que el éxito de un matrimonio no es la ausencia de conflicto, sino su manejo: el modo de abordar y resolver las diferencias de aparición inevitable. La evitación de conflicto es disfuncional y aumenta el riesgo de insatisfacción conyugal y de divorcio. El manejo eficaz de los conflictos requiere francas discrepancias y una gran capacidad comunicativa para resolverlas

La pareja debe aprender a comunicarse para poder negociar, lo cual les permitirá ponerse de acuerdo en cuanto a objetivos comunes y avanzar juntos hacia ellos. Además deben reconocer que la relación matrimonial no es estática, porque toda relación implica un cambio constante, y éste cambio exige que los cónyuges elaboren permanentemente su relación.

Las parejas funcionales toman una postura proactiva, procurando un futuro mejor y anticipándose y preparándose al mismo tiempo para futuros problemas o

crisis. Es importante poner en práctica una firme creencia en el dominio activo ante los diferentes problemas, y desafíos que se presenten.

Fernandez Moya (2006) describe las características de la Familia Funcional, tales características se pueden relacionar con los aspectos resilientes descritos anteriormente. La familia funcional se caracteriza por:

- Capacidad para resolver problemas, pueden identificar el problema, comunicarse con las personas adecuadas, desarrollan alternativas de solución del problema, deciden y eligen una alternativa, la llevan a cabo, monitorean la situación y verifican los resultados.
- Desarrollan un clima emocional acorde a las situaciones que atraviesa
- Capacidad para cambiar en el curso del ciclo vital familiar.
- Capacidad para regular los ejes de proximidad- distancia en las relaciones intrafamiliares, la familia es más saludable cuando puede regular éste eje, en función de cada ciclo vital y cada cambio en el mismo.
- Capacidad para formar fronteras generacionales funcionales.



**PARTE PRÁCTICA**

**CAPÍTULO VII:**  
**MARCO METODOLÓGICO**

## **CAP VII: MARCO METODOLÓGICO**

A partir de lo expuesto en el Marco Teórico del presente trabajo, comenzaremos a trabajar sobre el Marco Metodológico que acompaña la Parte Práctica de nuestro estudio.

El Marco Metodológico de nuestro trabajo se encuentra delimitado bajo los conceptos del modelo *Sistémico- Cibernético- Constructivista*, desde esta perspectiva, y bajo una lectura interaccional de los hechos, considerando a la pareja como una unidad, una totalidad, en donde la modificación de una de las áreas del sistema, necesariamente incida en la organización global del mismo y en consecuencia en todas las áreas restantes.

Nuestra intención es iniciar la apertura de un espacio que permita discutir y reflexionar acerca de este tema, con lo cual todo lo expuesto se considera como una lectura posible, no la única. De ningún manera pretendemos agotar las posibilidades de explicación y comprensión del fenómeno.

### **7.1 Objetivos específicos.**

- Analizar la incidencia de la infertilidad en el funcionamiento del sistema conyugal.
- Profundizar el estudio de la crisis por infertilidad y su repercusión en los diferentes planos de la vida de las personas infértiles.
- Identificar los aspectos salutogénicos a los que recurre el sistema- pareja para superar la crisis por infertilidad.

## **7.2 Diseño de la investigación.**

El presente trabajo consiste en un proceso de investigación **cualitativa con un diseño de investigación Narrativo.**

Hernández Sampieri (2006), refiere que en los diseños narrativos el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas, resultando de interés los individuos en sí mismo y su entorno.

El investigador analiza diversas cuestiones: la historia de vida, pasaje o acontecimiento en sí, el ambiente, las interacciones, la secuencia de eventos y los resultados. En este proceso, el investigador reconstruye la historia del individuo o la cadena de sucesos, posteriormente narra la historia bajo su óptica y la describe e identifica mediante categorías y temas emergentes en los datos narrativos.

Algunas consideraciones para este proceso es que los datos narrativos lo constituyen las experiencias personales, grupales y sociales de los actores o participantes (cada participante cuenta su historia). También se debe considerar que la narración debe incluir una cronología de experiencias y hechos, teniendo en cuenta pasado, presente y perspectivas a futuro.

### **7.2.1 Instrumento de Medición.**

En la investigación se trabaja sobre testimonios publicados en obras especializadas en infertilidad. Esto se justifica debido a la imposibilidad de acceder directamente a parejas con diagnóstico de infertilidad.

Los testimonios empleados en la investigación fueron obtenidas del libro del Dr Claudio Chillik, titulado: Porque no podemos tener un hijo? En el cual, se encuentran diversas historias de parejas infértiles que narran su experiencia en torno a la infertilidad, permitiendo la obtención de información orientada a los aspectos relevantes de la investigación.

A través de dichos testimonios se busca extraer la mayor cantidad de datos sobre la experiencia de la infertilidad, el significado, las vivencias, sentimientos, emociones, consecuencias, repercusiones y efectos de dicha experiencia.

Hemos elaborado diferentes categorías de análisis que serán desarrolladas y analizadas a través de historias narradas por parejas que han atravesado por la experiencia de la infertilidad. El un sistema de clasificación de categorías en función del rastreo bibliográfico ha sido:

- **Estructura y organización de la pareja durante la crisis:**

Es la descripción y el análisis de la estructura y la organización de la pareja (pautas comportamentales, reglas, etc.) durante la crisis. Se analiza las modificaciones y efectos que se producen en la pareja a partir de que se enfrenta al diagnóstico de infertilidad. Se analiza la situación de infertilidad como una crisis que expone al sistema- pareja a cambios, adoptando diferentes modalidades de funcionamiento para hacer frente a la crisis.

También se analiza la comunicación y la vida sexual de la pareja, como los aspectos más afectados en el vínculo de pareja.

- **Principales áreas afectadas por la crisis de infertilidad:**

Es la descripción de cada uno de los miembros de la pareja sobre las áreas más afectadas como consecuencia de la crisis por infertilidad. El hecho de verse impedida la meta de formar una familia y tener hijos produce una crisis que afecta todas las áreas de la vida: lo personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales y familiares y el plano laboral.

Dividiremos este apartado en dos grandes áreas afectadas:

- A) **Área personal:** se describe y analiza una serie de sentimientos que despierta la infertilidad: sorpresa, negación, rabia, miedo, culpa dolor, soledad, esperanza- desesperanza cíclicas, angustia y ansiedad. Es un sube y baja emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor. Se describe las múltiples pérdidas a las que se enfrentan las personas infértiles, que implican, un gran dolor y la vivencia de duelo.
- B) **Área interpersonal:** se describe y analiza las relaciones que establece la pareja con el entorno familiar y de amigos. Se analizan, la ansiedad, la presión de familiares y amigos, el aislamiento, la incomodidad de asistir a reuniones donde hayan embarazadas o niños, entre los factores que afecta la relación de las pareja infértiles con su entorno. También se analizan las creencias, mitos sociales y las dificultades de la pareja para explicar a su entorno sus problemas reproductivos, manteniendo en muchas ocasiones en secreto su problema, lo que les priva de apoyo por parte de su entorno. También se describe los efectos producidos en el plano laboral y económico como consecuencia del diagnóstico y los tratamientos.

- **Recursos de afrontamiento de la pareja:**

Son las fortalezas individuales y colectivas, con las que cuenta la pareja (percibidas por ella), en el momento en que se presenta un evento estresor y/o una tensión. Podríamos decir, que la pareja utiliza recursos que los ayuda a asumir y sobrellevar la situación, superando vallas personales, dificultades en la pareja, tensiones familiares, etc. Entre los recursos y capacidades más importantes destacamos y analizamos: redes sociales y de parentesco, la cohesión, los procesos de comunicación, la flexibilidad y los sistemas de creencias.

**CAPÍTULO VIII**  
**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS**  
**RESULTADOS**



## **CAP VIII: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

A partir de la lectura de los testimonios de las parejas entrevistadas (Chillik Claudio, 2006) y del análisis de la literatura obtenida se identificaron 3 categorías generales a saber:

- 1) Organización y estructura de la pareja durante la crisis.
- 2) Principales áreas afectadas por la crisis de infertilidad.
  - 2.1 Área personal
  - 2.2 Área interpersonal
- 3) Recursos de afrontamiento de la pareja.

Teniendo en cuenta la finalidad de nuestra investigación, y con la intención de observar y analizar aquellos factores que consideramos fundamentales en relación a nuestros objetivos, se irán evaluando las distintas categorías de análisis, exponiendo en cada cual, a través de viñetas, aquellas partes de las historias significativas para nuestro trabajo.

### **8.1 Organización y estructura de la pareja durante la crisis**

Aquí describiremos y analizaremos la estructura y la organización de la pareja durante la crisis. Consideramos a la *estructura* de la pareja como los componentes y relaciones de un sistema que lo hacen un caso particular dentro de una clase, la estructura del sistema cambia como una forma de mantener la organización del sistema, y por *organización* consideramos que se refiere a las relaciones que constituyen y definen la identidad del sistema.

Se expondrán viñetas de los testimonios que nos explican cómo funciona el sistema- pareja durante la situación de infertilidad. Las personas narran las

modificaciones y efectos que se producen en la pareja a partir del diagnóstico de infertilidad.

*“... **Notamos que nuestras reacciones comenzaron a ser dispares** con el paso de los meses: mi esposo si bien estaba extrañado porque el embarazo no se daba, se mostraba tranquilo y seguro de que lo lograríamos. **Yo sin embargo estaba nerviosa y no podía entender qué era lo que sucedía...**”*

*“...ante la sorpresa de que los meses pasaban y los niños no llegaban, empecé a **intuir que algo andaba mal...**”*

*“...empieza a rondar al palabra esterilidad como una lápida, y **uno intenta esquivarla hasta que ya no puede hacerlo más...**”*

En estas viñetas se observa cómo la tensión se encuentra presente. Esta situación de tensión se relaciona con un momento en que el cambio es necesario e inminente, es decir cuando una tensión afecta a un sistema se produce una crisis en el cual se requiere de un cambio.

Como lo refiere Pittman una crisis es un estado de *tensión* que afecta al sistema y requiere de *cambios* que se apartan del repertorio que usualmente utiliza el sistema. Es fundamental su concepción teórica referida como un punto de viraje a partir del cual las cosas pueden mejorar o empeorar, pero que inevitablemente cambian.

Pittman dice que cuando se está en presencia de una crisis, existe una tensión que exige un cambio y una inflexibilidad que impide que éste cambio se produzca. Los problemas surgen cuando la pareja trata de impedir la crisis, en lugar de definirla y adaptarse a ella.

“...en ese momento la infertilidad era un problema de los demás, pero jamás nuestro...después de un año de infructuosa búsqueda de un hijo sentimos que esa “enfermedad ajena” nos había alcanzado...”

“...nos llovían dudas...**mi marido y yo discutíamos** sin poder llegar a un acuerdo sobre la manera de resolver el tema de la infertilidad”

“...hicimos dos estimulaciones y dos inseminaciones, que no tuvieron éxito...sentíamos que lo nuestro se estaba tornando difícil y nos deprimíamos al ver que todo lo que hacíamos fracasaba. No podíamos más, todo el estrés que significaba el tratamiento sumado al excesivo trabajo que ambos teníamos había provocado un agotamiento que nos superaba **y generaba conflictos entre los dos...**”

“...durante todo ese tiempo nos encontramos con **un montón de problemas sin resolver...**”

“...podimos viajar por placer y **relacionarnos más y mejor con nosotros y con el mundo...**”

“...decidimos relajarnos un poco. Nos fuimos de viaje con la esperanza de que el descanso fuera nuestro aliado, pero no resultó...”

“...luego de la última consulta sabemos cuáles son las opciones que tenemos por delante: esperar un tiempo más, hacer una nueva laparoscopia o bien una fertilización in vitro. La ansiedad y el nerviosismo que supone decidir qué camino vamos a seguir después de tanta espera son difíciles de explicar...”

*“...Cuando empezamos a aceptar el fracaso como algo definitivo decidimos cambiar de médico. **Ya no nos quedaba mucho más por cambiar**: en ocasiones habíamos mantenido en la intimidad nuestro problema, otras veces lo habíamos contado; por etapas yo había dejado trabajos para estar más tranquila, luego había emprendido proyectos laborales para mantenerme “ocupada”; planeábamos pequeños viajes y otros proyectos. Pero nada disminuía la angustia y la impotencia. Acordamos hacer el último intento”*

En las viñetas arriba referidas se ve cómo la situación de **crisis** expone al sistema a cambios y ante dicha crisis se observa una disminución del consenso y habilidad para actuar coordinadamente, se opaca el sentido de identidad, se cuestiona la validez de las relaciones, se genera aislamiento, aumentan las tensiones entre los miembros, etc.

Considerando a la infertilidad como una **crisis inesperada**, se advierte cómo los cónyuges se enfrentan a una situación que les era **inesperado e imprevisible**, no sabiendo qué hacer al respecto, les es difícil ponerse de acuerdo para adoptar algún curso de acción. Se plantean los interrogantes de si deben intentar tratamientos, esperar, descansar, miedo al fracaso, soledad y ocultamiento social del problema, renunciar a hacer padres, etc. La pareja entra en un “mundo nuevo” en el que la toma de decisiones se convierte en una parte integral de su vivencia cotidiana.

Las situaciones de crisis requieren de nuevas definiciones de la relación, de nuevas reglas, de nuevas modificaciones en el equilibrio de estas relaciones, de un restablecimiento continuo entre el cambio estructural y la estabilidad estructural. Ante dicha crisis, es necesario un cambio de pautas, reglas de comunicación o criterios. Este momento demanda de la pareja un real esfuerzo conjunto para resolverla, y cuando la estabilidad de la pareja es débil, está

deficientemente estructurada o conformada, o sus recursos frente a las dificultades son escasos o nulos, estos impactos amenazarían con derrumbarla.

El vínculo de pareja se ve afectado, ya que la misma debe adoptar diferentes modalidades de funcionamiento para hacer frente a la crisis. Entra en juego la posibilidad de comunicarse abierta y sinceramente, la capacidad de dar apoyo emocional y de tolerar las diferencias de opiniones, de sentimientos, de tiempos internos y la capacidad de resolver problemas.

*“...esta situación que parecía no tener salida nos unió muchísimo más como pareja y nos dio la verdadera fuerza para sobreponernos a todo, aún a dos abortos espontáneos...”*

*“...me siento orgullosa de mi pareja, del empuje y de las fuerzas que tuvimos para superar las tensiones y ansiedades, las inyecciones, los estudios, las dudas...”*

*“...como pareja aprendimos a hablar de temas que nunca se nos habían planteado, relacionados con medicina, religión, ética ciencia; a respetar los tiempos, ya que pueden ser distintos para cada uno y a llegar a un común acuerdo antes de movernos un paso adelante o decidir esperar y tomarnos un tiempo para nosotros... lo bueno es que crecimos muchísimo como pareja, aunque hay que reconocer que a un precio bastante alto...”*

Sostenemos que la imposibilidad de llevar adelante el proyecto de armar o agrandar una familia, constituye una crisis en donde se entretajan entre los miembros de la pareja diversas interacciones, modificándose la estructura y organización de la misma.

A través de dicha crisis nos encontramos ante dos opciones, puede ocurrir que el sistema- pareja se modifique y adopte diferentes modalidades de funcionamiento llegando a la desvinculación de pareja o se trabaje hacia el crecimiento y fortalecimiento de la pareja como hacen referencia la mayoría de las parejas a través de éstos testimonios.

Otro factor importante es la **vida sexual de la pareja**, que se ve afectada por la tensión psicológica y por los efectos de algunos métodos diagnósticos y ciertos tratamientos de la medicina reproductiva. Las parejas se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas. La infertilidad supone una carga en la vida diaria de estas parejas, afectando de alguna manera su estado emocional, social, físico, sexual.

*“...utilizábamos un test para estar seguros del momento en que ocurría la ovulación y teníamos relaciones sexuales en la fecha en que sería probable el tan ansioso embarazo... todo esto condicionaba nuestra relación íntima y después de ocho meses de haber realizado el tratamiento lo sentíamos como una carga pesada...”*

El Dr. Claudio Chillik plantea que generalmente se ve afectada la disminución del deseo sexual y la frecuencia de relaciones sexuales. Esto es producto de un desgaste lento y constante causado por diversos factores.

Como expresa Chillik, la vida sexual es una de las áreas más afectadas en estos casos, tanto por la tensión psicológica producida por la infertilidad como por los efectos colaterales, no deseados, de algunos métodos diagnósticos y de ciertos tratamientos de la medicina reproductiva

Ante dicha situación, y ante el paso del tiempo, el sexo cambia de sentido; lo que antes era un encuentro espontáneo, fruto de un clima previo favorable, ahora lo decide un termómetro, un calendario o lo prescribe un médico. La sexualidad pasa a ser programada, pautada, quedando interrumpida su expresión espontánea.

## **8.2 Principales áreas afectadas por la crisis de infertilidad.**

Aquí describiremos y analizaremos las principales áreas afectadas por la crisis de infertilidad. Los problemas reproductivos y sus tratamientos producen repercusiones en diferentes planos de la vida, habitualmente las áreas implicadas y más afectadas son: a nivel personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales y familiares y el plano laboral.

En este apartado profundizaremos en dos grandes áreas afectadas, a nivel individual e interpersonal:

### **8.2.1 Área personal**

La imposibilidad de llevar adelante el proyecto de tener un hijo despierta sentimientos como tristeza, ansiedad, angustia, sorpresa, negación, rabia, miedo, culpa, soledad. Es un sube y baja emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor. Las parejas infértiles se enfrentan a múltiples pérdidas que implica un gran dolor y conlleva a la vivencia de duelo.

*“Superamos la angustia del diagnóstico y emprendimos el primer tratamiento...”*

*“En la segunda transferencia quedé embarazada, pero el embrión detuvo su crecimiento...sentimos más angustia, más bronca, más impotencia...”*

*“Y seguimos y nuevamente fracasamos, y el dolor ya era insoportable...”*

*“...esterilidad es una palabra muy dolorosa, sinónimo de noches de llanto, larga espera y frustración...”*

*“...El dolor se renueva cada mes al menstruar, porque significa “no” una vez más. Recuerdo el miedo a “fallar” de nuevo...”*

*“...no se puede transmitir la magnitud ni la profundidad del dolor que se siente cuando no se concreta...”*

*“...uno no sabe si podrá lograrlo y dejar de sufrir...”*

*“...entonces empezó nuestro peregrinaje, lleno de ansiedades y terribles frustraciones, dolor y a veces hasta vergüenza...”*

En el área personal, podemos referir como son frecuentes los sentimientos de tristeza, angustia, fracaso e impotencia. También surgen expresiones de ansiedad, por anticipación negativa sobre los resultados del tratamiento, ansiedad ante la adaptación al problema, ansiedad ante posibilidades nunca antes planteadas como la donación de gametos, adopción, etc.

También se observa preocupación y temor, porque a pesar de haber intentado el logro del embarazo durante algunos meses, *nada pasa*. Así cada menstruación es una desilusión que rápidamente se va transformando en dolor, y aparece el impacto de los diagnósticos, operaciones, tratamientos que fracasan y la persistente sensación de que ellos tal vez, nunca lleguen a vivir la experiencia



de ser padres. En esta lucha contra la infertilidad son constantes el dolor y la frustración.

La reiteración de los ciclos de tratamiento, por el fallo de los anteriores, suele provocar en la pareja expectativas anticipadas de fracaso, culpa y miedo a “fallar” de nuevo. La persona se mueve entre el deseo de ser madre/padre y la anticipación “aprendida” de un nuevo tratamiento fallido. Cada nuevo intento incrementa la angustia, con pensamientos de desesperanza: “nunca seremos padres”.

*“... pero como mujer que anhelaba ser mamá más que nada en el mundo vivía con el mismo dolor que cualquier mujer ese pensamiento: “Por qué yo no...?”*

*“...a las mujeres nos preparan para la maternidad desde temprana edad. Muñecas, bebés, cuentos, y experiencias de madres y abuelas transmitidas durante tantos años. Pero cuando llega el momento de enfrentarse a la realidad de no poder concebir un hijo, todo ese mundo mágico parece desmoronarse y el golpe es muy duro...”*

*“...cuando mi esposo y yo decidimos que queríamos tener un hijo ambos lo deseábamos con todo el corazón...cada mes esperábamos ansiosos la buena nueva, pero nada ocurría...”*

Podemos observar como las personas se enfrentan a una situación que *afecta el cumplimiento de un objetivo*, como es el de ser padres, tal objetivo se ve obstaculizado por el padecimiento de un trastorno de infertilidad.

Consideramos que la infertilidad puede llegar a representar una crisis severa en la vida de una persona por la pérdida de los ideales de convertirse en madre /padre, y de no poder vivir una de las experiencias más valoradas por la

familia y la sociedad. Tradicionalmente la sociedad espera de la mujer que sea madre. Ser madre para la mujer implica el hecho del embarazo, vivir el parto y criar a su hijo. Esto generalmente forma parte de su plan de vida y un pilar fundamental de su identidad. No lograr quedar embarazada o llevar un embarazo a término, provoca una gran pérdida, y una amenaza a la meta tan anhelada por la pareja, la de ser padres.

Las parejas al enfrentarse con el diagnóstico de infertilidad comienzan a vivenciar pérdidas: como la pérdida de tener un hijo biológico, pérdida por la vivencia del embarazo y el nacimiento, pérdida por no poder cumplir con las expectativas de los padres con respecto a su descendencia, pérdida del control sobre sus proyectos, pérdida de un organismo “apto” para la reproducción.

Según Urdapilleta, las parejas infértiles se enfrentan a múltiples pérdidas que implica un gran dolor. Y continua diciendo, el duelo por infertilidad es una situación de mucho dolor, que la persona sufre por la pérdida de algo o alguien que nunca tuvo, que no tiene en la actualidad o que supone nunca podrá tener.

Ya se citó a L. Urdapilleta, quien plantea que las pérdidas y los duelos por infertilidad son particulares debido a varios motivos: son **variados y repetidos**, suelen ser **invisibles** frente a los demás, no hay rituales sociales, generalmente son vividos con poco apoyo del contexto, y existen diferencias de cómo vivencian los duelos ambos miembros de la pareja. Cuando la pareja está en estadios distintos del proceso o tiene capacidades adaptativas diferentes, que suele ser muy frecuente, la situación se puede agravar entre ellos.

Neimeyer, sostiene que para compartir el proceso de duelo con otras personas, debemos ser conscientes de cuáles son sus “propios estilos de duelo” y respetarlos. No hay dos personas que se adapten a una pérdida de la misma manera. Y continúa diciendo, que lo importante es entender la forma que cada uno tiene de elaborar el duelo, independientemente de si se sigue o no la “norma” de

género. Se deben respetar estas diferencias y no criticarlas como señal de *debilidad* en las mujeres o de *despreocupación* en los hombres.

*“...Me preguntaba por qué me pasaba esto a mí, qué había en mi historia que pudiera estar imposibilitando la concepción, que había hecho mal en que me había equivocado y ahora lo estaba “pagando”. Entre tantas dudas que me torturaban, un embarazo que no llegaba...”*

Aparece la culpa en el intento de determinar el por qué de su infertilidad, se comienza a pensar que sus anteriores comportamientos han podido causar el problema, y piensan que han sido castigadas.

*“...aprendimos a vivir con el sentimiento de frustración y con la incertidumbre...pero uno se vuelve a levantar, porque para empezar un nuevo tratamiento hay que ponerle todas las ganas. Y así se empieza de nuevo, con la esperanza que finalmente funcione...”*

*“...En cuanto a la incertidumbre, aprender a convivir con ella es un trabajo constante que desgasta...”*

*“...cada intento se vive como el último, el definitivo, y comprobar el fracaso es sinónimo de haber llegado al final del camino...Se siente una profunda tristeza y una gran impotencia. Pero al cabo de uno días renace la esperanza de triunfar y nuevamente pensamos: y si la próxima funciona?...”*

*“...los sentimientos y estados de ánimo cambiaban todo el tiempo, las esperanzas e ilusiones se renovaban en cada intento; durante la espera del resultado nos llenábamos de angustia y miedos. Cuando los resultados eran negativos aparecían el dolor y la frustración. Volver a empezar significaba recuperarse emocional y económicamente...”*

Aquí se advierten las fluctuaciones entre esperanza y desesperanza, ante cada nuevo intento aparece la ilusión de que su proyecto se haga realidad y si el resultado es negativo, aparece nuevamente el dolor, la frustración el fracaso y la desesperanza y luego vuelven a intentarlo. Aún cuando la lucha contra la infertilidad puede llevar meses o años, ante cada frustración, generalmente las personas vuelven a recuperarse y que la esperanza retorna aunque el dolor persista.

Cada miembro de la pareja puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la infertilidad. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento ya que el otro no está experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel.

### **8.2.2 Área interpersonal**

A continuación analizaremos las implicancias que tienen los problemas reproductivos en las **relaciones con el entorno familiar y de amigos, y en el plano laboral y económico.**

*“...Y también la gran presión social que se esconde en la típica pregunta: “ Y para cuándo los bebés?...”*

*“...Nosotros también sufrimos en reuniones de amigos o de familiares la dolorosa pregunta: “ y ustedes... para cuando? Y el quedar excluidos cuando la mayoría comentaba sobre sus hijos en el jardín, en la escuela o en cualquier otra situación cotidiana. O al enterarnos de embarazo o de nacimientos y pensar ¿por qué nosotros no?...”*

*“...Decidimos...que fuera a una psicóloga en busca de ayuda para combatir la angustia y para aprender a relacionarme con los demás en lo referente a este tema...”*

*“...tuvimos que aprender a lidiar con el entorno, los compañeros de trabajo, los amigos y especialmente al familia, que generalmente no entiende nada de infertilidad.*

En dicha situación se observa cómo las preguntas y comentarios de familiares y amigos generan presiones e incomodidad, lo que dificulta las relaciones de las personas infértiles con su entorno.

Los comentarios inoportunos, la ansiedad, y la presión de familiares cercanos, o la incomodidad de asistir a reuniones donde hayan bebés o mujeres embarazadas, se encuentran entre los factores que afectan la relación de las personas con problemas reproductivos con su entorno inmediato

Surgen sentimientos de inadecuación frente a creencias y mitos sociales, tal es el caso de asociación entre fertilidad y virilidad, entre fecundidad y femineidad, o afirmaciones como aquellas que sentencia que una pareja “debe” tener hijos y además “tempranamente” en el matrimonio. Suelen tener dificultades para hablar en su entorno de sus problemas reproductivos.

Aquí podemos tener en cuenta que las personas infértiles suelen mantener en muchas ocasiones en secreto su problema y el tratamiento, lo que les priva generalmente de apoyo por parte de su entorno, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social “¿el niño para cuándo?”, “cuándo voy a ser abuela?”, etc. O por el contrario, muchas veces cuando el problema es conocido por el entorno éste se vuelve en un estresor adicional al preguntar por ejemplo cada mes si se consiguió el embarazo.

*“...por etapas yo había dejado trabajos para estar más tranquila...”*

*“...lidiar cada una de las batallas psíquicas, médicas, emocionales y económicas que se presentan...”*

En el ámbito laboral, estas personas pueden hacer abandono del trabajo por el estrés que genera la infertilidad y sus tratamientos. También el tiempo que se le dedica a los tratamientos obliga a alterar los horarios laborales

El factor económico, es determinante a la hora de avanzar en los tratamientos. Los medicamentos y tratamientos en general son caros y es frecuente que las personas tengan que hacer esfuerzos enormes, y encauzar todos sus recursos económicos al logro de tener un hijo.

### **8.3 Recursos de afrontamiento de la pareja**

En dicho apartado describiremos y analizaremos las *fortalezas individuales y colectivas* con las que cuentan las parejas, que se han puesto en interjuego para afrontar dicha crisis por infertilidad, logrando el fortalecimiento de la pareja.

Anteriormente hemos nombrado el estrés y la tensión que genera el no poder concebir un hijo, el diagnóstico, los tratamientos, las presiones de familiares y amigos, la pérdida de espontaneidad en las relaciones sexuales, los tiempos (espera de resultados, listas de espera, recuperaciones quirúrgicas, postergaciones, procesos de toma de decisiones), etc. Afortunadamente hay parejas que recurren a la utilización de recursos y capacidades para hacer frente a situaciones de crisis, permitiéndoles salir fortalecidas de dicha situación.

La mayoría de los testimonios hacen referencia a un fortalecimiento de la pareja ante esta experiencia que les tocó vivir. Podríamos decir que utilizan recursos que los ayudan a asumir y sobrellevar la situación, superando vallas personales, dificultades en la pareja, tensiones familiares, etc, como explicaremos a continuación:

Un aspecto importante que ayuda a las pareja ante dicha crisis son las **redes sociales y de parentesco** ya que ofrecieron en ese momento un sostén emocional, siendo éste un factor protector.

*“...atendida por ellos me sentí segura, me dieron confianza sin llenarme de expectativas, me contuvieron cuando el primer intento fracasó...Y me dieron el impulso que necesitaba para seguir adelante con el tratamiento...”*

*“...Y pude confiar porque tuve un doctor que me explico una y mil veces que me iba a hacer. Hubo una doctora que con voz cálida me aclaró lo que no me animé a preguntarle al doctor. Hubo una enfermera que me hizo sentir que era fácil colocarme, yo misma, tres inyecciones diarias en la panza. Y hubo un compañero que decidió andar conmigo y contenerme...”*

*“...Nos sentimos acogidos y apoyados por el especialista, así como por el equipo genial con el que trabaja diariamente...”*

*“...Decidimos que lo mejor sería que yo, que era la más afectada de los dos fuera a una psicóloga en busca de ayuda...”*

*“...Siempre me sentí sostenida por una red de personas, en un momento en que yo estaba bastante desvalida y desesperanzada...”*

*“...Sin embargo volvimos a encontrar fuerzas, y con el acompañamiento emocional de nuestras familias y algunos amigos íntimos hicimos un nuevo intento...”*

A través de las viñetas podemos tener en cuenta el papel fundamental que cumple el equipo médico y el contexto familiar, y de amigos ya que ofrecen sostén emocional, contención, información, promueven sentimientos de seguridad, y de compañerismo. También se movilizan recursos cuando las parejas pueden admitir que están en problemas, que necesitan ayuda, y recurren a parientes, amigos, una terapia o asesoramiento psicológico.

Walsh utiliza el término “**conexión**”, por un lado, para describir el equilibrio entre la unidad, el apoyo mutuo y la colaboración, y por otro lado, la separación y la autonomía de cada individuo. Es decir, una pareja o familia suelen desenvolverse mejor cuando saben equilibrar la intimidad y el compromiso mutuo con la tolerancia a la separación y las diferencias.

En las siguientes viñetas podemos inferir la **cohesión** como recurso fundamental, en donde el esfuerzo conjunto es uno de los procesos más importantes para hacer frente a una crisis.

*“...enfrentar el problema como una imposibilidad de la pareja y no en forma individual...”*

*“...Jamás bajamos los brazos y, siempre con pensamiento positivo, de a dos hacia delante, nos apoyamos mutuamente...”*

*“...me siento orgullosa de mi pareja, del empuje y de las fuerzas que tuvimos, para superar las tensiones...”*



*“...Lo bueno es que crecimos muchísimo como pareja, aunque hay que reconocer que a un precio bastante caro...”*

*“...esta situación que parecía no tener salida nos unió muchísimo más como pareja y nos dio la verdadera fuerza para sobreponernos a todo, aún a dos abortos espontáneos...”*

Ante la crisis, los miembros de las parejas, asumen un compromiso de enfrentar juntos dicha situación, apoyándose mutuamente, como un desafío compartido que debe ser afrontado de manera conjunta. Dicho recurso, ayuda a fortalecer la relación de pareja.

Otro recurso a tener en cuenta en las parejas que permite el fortalecimiento de la misma es la **comunicación**, consideramos que en momentos de crisis es de vital importancia clarificar y compartir información sobre dichas situaciones. Como dice Walsh las experiencias de crisis suelen ser más comprensibles y manejables cuando se comparte la información y las percepciones, donde se pueda debatir amplia y francamente el sentido de los sucesos y sus consecuencias. Ello puede ayudar a crear un sentido a lo ocurrido, a aclarar lo que pueden esperar en el futuro y determinar la mejor manera de manejarlo.

*“...Luego de varias charlas resolvimos buscar un lugar adonde acudir para hacernos los estudios clínicos...”*

*“...pensamos en ir de vacaciones y emplear ese tiempo para pensar y charlar acerca de qué decisión tomaremos.”*

*“...Después de hacernos los estudios y de someterme a una operación...nos quedaban tres opciones: la fertilización asistida, la adopción o*

*quedarnos con ganas de tener un hijo...sí nos tomo un tiempo elaborarlo... Y ese tiempo fue muy bueno, las cosas apresuradas siempre salen mal...”*

*“...Como pareja aprendimos a hablar temas que nunca se nos habían planteado, a respetar los tiempos, ya que pueden ser distintos para cada uno, y a llegar a un común acuerdo...”*

*“...y así uno va **aprendiendo a adaptarse** a un nuevo mundo para el cual no lo preparan...”*

Como se puede observar en dichas viñetas, una comunicación abierta, basada en un clima de confianza mutua y tolerancia por las diferencias, permite que los miembros de la pareja puedan expresar lo piensan y sienten, compartir información y percepciones de la situación. Adoptar una comunicación óptima ayuda a las parejas a las toma de decisiones y a la resolución cooperativa de los problemas.

A nivel organizacional, se pudo notar en las parejas otro recurso importante que promueve el buen funcionamiento de las mismas, la **flexibilidad**. Esta capacidad del sistema es esencial como respuesta a la crisis, y da lugar al recurso de adaptabilidad, que es la capacidad de enfrentar los cambios y adaptarse a la nueva situación.

La resiliencia familiar requiere la capacidad de los miembros de equilibrar estabilidad y cambio cuando se enfrentan a las crisis y desafíos.

En este apartado podemos observar los **sistemas de creencias** como fuerzas poderosas de la resiliencia. Las creencias facilitadoras permiten aumentar la cantidad de opciones para la resolución de los problemas, la sanación y el

crecimiento, mientras que las creencias limitativas perpetúan los problemas y restringen las opciones.

*“...pero hoy sigue intacta nuestra fe en lograrlo...”*

*“...Sólo nos levantó la fe que pusimos: sabíamos que ese hijo tan deseado iba a llegar. A veces los tiempos de uno no son los tiempos de Dios...”*

*“...a nosotros la medicina y la fe nos harán llegar a la meta...”*

*“...decidimos perseverar y no bajar los brazos...”*

*“...para nosotros la palabra posibilidades significaba esperanza, así fue como comenzamos el tratamiento...”*

*“...La única salida que encontré fue seguir adelante con esperanza a pesar del sufrimiento y de la falta de garantía en el éxito...”*

*“...las primeras palabras que se me vinieron a la mente fueron: caerse y levantarse...Pero también pensé en una tercer palabra: “aprendizaje.”...”*

Se puede ver que las parejas adoptan un **enfoque positivo** manteniendo características como la perseverancia, el optimismo, la esperanza, el coraje, un dominio activo, los cuales, son elementos esenciales para reunir la fuerza necesaria para superar la adversidad y salir fortalecido.

Según Shelley Taylor los individuos que mantienen tendencias selectivas positivas acerca de una situación estresante suelen desempeñarse mejor que quienes tienen una comprensión ardua, de dicha situación. Las ilusiones positivas,

llevan a conservar la esperanza frente a una crisis y les permite dedicar sus mejores esfuerzos a superar las contrariedades.

Walsh nos dice que cómo una familia o pareja comprende una situación de crisis y le da un significado es de máxima importancia para la resiliencia. El significado que la familia le asigna al evento crítico va a depender de cómo ésta lo perciba. La repercusión del evento varía en relación a la atribución de significado que tenga en cada sistema familiar. Tanto la significación, como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis.

La mayoría de las familias encuentran fortaleza, amparo y guía ante la adversidad gracias a la fe espiritual. Las creencias trascendentales permiten ver con mayor claridad la vida y ofrecen consuelo a la aflicción, también permiten que los sucesos imprevistos sean menos amenazantes y facilitan la aceptación de las situaciones irreparables.

## **CONCLUSIONES**

En esta investigación nos propusimos, entre los principales objetivos, analizar la incidencia de la infertilidad en el funcionamiento del sistema conyugal e identificar los aspectos salutogénicos a los que recurre el sistema- pareja para hacer frente a la crisis por infertilidad, así como los recursos y fortalezas desarrolladas para lograr el fortalecimiento de la misma.

Desde nuestra epistemología, basándonos desde la perspectiva Sistémica- Cibernética- Constructivista, tenemos en cuenta a la pareja como unidad de observación, como una totalidad, es un sistema que involucra a dos personas, con sus atributos y características, que les posibilita la construcción de una modalidad de interacciones recurrentes que los identifica.

Sostenemos que la conducta de cada miembro de la pareja solo puede explicarse y comprenderse desde la estructura misma de la pareja, observando todo el contexto de dichas conductas.

Por ello, nos centramos en el estudio de la pareja, tomándola en su totalidad, no en el estudio de la conducta de cada uno de los miembros de manera individual. Nuestro objetivo es, una vez conocido el diagnóstico de infertilidad, observar las interacciones del sistema- pareja, los cambios a nivel de estructura y organización, analizar la interacción de dicho sistema con otros sistemas más amplios, como la familia, sociedad, etc. Y poder analizar e identificar los recursos a los que recurre la pareja ante la crisis por infertilidad.

A partir del rastreo bibliográfico y de la práctica realizada, consideramos a la infertilidad como una *crisis*, en donde se entretajan diferentes interacciones entre los miembros de la pareja, modificándose el circuito de interacción de la misma.

Consideramos que la definición de infertilidad se da solamente desde el punto de vista médico, sin considerar, que significa mucho más que la incapacidad

de lograr un embarazo o de llevar un embarazo a término. La pareja se encuentra ante una *situación que le es inesperada, dolorosa e incierta*, sus metas vitales de formar una familia y tener hijos, se ve impedida, y dicha situación genera una crisis que *afecta diferentes áreas de la vida: lo personal, el vínculo de pareja, las relaciones de amigos y familiares, lo laboral y económico*.

En la etapa diagnóstica y de inicio de los tratamientos, generalmente aparecen conflictos en la pareja, ya que la misma se enfrenta a desafíos, cambios, toma de decisiones, acuerdos conjuntos, lo cual requiere de un gran esfuerzo de la pareja para adaptarse al problema e intentar alternativas de solución. La sexualidad de la pareja se ve afectada, pasa a ser programada, pautada, quedando interrumpido su expresión y encuentro espontáneo.

Esta situación de crisis requiere de nuevas definiciones de la relación, de nuevas reglas, de nuevas modificaciones en el equilibrio de estas relaciones, de un restablecimiento continuo entre el cambio estructural y la estabilidad estructural. Es necesario un cambio de pautas, reglas de comunicación o criterios. Este momento demanda de la pareja un real esfuerzo conjunto para resolverla, y cuando la estabilidad de la pareja es débil, está deficientemente estructurada o conformada, o sus recursos frente a las dificultades son escasos o nulos, estos impactos amenazarían con derrumbarla.

A partir de dicha crisis, son frecuentes las alteraciones emocionales, tales como la tristeza, depresión, angustia, ansiedad, irritabilidad, sensación de falta de control, bronca. Es un “sube y baja” emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor.

Otra consideración importante son los duelos y pérdidas, que tienen características particulares que los diferencian de los tradicionales. Esto se debe a que son duelos que generalmente se “repiten” y son “invisibles” a la vista de los demás, por lo que son vividos con poco apoyo del contexto, a esto se suma que no hay rituales sociales de transición que favorezca la exteriorización del dolor.

Desde el punto de vista constructivista, consideramos *que el proceso fundamental de la experiencia del duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados*. Y desde esta perspectiva nos centramos en cómo es la realidad de la pérdida en individuos diferentes, en lugar de dar por supuesto que la pérdida tiene un significado universal para todos los seres humanos. Por lo que sostenemos que lo importante es entender la forma que cada miembro de la pareja tiene de vivenciar y elaborar el duelo.

Desde nuestra perspectiva sistémica, teniendo en cuenta nuestro contexto socio- cultural, sostenemos que no sólo debemos enfocar nuestra mirada a los procesos interaccionales de la vida en pareja, sino también comprender el contexto en el cual dichas interacciones tienen lugar y sentido.

La sociedad sigue muy influida por mitos y creencias, como la asociación entre fertilidad y virilidad, entre fecundidad y feminidad y afirmaciones en relación a que la pareja “debe” tener hijos y además “tempranamente”, que le provocan al infértil sentimientos de inadecuación. También entran en juego los aspectos religiosos, éticos, los prejuicios y las presiones sociales.

Consideramos que la relación entre la pareja infértil y su entorno inmediato se ve afectado, generalmente adquieren conductas de aislamiento, e intentan evitar situaciones en donde haya embarazadas o bebés, suelen mantener en secreto su problema, lo que les priva generalmente de apoyo por parte de su



entorno, este desconocimiento hace que muchas veces la pareja se vea sometida a la presión social y a comentarios inoportunos.

La crisis por infertilidad también repercute en el ámbito laboral y económico. Pueden haber abandonos de trabajo o mermar el rendimiento. El factor económico, en algunos casos, es determinante a la hora de avanzar con los tratamientos.

Más allá de considerar a cada uno de los miembros de la pareja por separado como dueños de una resiliencia individual, nos focalizamos en la *resiliencia de familia o pareja*, tomando la misma como una unidad funcional.

A través de dicha investigación, desde la parte práctica, pudimos constatar que el sistema-pareja recurre a una gran variedad de recursos particulares, logrando sobrellevar y afrontar la situación de crisis. Algunos de los factores más saludables, recursos y capacidades que pudimos identificar se relacionan con los *sistemas de creencias*, las parejas adoptan un enfoque positivo manteniendo elementos necesarios para superar la adversidad, como la perseverancia, el optimismo, la esperanza, el coraje, un dominio activo.

Los sistemas de creencias son la esencia del funcionamiento familiar y constituyen fuerzas poderosas en la resiliencia. EL modo como las familias visualizan sus problema y sus opciones puede determinar que imperen la superación y el dominio o la disfunción y la desesperación.

Según Shelley Taylor los individuos que mantienen tendencias selectivas positivas acerca de una situación estresante suelen desempeñarse mejor que quienes tienen una comprensión ardua, de dicha situación. Las ilusiones positivas, llevan a conservar la esperanza frente a una crisis y les permite dedicar sus mejores esfuerzos a superar las contrariedades.

Las transacciones familiares filtran el *significado de la adversidad*. Como una familia o pareja comprende una situación de crisis y le da un significado es de máxima importancia para la resiliencia. El significado que la familia le asigna al evento crítico va a depender de cómo ésta lo perciba. La repercusión del evento varía en relación a la atribución de significado que tenga en cada sistema familiar. Tanto la significación, como los recursos pueden hacer variar la dimensión y el sentido de la crisis.

La mayoría de las parejas hacen referencia a la fe espiritual como una manera de encontrar fortaleza, amparo y guía ante la adversidad. Estas creencias trascendentales permiten ver con mayor claridad la vida y ofrecen consuelo a la aflicción, también permiten que los sucesos imprevistos sean menos amenazantes y facilitan la aceptación de las situaciones irreparables.

Otros importantes recursos que pudimos detectar guardan relación con los procesos organizacionales, ellos son: la flexibilidad, la conexión y las redes sociales

La familia extensa y las redes sociales son fundamentales en momentos de crisis, ofrecen ayuda práctica y una vital conexión comunitaria, brindan información, servicios concretos, apoyo, compañerismo, también promueve sentimiento de seguridad y solidaridad.

En los testimonios las parejas afirman que los equipos médicos y sus familiares, les brindaron sostén emocional, apoyo, seguridad, y confianza para poder seguir adelante.

Investigadores observaron que las familias fuertes tienen la valentía de admitir que están en problemas y necesitan ayuda, cuando no pueden hallar soluciones por sus propios medios son propensos a recurrir a los parientes,

amigos, una terapia o asesoramiento psicológico, etc. Cuando predomina el aislamiento y la falta de apoyo social, ello contribuye a la aparición de disfunciones en situaciones de estrés.

Observamos que las parejas asumen el compromiso de enfrentar juntos dicha situación, apoyándose mutuamente para poder hacer frente a las crisis. La resiliencia se basa en el apoyo mutuo, en la colaboración y el esfuerzo conjunto en épocas difíciles; y al mismo tiempo es necesario respetar las diferencias entre ellos, las distancias y los límites. Ante una crisis, los miembros de una pareja se desenvuelven mejor cuando pueden confiar en que entre ellos habrá *sostén y colaboración mutua*.

También detectamos la *flexibilidad*, que es una capacidad esencial del sistema como respuesta a una crisis. La estabilidad estructural debe contrabalancearse con la capacidad de cambiar cuando es necesario. La flexibilidad, la capacidad de adaptación y el cambio, en especial, como respuesta a las crisis, promueve el buen funcionamiento de parejas y familias. En la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema-pareja, da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

También identificamos algunos *procesos de la comunicación* como la claridad, expresión sincera y resolución cooperativa del problema, recursos de vital importancia.

Sostenemos que los procesos de comunicación son facilitadores del funcionamiento familiar, ayudan a la resiliencia porque traen claridad en

situaciones de crisis, estimulando la abierta expresión emocional e impulsando la resolución de problemas.

En momentos de crisis, es de vital importancia clarificar y compartir información sobre dichas situaciones. Frecuentemente los miembros de la pareja tienen ideas diferentes sobre los hechos, las experiencias de crisis suelen ser más comprensibles y manejables cuando se comparte la información y las percepciones, donde puedan debatir amplia y francamente el sentido de los sucesos y sus consecuencias. Ello puede ayudar a crear un sentido a lo ocurrido, a aclarar lo que pueden esperar en el futuro y determinar la mejor manera de manejarlo.

Podemos decir que estos aspectos salutogénicos son los que permiten hacer frente a la crisis, logrando fortalecer la relación de pareja. La calidad de las relaciones previas, el sentido que se le atribuya a la adversidad, el sostén y la colaboración mutua, al capacidad de cambio y adaptación, la capacidad de resolución de problemas en la pareja, las habilidades de comunicación entre sus miembros, etc., van a ser determinantes en una situación en que ambos miembros están sometidos a las presiones del tratamiento.

En los testimonios podemos observar que ante cada frustración de un tratamiento fallido, las parejas vuelven a recuperarse, la esperanza retorna e intentan nuevamente. La mayoría de los testimonios hacen referencia a que la pareja se fortalece pese a la experiencia que les tocó vivir.

A partir de lo trabajado en esta investigación, consideramos que los problemas de infertilidad requieren de un *abordaje integral* que contemple tanto los aspectos médicos como psicológicos. Para el abordaje de terapia y atención de personas con problemas reproductivos los profesionales de salud mental deben

contar con los conocimientos y herramientas de trabajo para abordar de forma adecuada la crisis por infertilidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Chillik, Claudio (2006) *¿Por qué no podemos tener un hijo? Guía médica para parejas con problemas de infertilidad* Buenos Aires: Ed. Atlantida
- Fernandez, Darío & Girolami, Miriam (2006) *Guías para la intervención psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad*. Revista Reproducción (Revista de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva), volumen 21, N°2. Disponible en [www.samer.org.ar](http://www.samer.org.ar)
- Fernández Moya, Jorge (2000) *En Busca de resultados: Una introducción al modelo Sistémico- Estratégico* (1ª edición). Mendoza: Ed. Triunfar, UDA
- Fernández Moya, Jorge (2004) *Después de la pérdida. Una propuesta Sistémico- Estratégica para la elaboración de los duelos*. Mendoza: Ed. Universidad del Aconcagua.
- Fernández Moya, Jorge (2006) *En busca de resultados: Una introducción a la terapia sistémica* (2ª edición). Mendoza: Ed. Universidad del Aconcagua.
- Girolami, Miriam (2006) *Influencia de los aspectos psicológicos en un tratamiento de reproducción asistida*. Revista Reproducción (Revista de la Asociación Argentina de Medicina Reproductiva), vol. 21, N°1. Disponible en [www.samer.org.ar](http://www.samer.org.ar)
- Gori, Jorge & Lorusso, Antonio (2005) *Ginecología de Gori* (2º edición). Buenos Aires: Ed. El ateneo,

- Guerra, Diana; Jiménez, Vicenta; Baccino, Giuliana & Dolz del Castellar, Pilar (mayo, 2009) *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida*. Revista Iberoamericana de Fertilidad, Vol. 26 – Sup I, Disponible en [www.revistafertilidad.com](http://www.revistafertilidad.com)
- Guerra, Diana; Jiménez, Vicenta; Baccino, Giuliana & Dolz del Castellar, Pilar (noviembre, 2007) *Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida*. Revista Iberoamericana de Fertilidad, Nº 6 – Sup I, Disponible en [www.revistafertilidad.com](http://www.revistafertilidad.com)
- Haley, Jay (2003) *Terapia no convencional: las técnicas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1º edición, 6º reimpresión
- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos & Batista Lucio Pilar (2006) *Metodología de la investigación*. México: Ed. Mc Graw-Hill, 4ª edición.
- Jackson Don (1968) *“Los espejismos del matrimonio”* Chicago
- Lorenzo, Analía (2007) *La reestructuración del sistema familiar a partir de una crisis por infidelidad. Detección de factores salutogénicos*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.
- Lynn, Segal (1994) *Soñar la Realidad. El constructivismo de Heinz Von Foerster. Introducción de Paul Watzlawick*. Barcelona, Buenos Aires, México: Ed. Paidós.



- Marchevsky, Laura (2004) *Documento de cátedra: Teoría Sistémico-Comunicacional. De la cibernética a la Epistemología. Construcción de la Realidad*. Mendoza, Argentina.
- Maturana, Humberto (1990) *Biología de la Cognición y Epistemología*. Chile: Ed. Universidad de la Frontera, 2º edición.
- Maturana, Humberto (1984) “*El Árbol del Conocimiento. Las bases Biológicas del Entendimiento Humano*”. Chile: Editorial Universitaria.
- Minuchin, Salvador & Fishman H. Ch. (2004) *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós Terapia Familiar
- Minuchin, S & Fishman, H. Ch.(1984) “*Técnicas de Terapia Familiar*”. Barcelona- Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Neimeyer, Robert (2002) “*Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*”. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Parada Muñoz, Lina María (2006) Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención, *Rev. Diversitas, Vol.2 nº 1*, Bogotá. Disponible en [www.revistadiversitas@correo.usta.edu.com](mailto:www.revistadiversitas@correo.usta.edu.com)
- Parfuero, Patricia & Hallberg, Alejandra (2005) *Disfunciones del deseo sexual en parejas infértiles en tratamiento*. Revista Reproducción (Revista de la Asociación Argentina de Medicina Reproductiva), vol. 20, nº 2. Disponible en [www.samer.org.com](http://www.samer.org.com)
- Pittman III, Frank S (1990) *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situación de crisis*. España: Ed. Paidós.

- Prochaska, J & Norckoss, J (1994) *Sistems of psycotherapy*. Ed. Avon Books (traducción realizada por Centro Privado de Psicoterapia, Mendoza)
- Rodríguez Gómez, Gregorio (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Ed. Aljibe.
- Urdapilleta, L. & Fernandez D. (1995) *Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos*. Sistemas familiares, año 11, n° 3. Disponible en [www.leticiaurdapilleta.com](http://www.leticiaurdapilleta.com)
- Urdapilleta, Leticia (2002) *Estrés e Infertilidad*. Revista de medicina reproductiva. Vol 5, n° 1. Disponible en [www.leticiaurdapilleta.com](http://www.leticiaurdapilleta.com)
- Urdapilleta, Leticia (1998) *“Duelos en Infertilidad”*. Obstetricia y ginecología Latino Americano. N° 1. Disponible en [www.leticiaurdapilleta.com](http://www.leticiaurdapilleta.com)
- Urdapilleta, L. & Fernández, D. (2000). *“Aspectos Psicológicos de la Esterilidad*. En Pou, Ferrar y Feder, M. A. *La búsqueda del hijo deseado*. (pag: 286-304 ) Montevideo: Ed. Fin de Siglo.
- Urdapilleta, Leticia (2004). *Infertilidad, Estrés y Factores de resiliencia*. Boletín electrónico mensual de SAMER (Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva) Revista N° 8 / Lunes, 10 de Mayo de 2004. Disponible en [www.leticiaurdapilleta.com](http://www.leticiaurdapilleta.com)
- Urdapilleta, Leticia (2008). *Construcción de familias con la asistencia de gametas donadas. Consideraciones psicológicas, anonimato y derecho a la identidad*. Derecho de familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y

Jurisprudencia, N°41. Editorial Abeledo Perrot, Buenos Aires. Disponible en [www.leticiaurdapilleta.com](http://www.leticiaurdapilleta.com)

- Vanrell, Joan Antoni; Calaf, Joaquim; Pere, Joan & Viscosilla, Balasch (1999) *Fertilidad y esterilidad humanas, I esterilidad e infertilidad*. España: Ed. Masson, 2º edición.
- Walsh, Froma (2004), *“Resiliencia Familiar: estrategias para su fortalecimiento”*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Willi, Jurg. (1975). *“La Pareja Humana: Relación y Conflicto”*. Madrid: Ed. Morata.
- Yañez, Ma. Laura (2006) *Pareja e Infertilidad Enigmática*. Tesis de Licenciatura. Mendoza: Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua.