



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**EXPERIENCIAS DE RELACIONES DE PAREJA DE UN GRUPO DE
MUJERES CON INFERTILIDAD PRIMARIA**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

JOANNA RIOS GARAYCOCHEA

ASESORA: DANIELA MAYA ZUSMAN

LIMA - PERÚ

2014

Agradecimientos

A Daniela Maya por su experiencia y visión psicoanalítica. Por su apoyo, compromiso motivación y enseñanza constante.

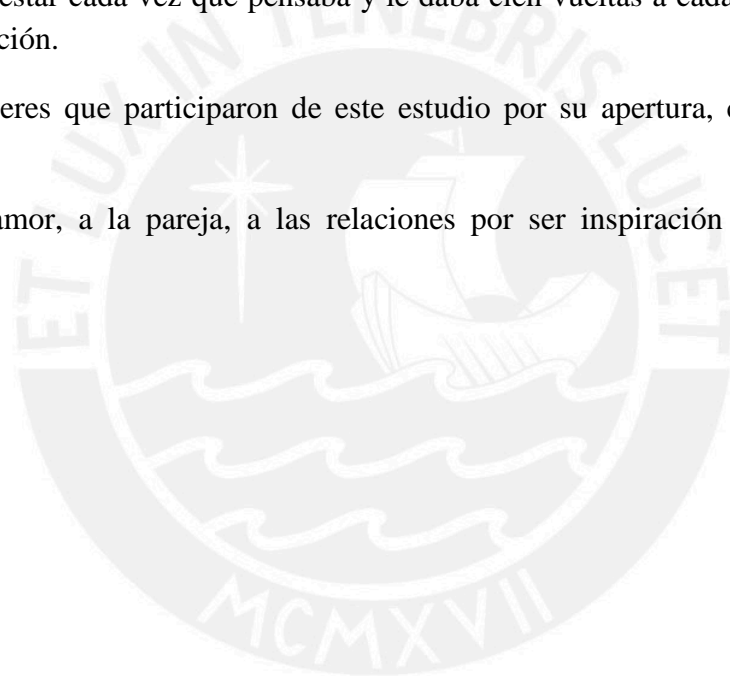
A Valeria Villarán por ser la parte base y estructuradora de este proyecto.

A Eduardo Ascenzo, psicólogo especialista en temas de pareja y fertilidad, por su experiencia, recomendaciones de textos, enseñanza absoluta y apoyo para la obtención de una muestra.

A mis padres, Toño y amigos por leer y releer cada párrafo, por confiar en mí, por apoyarme y por estar cada vez que pensaba y le daba cien vueltas a cada una de las partes de esta investigación.

A todas las mujeres que participaron de este estudio por su apertura, confianza y plena autenticidad.

Finalmente, al amor, a la pareja, a las relaciones por ser inspiración de mis sueños y motivaciones.



Resumen

El objetivo del presente estudio fue explorar y describir las experiencias de relación de pareja de 6 mujeres que presentan infertilidad primaria con causa desconocida. La edad de las participantes osciló entre los 35 a 45 años ($M= 38.5$ años, $DE= 3.45$), mantenían una relación de pareja entre 3 y 17 años ($M= 6.6$ años, $DE= 4.75$) y habían tenido dos pérdidas en promedio. Para llevar a cabo la investigación, se utilizó una metodología cualitativa que permitió recoger –a través de la creación de una entrevista semi-estructurada basada en la teoría recopilada sobre infertilidad y las relaciones de pareja- las experiencias de estas mujeres en torno a su relación. Los resultados demostraron que existen cuatro áreas principales que cobran importancia en la relación de pareja: el compromiso, la comunicación, el proyecto de vida a futuro y el vínculo sexual. Al jugar la primera área un papel esencial, ya que es el eje transversal y unificador de la vida conjunta, las otras áreas son mostradas en relación a esta, es decir, a los momentos donde la contención y apoyo se encuentra dentro de una burbuja y a aquellos momentos donde el desborde de emociones rompe la burbuja. Todos estos resultados son discutidos en base a la dinámica propia que trae consigo la condición de infertilidad primaria.

Palabras clave: *Infertilidad primaria, relaciones de pareja, experiencias.*

Abstract

The aim of this study was to explore and describe the experiences of couple relationship from 6 women who present primary infertility with an unknown cause. The ages of the participants ranged from 35 to 45 years ($M = 38.5$ years), their relationship time flowed between 3 and 17 years ($M = 6.6$ years) and had had, on average, two miscarriages. To carry out the research, it was use a qualitative methodology allowed to collect -through the creation of a semi-structured interview based on theory about infertility and couples relationships- the experiences of these women about their relationship. The results showed that there are four main areas that become important in the couple relationship: the comprehension, the communication, the future project and the sexual bond. As the first area showed to play an essential role as a unifying transverse axis of the unit couple, the other areas are shown in relation of this first one, that is to say, the moments where containment and support are in a bubble and those moments where the overflow of emotions breaks the bubble. All these results are discussed on the basis of the dynamic that primary infertility condition brings.

Keywords: *Primary infertility, couple relationship, experiences.*

Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Técnicas de recolección de datos	12
Procedimiento	12
Resultados y discusión	15
El compromiso	15
La comunicación	21
El proyecto de vida a futuro	23
El vínculo sexual	26
Conclusiones	31
Referencias	35
Anexos	43
Anexo A: Lista de chequeo	43
Anexo B: Ficha sociodemográfica	44
Anexo C: Guía de entrevista	46
Anexo D: Consentimiento informado	48
Anexo E: Categorías de análisis	49

EXPERIENCIAS DE RELACIONES DE PAREJA DE UN GRUPO DE MUJERES CON INFERTILIDAD PRIMARIA

El logro de un embarazo o la presencia misma de los hijos no es algo que ocurre siempre de manera simple y predecible, existen eventos inesperados e indeseados que nos obligan a reformular nuestras expectativas [...] Un ejemplo de ello lo constituye la infertilidad (Calero & Santana, 2006, p.1).

A nivel mundial, la esterilidad y la infertilidad son problemas que afectan aproximadamente a un 15% de todas las parejas en etapa fértil, habiendo esta cifra aumentado a través de los tiempos (Blum, Ito & Lara, 2001; Carreño, González, Martínez, Morales & Sánchez, 2003; González & Miyar, 2001; Jadresic & Palacios, 2000; Llavona, 2008; Moreno, 2008; Ayala, Hernández, Ortiz, Tovar & Vargas, 2005). En el Perú, es insuficiente la información documentada respecto al tema. Algunos autores plantean que existen más de un millón de personas que estarían padeciendo de dicha condición (Ascenso, 2006 en Roa 2007; Dueñas, 2004 en Roa, 2007; Cancino, Pacheco, Rechkemmer & Rodríguez, 2002), sin embargo, no existen datos exactos sobre ello. Si bien la Organización Mundial de la Salud (2008 en Antequera, Ávila, Jenaro & Moreno, 2008) considera esta problemática como un enfermedad crónica debido a la amenaza y las reacciones emocionales que suscita, en el Perú, esta no es considerada siquiera un problema de salud pública, quedando desatendida, por lo tanto, no solo la salud física sino mental de millones de personas.

Los términos de esterilidad e infertilidad son comúnmente utilizados como sinónimos dejando así poca claridad entre los mismos. Tomarlos como tal supone un error pues las definiciones tanto como consecuencias que presenta cada uno de estos términos son sumamente distintas. La esterilidad hace referencia a la imposibilidad de conseguir una gestación después de un año de relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos. En cambio, la infertilidad describe la imposibilidad de la pareja por conseguir un embarazo a término con un recién nacido sano. Cabe aclarar, además, que tanto en la esterilidad como en la infertilidad existen dos subtipos de condición: primaria y secundaria. La primaria, describe a una pareja que nunca ha podido tener un hijo, mientras que la secundaria habla de una pareja que ha tenido un embarazo y parto normal con anterioridad (Brugo, Chillik & Kopelman, 2003; Moreno, 2008). Con el fin de delimitar la población en cuestión y poder hacer un estudio más exhaustivo sobre una de las condiciones señaladas, la presente investigación tratará solo el problema de infertilidad primaria;

es decir, aquellas parejas que tras mantener relaciones sexuales sin protección consiguen una gestación pero esta nunca ha podido llegar a término con normalidad.

El devenir de un problema de infertilidad puede pertenecer tanto a condiciones biológicas del hombre (35% a 40%), de la mujer (35% a 50%), de ambos miembros (20% a 30%) o de circunstancias desconocidas (10%) (Carreño et al., 2003; Idrobo, 2009; Moreno, 2008). Chen (2008) menciona que las causas más comunes de las recurrentes pérdidas durante el embarazo suelen ser: complicaciones genéticas, mala calidad de espermatozoides, cicatrices en las trompas de falopio, defectos anatómicos y/o enfermedades inmunológicas y endocrinas. Algunas de estas condiciones, parecen devenir del sistema cultural en que hoy en día vivimos. Así por ejemplo, el ingreso de las mujeres a un sistema educativo y profesional les ha brindado la posibilidad de posponer su vida en familia, ya no siendo el hogar y la vida familiar su única responsabilidad. El incremento en la postergación del embarazo resulta un inconveniente ya que la posibilidad de lograr un embarazo a los 40 años desciende en un 50% comparado al de las mujeres jóvenes, siendo la incidencia de abortos espontáneos, a esta edad, casi el doble (Ayala et al., 2005; Brugo et al., 2003; Roa, 2012). Dichos autores afirman, además, que los cambios conductuales en relación al sexo a través de los años, han expuesto a los sujetos a una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual productoras de consecuencias sobre su fertilidad. Son también el consumo de tabaco y el abuso de alcohol fuertes predisponentes de infertilidad ya que causan una calidad de semen deficiente (Gómez, 2011; López & Palacios, 2011).

Como consecuencia de lo anteriormente señalado, algunas parejas acuden a la medicina para poder solucionar las dificultades que presentan para lograr tener un hijo. Es a partir de las visitas médicas que obtienen no solo un diagnóstico que representa un evento sumamente impactante en su relación de pareja sino que también se ven expuestos –especialmente la mujer- a una serie de tratamientos periódicos que generarán en ambos miembros emociones sumamente intensas. Sumado a ello, la pareja se ve expuesta a una serie de construcciones mentales y sociales en torno a la parentalidad que, posteriormente, podrán ser grandes modificadores de su bienestar psicológico. Los estereotipos y los roles de género que a cada miembro se le adjudica serán grandes configuradores de las percepciones que estos mismos tengan en torno a su identidad, parentalidad y, por ende, la infertilidad (Carreño et al., 2003). Así por ejemplo, Díaz y García (2001), Fuller (2000), Lee, Sun y Chao (2001) señalan que para las mujeres la maternidad representa su identidad femenina y su rol de protección, afecto y educación. Para los hombres en

cambio, la paternidad hace referencia a representaciones de patriarcado, virilidad, provisión y sentimientos de poder, siendo además un reconocimiento social pleno para ser considerado un adulto completo (Álvarez, 2006; Díaz & García, 2001; Fuller, 2000; Fuller, 2001). Es también el gran costo económico que implican los tratamientos un aspecto importante e influyente en el bienestar mental de la persona y la pareja infértil. Un estudio realizado por Domínguez et al., 2002 señaló que el 64.4% de personas encuestadas, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenecían, afirmó que los gastos económicos eran considerados un problema, siendo los hombres quienes manifestaban mayores exigencias en su trabajo debido a los nuevos gastos.

Este proceso largo, incierto, arremetedor y desgastante genera que aproximadamente un 50% de las parejas presenten alteraciones a nivel psicológico (Guerra & Moreno, s.f.; Moreno, 2008; Roa, 2007). Si bien en la mayoría de los casos, la sintomatología no cumple los criterios para un diagnóstico psiquiátrico; el tiempo, los fracasos, la repetición de intentos, el aumento de la edad, las citas médicas periódicas, entre otros factores, pueden provocar un incremento severo de algunos síntomas como la ansiedad y/o la depresión (Leiblum, Aviv & Hamer, 1998; Moreno, 2008). Debido a su nueva condición de “infértil”, a los desbalances hormonales, a las relaciones sexuales programadas, a la incertidumbre e inadaptación del problema, a la exposición constante a procesos de duelo, a la dificultad de explicarle a los demás sus problemas, entre otras no menos importantes, los miembros de la pareja desarrollan creencias, actitudes y expectativas en torno a su condición, que a su vez, les generan sentimientos de desesperanza, pérdida de control, ansiedad, angustia, depresión, baja autoestima, aislamiento y culpabilidad (Dominguez, Jadresic, Miranda, Palacios & Palacios, 2002; Irvine, 1996 en Baeckert et al., 2005; Moreno & Guerra, s.f.; Llavona, 2008; Parada, 2006).

Si bien las técnicas de reproducción asistida han permitido que algunos sentimientos se vean menguados en tanto la condición ya no es una imposibilidad absoluta y definitiva, los estudios aún señalan el fuerte impacto psicológico que existe en ambos miembros de la pareja, pero sobretodo en las mujeres. En el estudio realizado por Boxer, Freeman, Mastroianni, Rickels y Tureck (1985 en Peterson, 2003) se encontró que el 50% de las mujeres encuestadas consideraban la infertilidad como el evento más impactante y angustiante dentro de sus vidas. A diferencia de estas, solo el 15% de hombres manifestaron sentimientos de dicha intensidad, calificando el evento como desconcertante, mas no como una tragedia imposible de superar. De

manera similar, Baeckert et al. (2005) sostiene que para los hombres el impacto de la condición de infertilidad tiene un efecto significativamente menor que para las mujeres. Domínguez et al., (2002) y Aguirre et al., (2009) afirman que tanto hombres como mujeres presentan altos y similares niveles de ansiedad, pero que son las mujeres quienes experimentarían mayor inestabilidad del ánimo y depresión en tanto los estresores son percibidos de manera distinta según el género. Para los hombres, dichos estresores se relacionan con factores externos como hacer actividades que no quieren o tomar muchas decisiones, mientras que para las mujeres los mismos estaban vinculados a factores internos como sensaciones de soledad y frustración (Domínguez et al., 2002).

Es importante señalar que si bien, en la mayoría de los casos, la infertilidad afecta de manera orgánica y psicológica a cada uno de los miembros de la pareja de manera particular, la dificultad de poder tener un hijo se extiende a ambos, considerándose así “parejas infértiles” (Llavona, 2008). Es por ese motivo que, independientemente de la manera en que cada miembro de la pareja experimenta y afronta el problema, la pareja misma como sistema y como una sola entidad unitaria tiene también su manera particular de enfrentar y tolerar la experiencia, interactuando entre ellos de distintas maneras (Blum et al., 2001; Carreño et al., 2003; Moreno, 2000).

El deseo de ser padres en aquellos con dificultades para serlo, se convierte en un evento tan primordial que, como señalan Llavona y Mora (2008) e Izzedin – Bouquet (2011), la imposibilidad de lograr su cometido, resulta tener un impacto importante en la pareja, desgastando su vida conjunta, y afectando sus proyectos de vida y planes futuros. A esto se suma la exposición a una serie de rigurosos tratamientos y el resultado de los mismos, aspectos que también repercuten en el bienestar emocional, social y ocupacional de la pareja (Guerra y Moreno, s.f.; Izzedin – Bouquet, 2011). Como consecuencia, ambos miembros se ven inmersos en estados emocionales que los llevan a actitudes y comportamientos muy variados que afectan su desenvolvimiento y vínculo con el otro (Aguirre et al., 2009).

A partir de los diferentes estudios revisados se puede concluir que la condición de infertilidad trae consigo un impacto en la vida conjunta de la pareja. Sin embargo, aún existe cierta discrepancia sobre si realmente este suceso se ve reflejado de manera negativa, positiva o significativa dentro de la diada. El impacto en las relaciones maritales es vivenciado en un primer momento como un shock para la mayoría de las parejas; posteriormente la crisis ofrecerá a la

pareja una oportunidad, ya sea para crecer o debilitar su relación y para disminuir o aumentar su compromiso e intimidad con el otro (Shapiro, 1982 en Peterson, 2003; Buck, Lieberman, Ravel & Slade, 1987 en Leiblum et al., 1998; Benazon, Sabouri & Wright, 1992 en Leiblum et al., 1998).

Diferentes investigaciones cuantitativas han demostrado que existe una mejor interacción dentro de la relación y menos desordenes clínicos asociados a la estabilidad marital en parejas infértiles que en las fértiles (Droszol & Skrzypulec, 2009; Carreño, González & Sánchez, 1998). Igualmente, parejas infértiles perciben mayor apoyo por parte del otro y sienten que pueden hablar de temas importantes sin que ello les cause conflicto (Nieuwenjuyse, Oddens & Tokelaar, 1999). Incluso, autores mencionan que las parejas que tuvieron un tratamiento de reproducción asistida exitoso presentaron mayor cohesión marital, experimentaron su relación como más positiva y estable y presentaron menos angustia marital, comparada con parejas que tenían un embarazo espontáneo (Emery, Lieberman & Slade 1997 en Almqvist et al., 2007). Asimismo, Peterson (2003) y Llavona (2008) señalan que la pareja infértil tiende a depender del apoyo de los demás, de modo que el sentirse acompañado y comprendido por su pareja hará que ambos puedan seguir adelante con su situación, surjan mayores sentimientos de cercanía y se abran nuevos y mejores canales de comunicación y resolución de problemas. De la misma manera, los mismos autores, afirman que el que algunas parejas perciban su problema como un desafío conjunto, permitirá que se desarrolle un compromiso más intenso con el otro.

Por su lado, Carreño et al. (1998) encuentran que en las parejas infértiles, la satisfacción con ciertos aspectos de la relación está más afectada que la de las fértiles, esto, debido a que la condición de infertilidad incide sobre algunos roles socialmente establecidos. Así por ejemplo, la mujer presenta mayor actividad fuera del trabajo a causa de las constantes citas médicas, y el hombre, una disminución en sus logros personales por el mismo motivo. Debido a la aparición de dudas, la esperanza sobre los resultados, la toma de decisiones, el miedo al fracaso, la ocultación social del problema y los sentimientos relacionados a la problemática; profesionales de la salud mencionan que la condición de infertilidad y sus tratamientos pueden deteriorar el ajuste sexual, la satisfacción y la comunicación efectiva y afectiva de la pareja, aumentando a su vez los desacuerdos y problemas dentro de la relación (Departamento de Psicología del Instituto de Ginecología y Fertilidad de Miraflores (IGF), 2012; Flores, Jenaro & Moreno, 2008). Asimismo diferentes investigaciones han encontrado que las principales razones para abandonar

un tratamiento de reproducción asistida, después de resultados fallidos, son los efectos negativos que este traer a la relación marital y sexual, llegando, en muchos casos, a un divorcio (Leiblum et al., 1998; Hernández, Mas, Padrón, Seuc & Valdés, 1997). Como señala Greil (1997 en Peterson, 2003), el estrés relacionado a la infertilidad causa una reducción y agotamiento de los recursos que llevan a un matrimonio a coexistir pues se descubren nuevas situaciones problemáticas. El erotismo es probablemente el aspecto de la relación que aparece mayormente afectado de modo negativo. Ello debido a que su significación tiende a cambiar; lo que antes era un placer intrínseco que venía con espontaneidad, ahora es un deber, una presión y una exigencia de la que se espera un rendimiento y un resultado (Idrobo, 2009). Así, en muchos casos en los que existen diagnósticos de infertilidad, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa, compulsiva, desagradable y/o frustrante (Álvarez, 2006), de modo que disminuye la excitación, el orgasmo, la frecuencia, el placer y el deseo sexual de ambos miembros (Flores et al., 2008; Freeman et al, 1983 en Peterson, 2003; Kemeter & Fiegl, 1998 en Palacios & Jadresic, 2000; Leiblum et al, 1998; Nieuwenhuyse, Oddens & Tonkelaar, 1999). González y Miyar (2001) afirman que estas consecuencias en su sexualidad se han visto probablemente afectadas debido a que su rol de género, autoestima e imagen corporal también se han visto dañadas sintiéndose así poco atractivos.

De igual manera, es pertinente señalar que, a pesar de la presencia de ciertos estresores en las parejas infértiles, existen algunos estudios que demuestran que no existen diferencias significativas en la relación y satisfacción marital y sexual de la población fértil y la infértil (Droszol & Skrzypulec, 2009) En la investigación hecha por Leiblum et al. (1998) se estudió a mujeres que lograron su embarazo a través de un procedimiento tratamiento de Fertilización In Vitro (FIV) exitoso, mujeres sin éxito en el FIV pero quienes adoptaron un hijo y mujeres sin FIV exitoso y quienes renunciaron a la maternidad. Este estudio encontró que no existían diferencias en la satisfacción marital y sexual de los tres grupos, mencionando en cambio resultados bastante similares entre los mismos. Cabe resaltar que este resultado, según refieren los autores, puede deberse a que las parejas, luego de haber abandonado un tratamiento y haber resignificado su vida en pareja, su satisfacción marital -en un principio afectada- se torno similar a la de una madre biológica o adoptiva. Asimismo, es posible entender que la diferencia no significativa encontrada en los grupos de parejas pueda deberse a que, si bien la mayoría de parejas considera que su situación ha presentado repercusiones desfavorables, estas tienden a ser

ínfimas (Fernández, Herrera & González, 2002).

La influencia que tenga la condición de infertilidad en la relación de una pareja, ya sea de modo negativo, positivo o muy poco notoria a comparación de otras parejas sin esta dificultad, dependerá de varios factores. Como se ha expuesto, existe la posibilidad que el impacto que causa la infertilidad en la pareja lleve a esta a tener una relación más comprometida y cercana, a que se vea debilitada y se den grandes complicaciones o que incluso las diferencias encontradas en su relación antes y después de su condición sean ínfimas. Lo que suceda con estas parejas, entonces, dependerá -en gran medida- de variables como las que se explican a continuación.

Una de estas variables es el impacto a nivel individual pues lo que surge en cada individuo tendrá repercusiones sobre la actitud y relación que establezca con su par. Así, existen muchas emociones y comportamientos que indudablemente influyen en los sentimientos y actitudes con el otro y en el vínculo que se establece con este. Diferentes investigaciones han encontrado que existe una alta correlación entre variables como el ajuste a la infertilidad entre ambos esposos, el ajuste a la infertilidad y las emociones personales -autoestima, ansiedad, depresión-, y el compromiso marital y el ajuste a la infertilidad (Meth, Gavazzi & Sabatelli, 1988; Affleck, Mendola, Stanton & Tennen, 1991). Asimismo, distintos autores hallaron que altos niveles de estrés estaban relacionados, por un lado, a altos niveles de conflicto e insatisfacción marital y, por otro, a bajos niveles de consenso marital y expresión afectiva, sin embargo, la actitud positiva y sostenedora del hombre solía ser un moldeador de estas variables pues favorecía un afrontamiento a la infertilidad de manera más sólida (Abbey, Andrews & Halman, 1991; Coyle, Llabre & Ulbrich, 1990). El guardarse sentimientos y no compartir las vivencias con el otro, o por el contrario, desbordarse debido a la intensidad del acontecimiento puede también incrementar los sentimientos de angustia, culpa y tensión en la pareja y disminuir la calidad de su relación tanto a nivel afectivo como sexual (Ascenzo, 2010; Flores, Jenaro & Moreno, 2008; Guerra & Moreno, s.f.; Peterson, 2003).

Otra variable relevante al posible impacto dentro de la relación de pareja es la manera en que ambos miembros perciben su situación. De esa manera, se ha comprobado que el percibir la situación de manera similar, así como compartir el estrés asociado a la infertilidad genera que las parejas presenten mayores niveles en su ajuste y relación marital, empatía y comunicación de sus pensamientos que aquellos que difieren en su percepción y emociones (Almqvist et al., 2007, Affleck et al., 1991; Ascenzo, 2010; Guerra & Moreno, S.F; Hirsch & Hirsch, 1988; Pash y

Christensen, 2000 en Flores et al., 2008; Peterson, 2003). Ahora bien, estudios muestran ciertas diferencias en la manera en que cada uno de los miembros de la pareja perciben su relación marital. Cooper (2007) propone que el hombre puede estar experimentando frustración y una sensación de inutilidad a partir de sentir que no es capaz de mantener a su pareja en mejores ánimos, lo que los podrá mantener exentos de un mayor involucramiento con su pareja. Del mismo modo, suele encontrarse que son las mujeres quienes encuentran que su relación marital se encuentra más afectada negativamente por su condición de infertilidad, teniendo así menor satisfacción y placer después de no poder tener un hijo (Álvarez, 2006; Benazon, Sabourin & Wright, 1992; Coyle, Llabre & Ulbrich, 1990; Lee et al., 2001). No obstante, ello puede deberse a que son ellas mismas las que suelen presentar mayor sintomatología psicopatológica, aspecto que puede alterar su percepción sobre su relación.

Las estrategias de afrontamiento a nivel individual y de la pareja son también una variable influyente ya que pueden servir de factor protector para el vínculo de pareja. Estudios observan que existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la satisfacción marital: las personas orientadas a estilos de afrontamiento positivo como realizar actividades en conjunto y tener una mayor comunicación, percibían su relación como más satisfactoria que quienes presentaban una mala interacción con su pareja (Levin, Sher & Theodos, 1997; Pasch et al., 2002 y Schmidt et al., 2005 en Repokari et al., 2007).

Igualmente, el tipo de infertilidad, el tiempo y los números de tratamientos por los que pasa la pareja son factores predisponentes al nivel de afectación. Así por ejemplo, a partir de las investigaciones revisadas se ha rescatado que la infertilidad primaria es la que crea mayores dificultades y problemas dentro de la pareja, ya que en la secundaria el tener un hijo es un amortiguador para la experiencia emocionalmente frustrante. De igual manera, a mayor tiempo en tratamientos no exitosos, los individuos suelen presentar una mayor tensión, angustia e insatisfacción a nivel conyugal (Barri, Guerra, Llobera & Veiga, 1998; Droszol & Skrzypulec, 2009; Fernández et al., 2002, Antequera et al., 2008). Lee et al., (2001) afirman que las reacciones emocionales negativas de la pareja suelen ser más elevadas dentro del primer año de diagnóstico y a partir del tercero. Sin embargo, no existen suficientes estudios sobre el impacto en la pareja dentro de los primeros meses o año después del diagnóstico, ya que la mayoría de investigaciones se han realizado después de varios años y tratamientos. La edad es también un factor que interviene en el ajuste de la pareja ante la infertilidad, en tanto se ha encontrado que las

parejas jóvenes suelen conservar mayores esperanzas de procrear, que parejas mayores de 30 años, en las cuales la capacidad para adaptarse al problema va disminuyendo (Fernández et al., 2002).

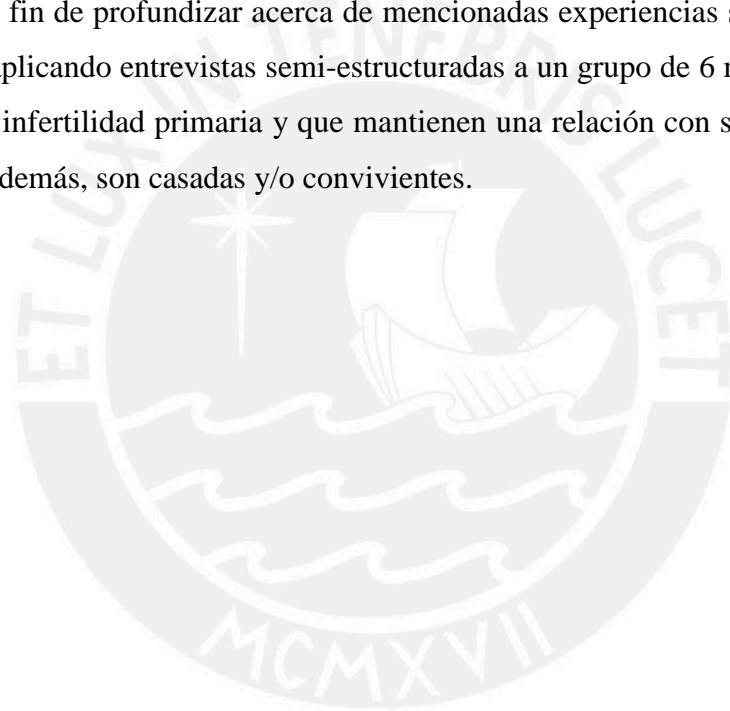
A partir de lo expuesto se puede decir que el convertirse en padres y adquirir el tan ansiado deber de la parentalidad es un acontecimiento que se encuentra inscrito en casi todo proyecto de vida del ser humano. En ese sentido, al verse frustrado, se generarán una serie de reacciones emocionales y comportamentales que llevarán consigo un modo particular de experimentar su relación de pareja. Es por ello, que al ser la pareja una de las principales fuentes de apoyo y soporte dentro de cualquier problemática vivenciada, se considera de vital importancia que la relación entre ambos miembros pueda no solo ser adecuada sino sólida, con el fin de asegurar la salud mental y la posibilidad de un crecimiento mutuo.

Llavona (2008) señala que la mayoría de estudios respecto a la infertilidad y sus repercusiones a nivel de pareja provienen de países desarrollados, por lo que resulta difícil poder generalizar estos resultados a países como Perú, en donde el bienestar económico-social no, necesariamente, se encuentra asegurado. Aunque existen países como Argentina, Chile y México que han realizado un avance considerable en este ámbito de investigación, estos aún tienden a ser recopilaciones de estudios anteriores e investigaciones monográficas que muestran el impacto de la infertilidad a nivel individual, no dando a conocer la influencia que esta puede tener a nivel de pareja.

A partir de los hallazgos presentados anteriormente, en los que se evidencia el poco acuerdo en relación a las consecuencias que puede tener la infertilidad dentro de la relación e interacción de la pareja, resulta de vital importancia realizar un estudio, en el contexto peruano, que permita explorar y profundizar sobre la temática presentada. De esa manera, se considera que un enfoque cualitativo permitirá ampliar el campo de investigación de manera más fina y detallada, comprendiendo la subjetividad de cada experiencia. De ahí que no basta la utilización de pruebas estandarizadas para conocer el nivel cuantitativo de satisfacción o ajuste marital en una población infértil, sino que se considera relevante explorar a partir de la vivencia particular del sujeto, la manera en que su relación de pareja se desarrolla, el impacto y el cambio en la relación debido a su condición, y la forma en que la relación se mantiene una vez obtenido el diagnóstico. Conocer a partir del relato y narrativa de una de las personas que forman parte de la pareja, es un modo de conducción a la experiencia y un recurso fundamental para comprender la

interacción y organización de un sistema, sus formas de conversación, adaptación y cambio (Parada, 2006). Al ser la mujer la más afectada e involucrada a nivel psicológico y físico, siendo la más expuesta en las distintas evaluaciones y tratamientos, se pretende recabar, desde su perspectiva, como es que experimenta y se desenvuelve su relación de pareja.

Considerando lo previamente señalado se planteó como objetivo principal explorar y describir las experiencias de relación de pareja de un grupo de mujeres diagnosticadas de infertilidad primaria, indagando la manera en que dicha dificultad puede verse reflejada en su relación e interacción de pareja. Las experiencias que serán objeto de este estudio son agrupadas en 4 categorías: el compromiso, la comunicación, el proyecto de vida a futuro y el vínculo sexual de la pareja. Con el fin de profundizar acerca de mencionadas experiencias se empleó un estudio de tipo cualitativo aplicando entrevistas semi-estructuradas a un grupo de 6 mujeres entre 35 a 45 años que presentan infertilidad primaria y que mantienen una relación con su pareja de al menos 3 años con la cual además, son casadas y/o convivientes.



MÉTODO

Con el fin de explorar y conocer las experiencias de relación de pareja que mantienen un grupo de mujeres diagnosticadas con infertilidad primaria, se planteó indagar sus propias vivencias, perspectivas y relatos desde un marco metodológico de tipo cualitativo. Dicho enfoque permite recolectar, describir y analizar datos sobre una temática y suceso en particular, logrando profundizar acerca de las experiencias de relación de pareja de dichas mujeres (Hernández, Fernández & Baptista, 2006; Patton, 1990). Resulta importante poder trabajar bajo un modelo cualitativo pues ello permite conocer el estado y la subjetividad misma del participante, sin abstraer su experiencia de modelos o constructos psicológicos previamente establecidos (Creswell, Hanson, Clark Plano & Morales, 2007). Asimismo, al existir procesos vivenciales dentro de la vida de cada participante poco comunicables pues constituyen la vida psíquica del mismo, es importante poder realizar un estudio integral, constituido por su discurso manifiesto y latente, lo cual permite comprender y estudiarlos desde el marco referencial de los sujetos que viven y experimentan un fenómeno común (Gonzales-Rey, 2008; Martínez, 2004).

Participantes

Para la presente investigación se contó con 6 mujeres diagnosticadas con infertilidad primaria que asistían a sus controles de fertilidad en un Hospital Nacional de Lima Metropolitana. Las participantes tenían entre 35 y 45 años ($M= 38.5$ años, $DE= 3.45$), mantenían una relación de pareja entre 3 y 17 años ($M= 6.6$ años, $DE= 4.75$), eran casadas y/o convivientes, y pertenecían a un nivel socio-económico medio. Asimismo, todas las participantes habían tenido dos pérdidas, excepto una participante que tuvo una pérdida y un aborto terapéutico. Tres de ellas habían pasado por dos tratamientos de reproducción asistida y tres por un solo tratamiento, siendo el último por el que se encontraban en el momento de la entrevista.

La cantidad de participantes así como sus características fueron dadas en función a la accesibilidad y posibilidad de la investigadora según el apoyo brindado por el Hospital Nacional, y a los criterios de inclusión que se consideraron necesarios y/o convenientes para las características y objetivos de la investigación (Hernández, et al., 2006). Estos criterios de inclusión fueron: ser de sexo femenino, tener entre 35 y 45 años de edad, asistir a sus controles de tratamiento de fertilidad, tener una relación con su pareja de al menos 3 años, ser casadas y/o convivientes y pertenecer a un nivel socio-económico medio.

Técnicas de recolección de información

Con el objetivo de conocer y corroborar el diagnóstico de las mujeres entrevistadas, ya que este no se encontraba claro en su historia clínica, se elaboró una lista de chequeo (Anexo A). La misma fue elaborada en base a los criterios diagnósticos establecidos por Moreno (2008) e indagó acerca del tiempo manteniendo relaciones sexuales sin protección, pérdidas previas y la existencia de hijos previos a sus intentos de quedar embarazada (Anexo A). Asimismo, con el fin de recolectar los datos generales de las participantes, se empleó una ficha socio-demográfica que recogió datos como: sexo, edad, lugar de nacimiento, nivel educativo, estado civil, tiempo de relación de pareja, ocupación, ocupación de la pareja, número de pérdidas, cantidad de tratamientos y nivel socio-económico (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, 2012) (Anexo B).

Para recoger las vivencias de las participantes en torno a su relación de pareja se elaboró una guía de entrevista semi-estructurada, basada en el marco teórico desarrollado, la escala de ajuste diádico (Spanier, 1976) y ciertos conceptos desarrollados por Álvarez (2006) y Maureira (2011) sobre comunicación, compromiso e intimidad en las relaciones de pareja. En ese sentido, la misma contó con preguntas en relación a la historia de infertilidad, la vida personal y, principalmente, la relación con su pareja antes y durante el proceso de infertilidad. Siendo la última la que cubre el objetivo de la presente investigación, se elaboraron 4 sub-áreas para lograr una mayor ampliación del tema: el compromiso, la comunicación, la relación afectiva y sexual y el proyecto de vida a futuro (Anexo C). Se corroboró que todas las entrevistas respondieran a las áreas establecidas con la información pertinente, no obstante, cabe señalar, que la misma no fue seguida de manera exacta sino que se permitió que las participantes abordasen el tema con espontaneidad y según sus propios contenidos. A partir de ello, se pasó a guiarlas en cada tópico.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó una autorización a un Hospital Nacional de Lima Metropolitana para realizar la investigación y acceder a la población en cuestión. Una vez aceptado el pedido por la institución, se pasó a establecer contacto con el jefe del Servicio de Reproducción Humana del área de Ginecología.

Con el fin de lograr mayor comodidad y confianza entre la investigadora y las participantes, se estableció el contacto con las mismas junto a su médico tratante durante su control. Después de este, y si cumplía con el diagnóstico propuesto se procedió a explicar las

características del estudio y a evaluar si cumplían con el resto de criterios de inclusión. Para ello se empleó la lista de chequeo (Anexo A) y la ficha socio-demográfica (Anexo B) anteriormente mencionadas. De cumplir con los mismos y aceptar su participación expresa, firmaron un consentimiento informado (Anexo D), con el fin de que accedan voluntariamente a la posterior entrevista. Los encuentros con cada participante duraron aproximadamente una hora y veinte minutos y se llevaron a cabo en un ambiente cómodo y privado propiciado por la institución. Los minutos empleados se destinaron a que, cada una de las mujeres, cuente sus experiencias en torno al problema de infertilidad.

Para llevar a cabo el análisis de la información recogida y lograr una homogenización de formatos se realizó la transcripción literal de cada una de las entrevistas, estableciendo un seudónimo para cada una de las participantes a modo de mantener y resguardar su confidencialidad. Con el objetivo de revivir la realidad de cada participante, captar nuevos detalles y encontrar un sentido de totalidad, se pasó a revisar y leer cada una de las transcripciones. Posteriormente, se pasó a formar núcleos de sentido en las 6 entrevistas, es decir, a realizar una agrupación teórica de la información obtenida siguiendo la lógica de la guía de entrevista. Seguido a ello, se establecieron categorías acerca del contenido de cada uno de los núcleos de sentido, así estas categorías representan ideas reiterativas y particulares de cada una de las participantes, tomando en cuenta lo que emerge en cada uno de sus relatos (Anexo E). De esa manera, se entiende que la interpretación de los resultados fue dada a partir de la sistematización de los mismos empleando categorías teóricas y a partir de la guía de entrevista. La codificación de los documentos se dio a partir de un proceso manual. Finalmente, se empleó un proceso de contrastación, es decir, se relacionaron y contrastaron los resultados del estudio con investigaciones similares del marco teórico (Hernández, et al., 2006; Giorgi, A. & Giorgi, B., 2003). Una vez terminada la investigación, se procedió a la devolución de los resultados a la institución con el fin de que tanto las participantes como el equipo de salud tengan acceso y conocimiento del mismo.

Con la finalidad de garantizar la calidad de los datos, resultados y discusión obtenida en la presente investigación se emplearon ciertos criterios de rigor. En primer lugar, el formato de entrevista se dio a partir de una revisión teórica exhaustiva, así en base a distintas observaciones obtenidas a lo largo de la investigación se realizaron los ajustes pertinentes. En segundo lugar, las entrevistas tuvieron un registro preciso tomando en cuenta su transcripción literal así como

aspectos no verbales y contextuales de la situación, de esa manera se aseguro que los resultados obtenidos reflejaran de manera completa, veraz y fehaciente la experiencia de las participantes. Finalmente, durante todo el proceso del estudio se establecieron reuniones constantes con dos asesores, en estas se discutieron aspectos teóricos, metodológicos y subjetivos que podrían influir en la recolección de información e interpretación de los resultados.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A lo largo de este capítulo se presentarán y discutirán los principales hallazgos encontrados en la investigación. Estos están organizados en base a las áreas de la relación de pareja que han cobrado diferentes sentidos a raíz de sus dificultades para concebir.

El compromiso

A lo largo del discurso de las mujeres entrevistadas, se ha podido apreciar el apoyo, la atención, contención y preocupación que ambos miembros brindan a sus parejas así como la capacidad de poder sentir y reconocer dicho soporte. En relación a ello Ana (43 años) menciona: “Me admiró mucho su capacidad de ser fuerte, de ser mi apoyo, de ser mi bastón, de no dejar caerme, ¿igual yo no?”. Ello pudo verse expresado, por un lado, en la manera en que ambos buscan levantar el ánimo del otro cuando lo perciben triste: “Me decía: no te preocupes, [...] me da ánimos de seguir, de vivir, de no parar” (Andrea, 39 años). Y por otro, en comportamientos cuidadosos más concretos, como son la toma de medicación, la disminución del estrés y la alimentación: “Lo perdimos [al bebé] [...] él me iba a ver a mi salón, lo que yo necesitaba el venía, me traía, muy atento él [...] se preocupa mucho por mí, por mi alimentación” (Ana, 43 años). Asimismo, es posible notar en el discurso de las mujeres, la creciente aparición de demostraciones de afecto por parte de su pareja, lo cual genera que lo perciban como más empático, cariñoso y afectivo: “Te recibe con más cariño [...] para que tú te sientas mejor [...] llegas a casa o sales del hospital y tiene esas atenciones, de llamarte, de preguntarte como te ha ido [...] te da un abrazo, un beso” (Liliana, 35 años). En ambos miembros se presencian un intenso nivel apoyo y contención hacia su pareja llegando, por momentos, a adoptar actitudes distintas, renunciar a satisfacciones propias y/o a adaptarse a ciertas circunstancias para así ser el soporte que el otro necesita, como manifiesta Carmen (36 años): “Yo sé que a él le encantan los niños y el evita darles cariño en mi adelante [...] yo me he dado cuenta”.

A partir de lo descrito, es posible dar cuenta de la capacidad existente en la pareja de intuir y captar tanto las necesidades como el estado emocional del otro; permitiendo así la contención física y emocional y, posteriormente, la resolución de la situación de tensión: “Cuando él me ve así, medio triste, porque me conoce y ya sabe que me duele o estoy pensando en eso, él como que me abraza” (Andrea, 39 años). Lo mencionado entonces parecería dar cuenta de lo que Fonagy y Target (1997) describen como mentalización, es decir; la capacidad de ambos

miembros de la pareja de identificarse, reconocer y entender los estados mentales y emocionales del otro, para luego procesarlos, contenerlos y actuar en concordancia con ellos.

La posibilidad de ser comprendidas por sus parejas parece generar en las mujeres entrevistadas una sensación de calma, tranquilidad y bienestar consigo misma y con su relación, lo cual, a su vez, propicia que estas puedan actuar con sus parejas de la misma manera: “Como que sientes tanto su apoyo, [...] tu tratas de retribuir ese cariño con más cariño [...] porque quiero darle más cariño, más afecto y que él también sienta mi apoyo” (Liliana, 35 años). Apreciaciones como las de Liliana permiten intuir que en las parejas entrevistadas se ha establecido un vínculo de reciprocidad y responsabilidad mutua, pues el sentirse acompañado y comprendido por el otro ha hecho que se fomenten sentimientos de cercanía, intimidad y un compromiso más intenso con este (Callan, 1987 en Peterson, 2003). De igual manera, ello concuerda con lo señalado por Bion (1962) quien afirma que el identificarse, tolerar, y contener el estado físico-emocional del otro generará a su vez la capacidad de que este pueda lidiar con su sentimiento y que se desarrolle un vínculo adecuado y maduro en la diada.

La contención dentro de una burbuja.

Asimismo, se encontró que existieron momentos en los que las mujeres presenciaron un alto grado de compenetración con su pareja, compartiendo y sintiendo emociones similares: “Los dos lloramos juntos [...] él me secaba las lágrimas, nos mirábamos” (Lucia, 36 años), o como refiere Inés (35 años) “Sufría [Su pareja] igual por mí, porque estaba ahí [...] acompañándome todo el proceso [...] sentíamos un vacío, ese vacío que la primera vez también tuvimos [pérdida]”. En congruencia con los hallazgos de Stern, Sander, Nahum, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Bruschiweilersten, y Tronick (1998) quienes señalan que los momentos de encuentro permiten ampliar el estado mental de la persona, generando una sensación de cambio y cohesión consigo misma, es posible pensar que la conexión emocional, el encuentro y la intimidad han generado también una reorganización en la percepción del vínculo existente con su pareja. Como sugieren algunos autores el que ambos miembros perciban de manera similar la situación y compartan el estrés asociado a la infertilidad generará mayores niveles de empatía y ajuste en la relación marital (Almqvist et al., 2007; Ascenzo, 2010; Guerra y Moreno, s.f; Pash y Christensen, 2000 en Flores et al., 2008 y Peterson, 2003). Por tanto, aquellos momentos de encuentro, podrían haber surgido como una variable que protege y reestablece el vínculo entre ambos.

La compenetración dentro de la pareja parece haberse fortalecido a raíz de la experiencia de infertilidad y llega, en ocasiones, a ser tan intensa que llegan también a rechazar el apoyo de cualquier otra persona externa a la relación -amigos, familiares o incluso médicos- pues se cree que nada ni nadie va a poder ayudarlos en su condición física ni en su dolor emocional:

No había nadie más que él, [...] no queríamos que nadie esté, queríamos por nosotros valernos, por nosotros conseguirlo [...] Nos pusimos un tapón en los oídos, solo los dos hablábamos y solos los dos llorábamos y solos los dos conversábamos de eso (Inés, 35 años).

“Él me dice mejor ya, si, así nada más [sin tratamientos médicos], él dice eso porque piensa que si estoy tranquila, voy a salir embarazada y yo también pienso eso ¿no?” (Carmen, 36 años). Comentarios como el de Inés y Carmen permiten pensar que la pareja está actuando defensivamente, al estrés causado por la infertilidad, posiblemente bajo un control omnipotente, pues existe la creencia que nada ni nadie va a poder ayudarlos, olvidándose así de sus propias limitaciones (McWilliams, 1994).

Si bien se aprecia un claro distanciamiento de su entorno inmediato, ello no parece haber traído conflictos, desacuerdos o insatisfacciones como plantean Flores et al., (2008). Por el contrario, concuerda con lo hallado por Peterson (2003) quien afirma que el que las mujeres perciban el estrés social de la misma manera que sus parejas hará que experimenten también grandes cantidades de soporte del mismo. Es posible creer que dicha compenetración, llegada en ocasiones a cierto hermetismo, se deba al temor existente de que su entorno vea que no pueden conseguir algo que se encuentra socialmente establecido. Así, el evitar contarlo y vincularse con su mundo exterior y querer mantenerlo al interior de su relación, parece buscar aparentar que el dolor que sienten por no poder concebir es inexistente, como comenta Carmen (36 años): “Solamente sabe mi esposo y yo, mi entorno ven que somos una pareja normal, no saben”. Ello da la posibilidad de entender que la pareja empieza a negar y evitar ciertos elementos de la realidad para así no cuestionarse sobre su identidad, género y roles dentro de la sociedad.

Por otro lado, dentro del discurso narrado, se puede notar que las mujeres perciben que el haber vivido etapas difíciles, de trabajo y compromiso mutuo les permitió conocerse y disfrutar entre ellos de nuevas y distintas maneras. Al igual que en investigaciones como las de Drosdzol y Skrzypulec (2009) y Carreño et al. (1998) se observa que para algunas mujeres el haber pasado

por procesos de reproducción asistida ha llevado a experimentar su relación como más positiva y estable, posiblemente, en tanto perciben que luchan por una meta en común.

Me permitió experimentar la esencia del matrimonio. En esas etapas difíciles y más complicadas es donde pude sentir por qué es importante estar juntos, habernos casado [...] nos sirvió para engranar ciertas cosas [...] Cada cosita que hemos pasado me ha dado una visión diferente de lo que es la vida en pareja (Inés, 35 años).

Si bien es evidente el mayor grado de compromiso y cohesión existente dentro de la pareja, también es posible dar cuenta que las mujeres adjudican a su pareja un especial valor, viéndolo como un compañero ideal e incondicional: “Él ha sido maravilloso, la verdad es que yo no, no sé cómo será el caso de otras personas [...] pero la verdad que yo con él jamás he tenido problemas” (Andrea, 39 años). Es ello, lo que podría llevarnos a pensar que el temor que surge en la mujer por perder al otro o que se quiebre la única relación que contiene en momentos de dolor haya llevado a las entrevistadas a mantener una idea bastante positiva incluso idealizada de su relación y del otro: “Es como si él fuera mi ángel [...] con él todo, me apoya bastante [...] como yo le reclamo [...] de él solito está naciendo, estoy cocinando, doblando ropa y viene, me da un abrazo, un beso” (Ana, 43 años). Como señala McWilliams (1994) la idealización hace que se otorguen cualidades preeminentes para así lidiar con situaciones amenazantes del mundo externo. Es posible pensar que la percepción sobre su relación y el otro puede ser primordialmente positiva e incluso engrandecida, debido a que, como señala Daniluk (2001), el haber sobrevivido como pareja y haberle hecho frente a las adversidades es lo que suele confirmarles cuán fortalecidas están, no solo con ellas mismas, sino también con su relación de pareja. Es así que la sensación de haber fracasado los vuelve reticentes a admitir los problemas con el otro y su matrimonio, aferrándose a este para así no sentir que su matrimonio también fracasó (Georgia Reproductive Specialists, 2007). Aunque se encuentra en investigaciones recogidas que las mujeres perciben su relación marital afectada teniendo menor satisfacción y placer respecto a la misma por su condición de infertilidad (Álvarez, 2006; Benazon et al., 1992; Coyle et al., 1990 y Lee et al., 2001), observamos que ocurre lo contrario en las participantes de esta investigación.

Bajo una lectura general podemos notar entonces que las mujeres denotaron que sentían que su relación se había visto principalmente potencializada y afianzada con la toma de distintas actitudes y comportamientos de compromiso. No obstante, es importante señalar que en su

discurso, también se relatan momentos difíciles, que llevan a las participantes, en ciertas ocasiones, a sentirse incomprendidas.

Cuando el desborde de emociones rompe la burbuja.

Por un lado, se evidencia que la falta de comprensión que perciben por parte de su pareja se da a raíz de que sienten que el proceso de infertilidad por el que pasan ellas es distinto y más complicado:

Tú no lo has vivido, yo soy la que he estado con el bebé adentro, yo soy la que me he matado todos los días en estar. Todo, para nada. Tú puedes hablar de la boca para afuera, pero tú no sabes lo que es pasar por esto, para la mujer es distinto (Inés, 35 años).

Perciben que su pareja no hace el esfuerzo suficiente ni se encuentra tan comprometido con y como ellas: “Yo también he dejado de trabajar, yo he dejado mi carrera [...] ¿tú no más quieres [Trabajar]?, le digo, [...] ¿y yo qué?” (Andrea, 39 años). Posiblemente, el sentirse incomprendidas se deba a que los esfuerzos realizados por las participantes les resultan displacenteros y, por tanto, esperan que su pareja vivencie el mismo nivel de displacer y sacrificio que ellas para que las puedan entender. A partir de lo mencionado, es posible pensar que dicho sentimiento de incompreensión pasa por la necesidad de que el otro vivencie exactamente la misma sensación que ellas lo cual implicaría un deseo de ser seres indiferenciados. Esto último a su vez conllevaría a que se anule – momentáneamente – la capacidad de mentalizar. Es pues tal dolor y angustia la que sienten que se cree que ello debe ser compartido con su pareja, de la misma manera como lo hacen en otros momentos: “Yo estaba de pésimo humor, renegaba todo el día, no dormía, a veces me molestaba porque él sí podía dormir y yo me pasaba en vela y pensaba que él debía estar como yo, sin dormir, acompañándome” (Andrea, 39 años). Ahora, resulta esencial que los momentos de incompreensión también puedan surgir pues da cuenta de un sentido de realidad presente, no permitiendo tener a su relación y su pareja idealizada, entendiendo y aceptando que su condición también les ha traído complicaciones. Como refiere Mc Williams (1994, p.105) “La idealización es un componente primordial en la formación de un amor maduro, la capacidad de desidealización es parte del proceso de separación e individuación con el otro”.

En relación a lo señalado, también es posible dar cuenta en los relatos emociones de

angustia, cólera, frustración, incluso culpa, como veremos más adelante, que vivencian las mujeres y que muchas veces no puede ser tolerada y comprendida en su mente, como señala Lucia (43 años) “Sentía todo ¿Porque a mí? Si era lo que yo mas deseaba en la vida, [...] no paraba de llorar, [...] no había consuelo [...] me levantaba gritando, gritaba por el dolor, no que algo me dolía sino por lo emocional”. Estas ideas corroboran lo propuesto por Affleck et al., (1991) quienes señalan que las emociones personales y el afrontamiento a la infertilidad tendrán una alta correlación con el compromiso existente en la pareja. Además, permite establecer una relación con lo planteado por Fonagy y Target (2003) en su teoría sobre la mentalización en donde se plantea que la intensidad de emociones puede generar una sensación desbordante que quita la posibilidad de pensar y mentalizar al otro, de darse cuenta de la separación existente entre ambos y de la aparición de sentimientos y vivencias particulares que pueden ser distintas a las propias. De esa manera, se evidencia que, en momentos, las mujeres presentan una pérdida de su capacidad de contener al otro y de sentirse contenidas, necesitando, por el contrario, actitudes y comportamientos concretos y tangibles para poder mirar dicho apoyo.

El hijo como objetivo.

Finalmente, es posible hipotetizar que el compromiso que todas las mujeres relatan y existe en su relación se ha visto afianzado a partir de ambos tener en su imaginario el deseo y anhelo de tener un hijo, creyendo que es ello lo que va a llevarlos a sentirse completos y realizados como pareja: “Lo único que nos falta es tener nuestro hijito para digamos ya estar completos, ya la felicidad sería” (Ana, 43 años). De modo contrario, viven bajo una sensación de vacío y soledad: “Como que sentimos soledad ambos, los dos, él y yo, estar los dos solos nada más y no ver alguien” (Lucia, 36 años). De esa manera, la aspiración e intenso deseo ha llevado a que se genere en ambos una lucha y compromiso conjunto, como manifiesta Inés (35 años): “Sabemos que hay algo por lo que tenemos que pelear, día a día, y mutuamente alimentamos esas ganas, tratar de pensar positivamente los dos y darnos aliento el uno al otro”. Esta última idea coincide con Callan (1987 en Peterson, 2003) quien señala que el percibir su problema como un desafío conjunto ha posiblemente desarrollado un compromiso más intenso con el otro.

Es así que resulta interesante pensar y entender que quizás, si el único objetivo en sus mentes es el poder concebir; cobra sentido que la percepción de las mujeres respecto a su relación sea, la mayor parte del tiempo, romance y comprensión. Ello debido a que la ilusión y esperanza de tener un hijo, al estar pasando por un proceso de reproducción asistida, está presente y se

mantiene. Por tal motivo, se entiende también que aquellos momentos de incompreensión surgen tan solo cuando se viven periodos de abortos espontáneos, es decir, momentos en donde las emociones intensas de angustia, culpabilidad y frustración priman pues es en esta etapa donde se confirma y/o rondan las fantasías de imposibilidad.

La comunicación

Respecto a las experiencias en torno a la comunicación se encontró que las participantes perciben que la misma se ha visto fortalecida debido a que habían podido compartir abiertamente con su pareja los distintos sentimientos y/o pensamientos que surgen en ellos: “Yo le hago ver el sentido de lo que yo creo” (Ana, 43 años). Si bien estudios han demostrado que la condición de infertilidad y sus tratamientos pueden interferir negativamente en la comunicación afectiva y efectiva de la pareja (IGF, 2012 y Glavac, et al. 1999 en Flores, et al., 2008), las mujeres del presente estudio señalaron que pasar por distintos procedimientos médicos sumado a las pérdidas y la generación de temas relacionados a la infertilidad fomentó, por el contrario, que se logren y forjen espacios para pensar no solo sobre la infertilidad sino también sobre otros aspectos de su relación de pareja: “Conversamos más, compartimos más [...] ha habido una gran diferencia, el conversar de posibilidades, del apoyo que él me va a dar, el apoyo que yo le doy, de hablar de nuestros sentimientos, del futuro.” (Inés, 35 años).

Abriendo nuevos y mejores espacios de comunicación.

Asimismo, algunas participantes señalaron que, de manera general, su comunicación no estaba centrada en el tema de la infertilidad; por el contrario, existía una variación de temas que incluía también distintos aspectos de su relación: “Nuestro pensamiento no es tanto enfocado a eso [infertilidad]; en un inicio si, las conversaciones siempre casi que giraban en torno a eso, era mira que será y que hacemos, pero ahora ya no” (Andrea, 39 años). Ahora, por el contrario, sus conversaciones se dan en ocasiones puntuales, como por ejemplo cuando asisten a una consulta: “Él me pregunta cómo te ha ido, que te ha dicho el doctor, que te han hecho, te ha dolido y ahí tu comienzas a contarle qué tal te fue, cómo te sientes, qué piensas” (Liliana, 35 años). Ello da la posibilidad de pensar que la infertilidad ha dejado de ser el eje central de sus conversaciones y ahora ha pasado a formar parte de la cotidianidad de sus vidas, surgiendo como tema tan solo cuando aparece algo trascendente relacionado a ello.

Búsqueda de expresión y contención de emociones.

A lo largo de los discursos, fue posible percibir que existe una búsqueda constante -en especial de la mujer- por saber lo que le ocurre, piensa y siente su pareja y porque este pueda expresar aquello que le sucede:

A veces él es mucho de guardar, no es muy expresivo y eso a veces a mí también me preocupa. Busco que él converse, pero también yo lo he visto llorar, también tiene temores [...] conversamos del tema, y trato de darle mucho amor, de hacerle conversar y recordar temas de nuestra relación de pareja (Andrea, 39 años).

Si bien se percibe una preocupación genuina por el bienestar emocional del otro, es posible pensar que esta búsqueda de verbalización constante responda también a un deseo y una necesidad de sentirse conectadas emocionalmente con el otro en base a los sentimientos surgidos en torno a la infertilidad. Así, estar en sintonía parece, de alguna manera, hacerlas sentirse validadas y contenidas en cuanto a sus sentimientos, brindándoles a su vez mayor tranquilidad y comodidad respecto a su relación de pareja, como comenta Liliana (35 años):

Él me dice que no me preocupe [...] que a él le gusta apoyarme y también porque yo siempre le digo y le paro preguntando ¿estás bien? ¿Cómo te sientes? ¿Te molesta algo? ¿Estás incómodo? Y quizá son preguntas que él me dice no, no, entonces ya todo está más tranquilo (Liliana 35 años).

El desborde y los conflictos.

Si bien las entrevistadas manifestaron una variación de temas en cuanto a su comunicación, ello parece haber surgido ante la mujer evadir ciertos temas al respecto, pues se hace evidente que la idea constante de tener un hijo es lo que prima dentro de su mente y, por ende, en ciertas conversaciones que mantienen. Así, se puede observar que existen ciertos temas sobre los cuales las mujeres evitan hablar pues los sienten persistentes, repetitivos y generadores de disgustos en la pareja:

Él trata de escucharme y ahí nomás, porque si me sigue ahí preguntando es cuando yo empiezo con que no puedo, que nunca vamos a poder, entonces creo que él se

limita a escucharme porque sabe que le voy a decir [...] en ese momento yo me quedo queriendo decirle cosas (Inés, 35 años).

Esto último, da la posibilidad de intuir también que la repetición y constante búsqueda de validación de sus sentimientos tiene como elemento subyacente posibles sentimientos de culpa por no poder retener y contener al bebé dentro suyo para, de esa manera, encontrar esa contención, de las que no se sienten capaces ni aptas, en su pareja. Si bien estos sentimientos no fueron mencionados de manera explícita por las mismas, es importante dar cuenta de ello en tanto surgió como elemento latente dentro de sus relatos. Lo planteado concuerda con Morales (1996 en Blum et al., 2001) quien señala que el no adaptarse a su situación fomenta el cuestionamiento de su competencia como mujer, esposa y madre y, por ende, reacciones emocionales regresivas y displacenteras. Si bien el guardarse sentimientos o desbordarse en el tema puede estar incrementando sus sentimientos de angustia, culpa y tensión, ello no parece estar alterando negativamente la percepción que tienen sobre la calidad de su relación con su pareja como plantean algunos autores (Ascenzo, 2010; Flores, et al., 2008; Guerra y Moreno, s.f. y Peterson, 2003). No obstante, dicha insistencia de validación sí parece estar generando discusiones y conflictos, pues las parejas parecen generar disgustos cuando las entrevistadas se tornan persistentemente “negativas o pesimistas”: “Él se molesta, porque piensas así, tu ya te predispones” (Inés, 35 años). Se observa que ello tiene su inicio en sentimientos ligados a la culpabilidad e incapacidad sumados a una intensa angustia, impotencia y desesperación devenida también de la mujer “Es mi desesperación por ser mamá que me lleva a pelear con él” (Lucía, 43 años). Al ser el futuro el tema que genera mayores disgustos y conflictos en la relación esta subcategoría será profundizada en el próximo acápite.

El proyecto de vida futuro

Sobre la vivencia del futuro de la pareja, se vio que surgen alternativas que se conversan ante la posibilidad que el o los tratamientos no sean exitosos. Así, ante la idea de ser padres y lograr su “objetivo”, surge la idea de pasar por procedimientos más complejos o de adoptar: “Se me meten ideas a la cabeza y se me ocurre a veces, y le digo a mi esposo que te parece si me voy, juntamos dinero y hacemos invitro [...] podemos intentarlo” (Ana, 43 años). Sin embargo, gran parte de las mujeres manifiestan también que, en el momento actual, viven la infertilidad como un proceso que aún no ha llegado a su final “¿Ya en determinado momento se conversará de eso

no? Tratamos de no adelantarnos al momento sino de vivirlo [...] porque si no, nos vamos a estresar en eso” (Liliana, 35 años).

La incertidumbre del futuro.

A partir de lo anteriormente mencionado, es posible apreciar que, si bien existe la posibilidad de crear espacios para pensar y reflexionar acerca de su vida posterior, la infertilidad resulta tan agotadora, desgastante e intolerable para la pareja que se prefiere vivir y pensar el día a día (Llavona y Mora, 2003 en Flores et al., 2008): “¡Ay! mi cabeza está así, pero a veces trato de olvidar” (Ana, 43 años). Asimismo, notan en sus parejas cierta negatividad y disgusto al pensar en otras posibilidades: “Se molesta [...] tu ya te predispones para eso, porque eres negativa, vas a ver qué vamos a tener un bebé, con tranquilidad.” (Inés, 35 años). No obstante, a partir de la teoría, es posible concluir que al ser los hombres los que pasan por menos prejuicios sociales y procedimientos médicos son estos, posiblemente, a los que les cuesta menos perder la ilusión y esperanza de tener un hijo de manera natural. Por lo cual, al intentar sostener a su pareja del dolor emocional y no tener éxito podría estarles generando sentimientos de frustración e inutilidad y, por ende, ciertas expresiones de molestia con las mismas (Cooper, 2007). De esa manera, es posible intuir que el pensar en alternativas futuras es lo que en momentos causa discusiones y emociones asociadas a la incomprensión y baja contención que sienten por parte de su pareja, por lo que se prefiere que el tema sea pospuesto.

Por otro lado, el que las parejas piensen sobre otras alternativas, como son la adopción o vientres de alquiler las lleva a la idea de que este hijo no va ser sanguíneamente de ambos miembros. Por tal motivo, se prefiere no pensar en esta idea y, por el contrario, perseverar en su intento de lograrlo por sí solos: “Yo quiero tener [un hijo] de los dos [...] después crece y se va o a la semana lo quieren de vuelta” (Carmen, 36 años). Ello concuerda con lo que señala Daniluk (2001) quien menciona la dificultad existente en las parejas infértiles de rechazar la típica creencia cultural que tener un hijo biológico es lo mejor e ideal y de su incapacidad de expandir su deseo a otros patrones de familia y parentalidad. Experiencias como las de Carmen permiten dar cuenta del miedo existente sobre la posibilidad de que el hijo pueda dejarlas pues no evidencian un vínculo biológico de por medio que les asegure su parentesco. Esta experiencia puede ser relacionada también al mismo temor que presentan hacia la idea que sus parejas puedan dejarlas; con lo que sus sentimientos de soledad e imposibilidad de retención terminan, por ambos lados, de invadirlas. De la misma manera, se puede pensar que la idea de tener un hijo

propiamente de ellos incluye también la esperanza narcisista de duplicarse, de que este represente una continuación de sus progenitores y de generar expectativas de filiación (Brazelton y Cramer, 1993): “Él decía, quiero que salga una Luciita [seudónimo], que se parezca a ti, y yo quería que fuera un hombrecito para que se parezca a él” (Lucia, 43 años).

Como hemos visto brevemente en líneas más arriba, el pensar sobre el futuro de la pareja parece generar un intenso miedo y temor sobre su relación y vida conjunta siendo, como menciona Inés (35 años) una “Incógnita el que va a ser más adelante”. La mujer, en repetidas ocasiones, fantasea sobre la posibilidad que su pareja se separe de ella y que la relación fracase debido a su imposibilidad de dar vida e incapacidad de retener al bebé: “Me siento que no puedo dar vida, me siento como frustrada, es como diciendo mi esposo quiere hijos entonces quizás él puede hacer su vida con alguien más joven, no como yo” (Lucia, 43 años).

A pesar que ninguna de las entrevistadas presenta un diagnóstico sobre la causa de la infertilidad explicitado por su médico, se observa en sus discursos cierta culpabilidad a causa de sentirse incompetentes de poder retener al bebé en su vientre. Ello plantea una relación con lo señalado por diferentes autores quienes manifiestan que las mujeres infértiles que se perciben como incompletas e incapaces de generar vida también generarán una descripción de ellas mismas de manera negativa (Carreño et al., 2003). Por tal, su estado emocional, en este caso de culpabilidad, les genera comportamientos variados que afectan también su desenvolvimiento con su pareja (Aguirre et al., 2009). Es así, que el pensar que ellas son el principal obstáculo para tener un hijo genera pensamientos en torno al no creer que merecen estar con su pareja y comportamientos y conversaciones repetitivas para la confirmación y contención de su no culpabilidad. Ahora bien, es posible pensar que la insistencia en pensar que su esposo las va a rechazar por no poder tener un hijo con ellas, es una proyección (McWilliams, 1994) de las mismas de no de querer ni poder aceptar su vida sin un bebé presente.

Búsqueda de contención y expresión de emociones.

Como hemos visto en áreas anteriores, tras estos temores surge también la capacidad del hombre de brindar contención, confianza y apoyo al malestar de su pareja a través de las palabras y acciones para que, de ese modo, estas puedan separar que, independientemente de tener un hijo o no, la relación no concluye por dicha dificultad: “Él me dice: si no tengo hijos contigo no quiero tener hijos con nadie [...] que tenga confianza, que para él su vida no termina teniendo un hijo” (Carmen, 36 años). Además, se puede observar la capacidad del hombre de reconocer y

captar momentos en los que, a pesar que ellas no lo manifiesten, se hace evidente que en sus mentes está presente este temor: “Él antes que yo se las diga me las dice también, no te preocupes, no pienses esas cosas, yo nunca te voy a dejar, así [sin hijos] vamos a estar igual.” (Inés, 35 años). Ello genera una suerte de tranquilidad y vuelta al sentido de realidad de la percepción que tienen las mujeres sobre su relación pues en concordancia con lo señalado por Coyle, Llabre y Ulbrich, (1990) la actitud positiva del hombre es un fuerte modificador de la adaptación que tenga la mujer hacia la infertilidad y, por consecuencia, a su satisfacción y consenso marital.

El desborde y los conflictos.

Ahora, al no ser una situación ideal y esperada, la repetición de dichas ideas y la persistencia y miedo poco controlable que algunas mujeres sienten no siempre es contenido por su pareja, por lo que en ocasiones las mismas llegan a generar un fuerte disgusto y molestia “Yo le dije una vez: ¿Tú te vas a ir, no?. Quiero que sea la última vez que me hagas esta pregunta, nunca más me la vuelvas a hacer, me dijo” (Inés, 35 años). Llegando incluso, en ocasiones, a emerger un impulso agresivo en el otro: “Llegó un punto que yo llore tanto [...] ¿no te gustaría que nos separemos y que tú te busques o te vayas con una mujer más joven? [...] él me dijo: ¿tú estás loca? [...] ¡Cállate la boca!” (Lucia, 43 años). Ello plantea una fuerte relación con lo planteado por Flores, Jenaro y Moreno (2008) quienes encuentran que el desbordarse excesivo debido a la intensidad de la situación parece generar una disminución en la calidad de su relación afectiva.

A partir de lo recogido, se puede concluir entonces, que la insistencia en pensar sobre la posible culminación de la relación es una búsqueda constante de contención por parte de su pareja, para la validación de sus sentimientos y confirmación continua de que a pesar que no se puede concebir, la relación no va a terminar. Sin embargo, ello no siempre resulta así pues dicha persistencia llega a emerger un fuerte disgusto en el otro, posiblemente pues estos se sienten frustrados e impotentes al no poder ser capaces de hacer sentir mejor a su pareja (Cooper, 2007).

El vínculo sexual

En cuanto a las relaciones sexuales, el discurso de las mujeres dio cuenta de una serie de factores que habían hecho que las mismas se vivan de una manera distinta a la que vivían previamente a su condición de infértiles.

El “tener que...” y la amenaza a la sexualidad.

Por un lado, la presión de las indicaciones del médico para que se den las relaciones sexuales en determinadas circunstancias, horarios o periodos de tiempo generó, en al menos alguna de las partes, una disminución de placer y deseo sexual: “Cuando el doctor te dice: ¡Ya, tiene que ser ahorita, esta semana! A él le pasa más que a mí, que como que se corta” (Ana, 43 años). Otro componente que parece también haber repercutido en el disfrute y apetito sexual es la presión misma de la pareja por conseguir su “objetivo”. Al considerar este como motivo principal de sus relaciones sexuales, genera que las mismas se vivan como una obligación y deber, más que como un encuentro espontáneo, amoroso y placentero: “No es normal, porque pensar en que tienes que salir embarazada, no puedes disfrutar al máximo [...] pienso que solamente tengo que tener relaciones sexuales para concebir” (Carmen, 36 años). Es entonces que estos factores llevan a que la sexualidad de la pareja se dé de manera metódica, rutinaria y únicamente en momentos de ovulación; “Yo solo lo llamaba cuando eran mis días [...] mi mente era para hacer el hijo nomás, se había convertido en rutina.” (Lucía, 43 años). Esto confirma lo postulado por Idrobo (2009) y Cooper (2007) quienes señalan que al existir una presión y una exigencia de la que se espera rendimiento y precisión, las relaciones sexuales se vuelven un procedimiento clínico más allá de un acto amoroso y apasionado entre los miembros.

Otro punto esencial que parece producir una disminución del placer además de cambios en la frecuencia de sus relaciones sexuales fue el sentir la infertilidad como un ataque a su propia sexualidad pues, como señalan Cooper (2007), Díaz y García (2001) y Fuller (2000), en la infertilidad los hombres tienden a sentirse impotentes mientras que la mujer se siente poco femenina, dañada como sujeto y defectuosa afectando en ambos su autoconcepto, identidad y rol de género. A partir del relato de las mujeres entrevistadas, se encontró que para la mujer el pasar por procedimientos dolorosos y chocantes tanto como para su pareja el sentir su virilidad puesta en cuestión generó posteriores dificultades en su desenvolvimiento sexual

Antes de mi operación creo que mi vida sexual se podía decir era para mí más placentera [...] ha sido tantas veces que me han tocado y me he sentido tan frágil, que yo ahorita siento que está dañada [órgano reproductor femenino]. Cuando después ya hemos tratado de tener acercamientos más íntimos, para mí es complicado...el deseo sexual es menor, por mí fuera que no me toquen, no se me siento muy dañada, muy tocada, muy delicada (Inés, 36 años).

A él, antes, no le pasaba eso que no se erectaba, pero le digo que quizá es estrés, antes no le pasaba, se frustró no sé [...] Y yo el otro día le dije: ¡Tienes que ir al hospital!, y me dice: ¿tú crees que es sencillo? [...] el tema de sus espermatozoides lo tiene mal, el ir a un hospital y que él no pueda sentirse erecto de darlos (Lucia, 43 años).

Compromiso y cuidado.

Si bien se puede apreciar que existen dificultades evidentes en torno a las relaciones sexuales, también se evidencia que la pareja presenta el deseo y un constante intento porque éstas se vivan de manera natural y espontánea, sin tener que adjudicarse de manera parametrada a ciertos días: "Tratamos que no nos traume, que no sea que el doctor nos diga hoy día y tenemos que hacerlo" (Ana, 43 años). Es en este intento que se observa que la pareja empieza a valorar, disfrutar y generar momentos en los que pueden estar juntos más allá del acto sexual "Ahora es más el deseo de estar juntos [...] disfrutar de la intimidad, si es el día que tiene o que no tiene que ser, ya no lo tomamos como una presión pues disfrutamos cuando ambos anhelamos estar juntos" (Andrea, 39 años).

En base a lo anteriormente mencionado, junto a lo comentado en el área de compromiso, es posible entender entonces la importancia que se le brinda a las demostraciones afectivas, físicas y verbales, pues al igual que sugiere Cooper (2007) se hace evidente que la intimidad manifestada de otras maneras (caricias, abrazos, atenciones, besos, etc.) le quita el peso que tiene el placer sexual durante el proceso de la infertilidad. Es importante señalar, sin embargo, que, a pesar que existe la voluntad y deseo de dejar de lado aquellas ideas recurrentes e intrusivas sobre la finalidad de sus relaciones sexuales, ello no siempre puede lograrse "Uno tiene que tratar de relajarse y olvidarse, aunque a veces es imposible" (Carmen, 36 años) o como menciona Lucia (43 años) "Trato de preparar mi mente, de pensar que no somos máquinas [...] pero no puedo dejar de pensar en un embarazo." Lo mencionado coincide con lo postulado por Álvarez (2006) quien encuentra que el sexo en las parejas infértiles se vuelve muchas veces una experiencia dolorosa, desagradable y/o frustrante debido a la presión existente.

Asimismo, pudo encontrarse que a partir de las dificultades presentadas, ambos miembros fomentaron comportamientos de cuidado hacia el otro, teniendo mucha comprensión y paciencia por el dolor, miedo y baja estimulación de la pareja "Trato de poder disfrutarlo [...] y él me decía de repente no deseas, tienes miedo, te va a doler, pero conversábamos de eso. Él siempre me

entiende, me comprende, no me presiona” (Andrea, 39 años). Unido a ello, se observa que las parejas generan ciertos comportamientos para estimular el placer y deseo sexual del otro y para que el problema en esta área no afecte la relación ni su bienestar emocional, “Yo también digo ¿no? Si yo me pongo mal, no lo voy ayudar a él, yo tengo que estar ahí con él ¿no? Animarlo [...] lo fastidio, le digo cositas” (Ana, 43 años).

El desborde y los conflictos.

En una de las mujeres entrevistadas pudo observarse que la misma presión en ocasiones parece que lleva a generarle sentimientos de incompreensión y desesperación llegando a generarse fuertes conflictos durante las relaciones sexuales:

Estaba en mi día fértil y él sabía [...] me tome la temperatura y estaba alta [...] ¡hoy día tiene que ser! Y él me dijo: ¿es una orden? [...] ¡Lo sé! ¡Lo sé! Levanto la voz [...] Entonces él no pudo, yo no sé porque [...] yo me enoje dentro de mí, porque era hoy día y lo habíamos perdido, no le dije nada, solo ¿sabes qué? ¡Estoy perdiendo mi tiempo! (Lucia, 43 años).

Es por lo mencionado en líneas anteriores, que si bien aparecen evidentes dificultades en las relaciones sexuales, ambos miembros son capaces de generar comportamientos de aproximación y cuidado con el otro, con el fin de restablecer dicha área y no encontrarse en conflicto con la misma. Es posible pensar que estos comportamientos tengan la finalidad de lograr que los mencionados conflictos no afecten lo único que en ese momento creen que las está manteniendo en pie: la intimidad de su relación de pareja. A pesar de ello, la realidad los confronta también con momentos de ambivalencia en los que no se logra una comprensión total del otro, generándose a su vez ciertos problemas y confusiones con su relación a partir de las dificultades en sus relaciones sexuales y su desesperación por ser madres.



CONCLUSIONES

A partir de lo expuesto, es posible entender entonces que existen cuatro principales áreas que han cobrado importancia en la relación de pareja a partir de su condición de infertilidad primaria: el compromiso, la comunicación, el proyecto de vida a futuro y el vínculo sexual.

Por un lado, se encontró que las entrevistadas percibían que la comunicación con su pareja se había visto fortalecida ya que se habían generado espacios para pensar su relación y para compartir de manera más abierta sus emociones y pensamientos. De esa manera, existe evidencia de una preocupación genuina por el bienestar del otro y de la relación. Sin embargo, también se observó cierta persistencia en las conversaciones de temas relacionados a su condición que tenía como propósito sentirse en sintonía, validadas y contenidas por su pareja respecto a la inmensidad de emociones que les suscita el proceso de infertilidad. Es esto último, lo que muchas veces genera una respuesta acorde a lo buscado por la mujer pero otras, genera un fuerte disgusto en su pareja dándose así momentos de desencuentro y sentimientos de incompreensión en hacia la misma.

En cuanto al proyecto de vida futuro se concluye que este se vivencia bajo una intensa incertidumbre. De esa manera, si bien se han conversado ligeramente sobre otras alternativas de concepción, el proceso de infertilidad resulta tan agotador que el pensar y confirmar su imposibilidad de concebir es algo que se prefiere evitar pues genera una fuerte pérdida de la ilusión. Asimismo, se observó la constante idea en las mujeres de la posibilidad de que su relación se termine o que sus parejas las abandonen. A partir de ello, las mismas evidencian la necesidad intensa de confirmar, a partir de comportamientos y/o conversaciones, que ello no ocurrirá. Si bien aparecen momentos en donde la pareja es capaz de contener estos miedos y angustias también surgen otros en donde las mujeres relatan la aparente incapacidad de contención por parte de su pareja, generándose mucha frustración en la misma así como disgustos y discusiones entre ambos.

Respecto al vínculo sexual se puede dar cuenta de que este se ha visto fuertemente modificado, así, existe una disminución del placer y deseo sexual de al menos uno de los miembros. A partir de ello, la pareja ha desarrollado la posibilidad de comprender y contener al otro teniendo conductas de cuidado y estimulación sexual para que ello no solo no repercuta en sus relaciones sexuales sino tampoco en su relación de pareja. No obstante, es posible notar que si bien existen intentos dentro de la pareja para que lo mencionado no afecte y esquematice su

relación también se dan instantes en los que se sienten mucha incompreensión y desesperación al no poder lograr el acto que posiblemente podría devenir en su objetivo más anhelado.

El compromiso dentro de la relación surge como un área transversal que traspasa las otras áreas ya que las mujeres evidencian percibir y necesitar sentirse contenidas y comprendidas por su pareja, en el ámbito sexual, al pensar en su proyecto futuro- como madres y pareja- y al tener espacios de comunicación. De esa manera, ubicamos dos grandes momentos del vínculo respecto al compromiso. En primer lugar, y de manera más consistente y llamativa, las mujeres manifiestan que perciben una fuerte sensación de apoyo, preocupación y contención por parte de su pareja. Estos momentos se ven caracterizados por cierto hermetismo creándose una burbuja y una idealización de la relación y de su pareja. En segundo lugar, se dan momentos en los que aquella burbuja se rompe pues prima la sensación de incompreensión dentro de la pareja creándose disgustos, discusiones y una baja sintonía en relación a sus emociones y sentimientos.

Es posible repasar que ambos momentos se estén viendo influenciados y/o afianzados por el que ambos tengan en su imaginario el objetivo de tener que tener un hijo. A partir de ello, se puede concluir entonces que el que las mujeres presenten una percepción de su relación prioritariamente positiva, llena de romance, compromiso y comprensión, está siendo menguado por la esperanza e ilusión de tener un hijo. Puesto que, al haber sido entrevistadas dentro de un tratamiento de fertilización asistida, es lo que se encontraba presente. Así también resulta interesante observar como aquellos momentos de incompreensión surgen, sobretodo, cuando el tratamiento falla y/o se viven periodos de intensa emocionalidad respecto a su imposibilidad de concebir ya que se confrontan con una realidad llena de desesperanza, desilusión, vacío y soledad.

Finalmente, es importante señalar que el discurso de las participantes y, por ende, el presente estudio estuvo teñido bajo ciertas peripecias provenientes del sistema de salud en el Perú. El criterio diagnóstico empleado en el hospital no siempre resultó ser el mismo que se encontró en la teoría presentada. De esa manera, se observó que ello generaba una serie de confusiones en las mujeres pues no solo desconocían su diagnóstico sino que a veces tenían información errónea respecto al mismo. Por otro lado, si bien habían pasado tanto ellas como sus parejas por innumerables estudios, la mayoría no conocía la causa real de su dificultad, confundándose y generándose especulaciones sobre si la causa subyacente era por un problema de ellas, sus parejas o desconocido. Esto además se unía a la problemática del uso coloquial que

se le da a la palabra infértil, pues, junto a lo anteriormente mencionado, la representación y experiencia misma que tenían sobre su dificultad para concebir se podría haber visto influenciada por todo ello.

En cuanto a las limitaciones encontradas en el presente estudio, es importante rescatar que si bien la sesión propuesta dio la posibilidad de tener un espacio previo con sus médicos para crear un vínculo de comodidad y confianza entre la investigadora y las participantes, el poder realizar las entrevistas en dos sesiones separadas pudo haber brindado mayor sostén a la narrativa. Así, se considera que separar la entrevista en una primera sesión tocando aspectos personales podría haber brindado un mayor soporte y amplitud para que, en una segunda sesión, en donde se toquen temas referidos a la pareja, las participantes se sientan más cómodas de poder contar y explorar estas experiencias. Además, se notó una clara interacción entre lo que ocurre en ellas y lo que viven con el otro por lo que separar ello en dos sesiones da la posibilidad de ofrecer un mayor orden no solo a la sesión sino al pensar de la paciente.

El que solo hayan participado de este estudio las mujeres surgió como una posible restricción pues los resultados están pensados en base a cómo es que las mismas experimentan su relación y no, en cambio, a la dinámica misma de la pareja. Así, para futuras investigaciones, resulta importante tener un acercamiento a la parte masculina de la diada y recoger también la manera en que estos experimentan su relación frente al hecho vivenciado. Explorar y entender dicha perspectiva podrá brindar un análisis integral de las experiencias de su relación como pareja ante un proceso común e importante en sus vidas.

Asimismo, resulta conveniente poder conocer cómo es que se desenvuelven las parejas con otros tipos de diagnóstico ya sean infertilidad secundaria, esterilidad primaria o secundaria. Es así, que se podrá explorar la manera en que un hijo anterior al diagnóstico resulta un amortiguador en su vida conjunta y como las pérdidas también resultan un factor importante que se pone en juego y afecta la relación de pareja. Se recomienda para futuros estudios poder realizar estudios comparativos que den mayor luz de las cuatro condiciones presentadas.

Es importante señalar que el haber presentado una muestra pequeña de participantes fue también una dificultad para el análisis de la información pues restringe la saturación de la información de los casos y la ampliación de los temas tratados. A partir de investigar la problemática con más participantes se podrá generar mayores resultados y discusiones ante

factores influyentes que también se ponen en juego en la infertilidad como son la edad, el nivel socioeconómico y el tiempo de la relación de pareja.

Finalmente, surge como principal recomendación indagar en futuras investigaciones a la población en cuestión en distintos momentos dentro de su proceso de infertilidad. Ya que, como se ha visto, es posible que su mirada y percepción frente a sus experiencias de relación de pareja se hayan visto afectadas por estar pasando por un proceso de fertilidad asistida; por lo que sus esperanzas frente a la posibilidad de concebir se encuentran no solo presentes sino tomando curso.



REFERENCIAS

- Andrews, F.M., Abbey, A., & Halman, J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*.32, 238-253. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.23072136806?uid=3738800&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101349658273>
- Affleck, G., Mendola, R., Stanton, A., & Tennen, H. (1991). Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women and Health*. 17 (3), 1-15. DOI: 10.1300/J013v17n03_01
- Aguirre, W., Arranz, L., Gaviño, F., Gaviño, S., Moreno, D., & Ruiz, J. (2009). Estrés percibido en mujeres a quienes se realizan tratamiento de reproducción asistida y sus parejas. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14(3), 117-120. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47312183003>
- Almqvist, F., Poikkeus, P., Punama, R.L., Repokari, L., Sinkkonen, J., Tiitinen, A., Tulppala, M., Unkila-Kallio, L., Vilksa, S. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*. 22(5), 1481-1491. DOI: 10.1093/humrep/dem013.
- Alvarez, J. (2006). Sexualidad en parejas con problemas de fertilidad. *Mediagraphic Artemisa*. 143 (1), 65-71. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm071m.pdf>
- Antequera, R., Ávila, A., Jenaro C., & Moreno, C. (2008). Principales trastornos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos*. 29(2), 167 – 175. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77829203>
- Ascenzo, E. (2010). Factor psicológico: Concomitantes psicológicos y sexuales en parejas con problemas de infertilidad. *Clínica Miraflores: Instituto de Fertilidad y Ginecología*. Recuperado de <http://www.igf.com.pe/es/psicologia.php>
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM). (2009). *Metodología de clasificación de niveles socioeconómicos*. Recuperado de http://www.apeim.com.pe/images/APEIMNSE2008_2009.pdf

- Aviv, A., Hamer, R., & Leiblum, S. (1998). Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual function. *European Society of Human reproduction*. 13 (12), 3569 – 3574. DOI: 10.1093/humrep/13.12.3569
- Ayala, A., Hernández, I., Ortiz, D., Tovar, J. M., & Vargas, J. (2005). Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana. *Mediagraphic Artemisa. Ginecología y Obstetricia de México*. 73, 360-364. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom057d.pdf>
- Baeckert, I., Batra, A., Braeunlich, C., Collins, S., Eierlbeck, G., Gebert, S., Hautzinger, M., Schanz, S. (2005). A new quality of life measure for men experiencing involuntary childlessness. *Human Reproduction*. 20 (10), 2858 – 2865. DOI: 10.1093/humrep/dei127
- Benazon, N., Sabourin, S., & Wright, J. (1992). Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 18 (4), 273-284. DOI: 10.1080/00926239208412852
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. Londres: Heinemann
- Blum, B., Ito, E., & Lara, L. (2001). Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo. *Salud Mental Mediagraphic Artemisa*. 24 (5), 30-36. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam015f.pdf>
- Brazelton, B. & Cramer, B. (1993). *La relación más temprana*. El embarazo: El nacimiento del vínculo. Los albores del vínculo. 25 – 40. México: Paidós.
- Brugo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 54 (4). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342003000400003&script=sci_arttext
- Cancino, R., Pacheco, G., Rechkemmer, A., & Rodriguez, D. (2002). Infertilidad por salpingitis: Características demográficas y clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza. *Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 48 (3). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_48n3_2002/inferti_salpingitis.htm

- Calero, J., & Santana, F. (2006). La infertilidad como evento de frustración personal: Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. *Revista Cubana de Endocrinología*. 17 (1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532006000100002&script=sci_arttext
- Calero, J. & Santana, F. (2006). La solución ante la infertilidad. Representaciones de un grupo de varones atendidos por este padecimiento. 17 (2). *Revista. Cubana de Endocrinología*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532006000200002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Carreño, J., Gonzalez, G., Martinez, S., Morales, F., y Sanchez, C. (2003). Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino. *Imbiomed: Perinatología y Reproducción Humana*. 17, 80 – 90. Recuperado de <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/CaracteristicasdelAutoconcepto.pdf>
- Carreño, J., González, G., y Sánchez, C. (1998). Satisfacción marital en parejas estériles con factor masculino y factor femenino. *Imbiomed: Perinatología y Reproducción Humana*. 12 (4), 203 – 209. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=10924&id_seccion=32&id_ejemplar=1124&id_revista=7
- Chen, P. (2008). Infertilidad Primaria. Department of Obstetrics & Gynecology. University of Pennsylvania Medical Center Philadelphia. Recuperado de http://www.umm.edu/esp_image/pages/17074.htm#ixzz2AecFxHcQ
- Connolly, K., Cooke, I., & Edelman, R. (1987). Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 5 (1), 49 - 57. DOI: 10.1080/02646838708403473
- Cooper, S. (2007). *Sex, relationship and infertility*. The National Infertility Association. Resolve Fact Sheet Series.14. Recuperado de www.resolve.org
- Coyle, A., Llabre M., & Ulbrich, P. (1990). Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 16 (3), 147-158. DOI: 10.1080/00926239008405261

- Daniluk, J. (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal of counseling and Development*. 79 (4), 439 - 450.
- Díaz, Z., & García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación medico paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de salud pública*. 37 (1), 106 – 119. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100009&script=sci_arttext
- Domínguez, R., Jadresic, E., Miranda, C., Palacios, E., Palacios, F. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 67 (1). DOI: 10.4067/S0717-75262002000100004
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2009) Evaluation of marital and sexual interactions of polish infertile couples. *Journal of Sexual Medicine*. 6 (12), 3335 – 3346. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01355.x
- Fernández, M., González, I., & Herrera, P. (2002). Infertilidad como evento paranormativo y su repercusión familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200002
- Flores, N., Jenaro, C., & Moreno, C. (2008). Terapia de parejas en infertilidad. *Papeles del psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 28 (2), 205 - 212.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 9. 679 – 700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Londres y Filadelfia: Whurr Publications. Cap 12: Fonagy and Target's model of mentalization.
- Fuller, N. (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: PUCP Fondo Editorial.
- Fuller, N. (2001). *Masculinidades: cambios y permanencias*. Lima: PUCP Fondo Editorial.

- Georgia Reproductive Specialists. (2007) *The emotional effects of Infertility on the couple relationship*. Recuperado de <http://www.ivf.com/emotion.html>
- Giorgi, A. & Giorgi, B. (2003). Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design. *The descriptive Phenomenological Psychological Method*. 243 – 270. Washington D.C: American Psychological Association.
- Gómez, A. (2011). Infertilidad femenina – Actualización. *El Sevier España S.L.* 30 (5), 60 – 65. Recuperado de http://zl.elsevier.es/es/revista/offarm-4/infertilidad-femenina-actualizacion-90027662-ambito_farmacologicodivulgacion-sanitaria-2011
- González, I., & Miyar. (2001). Infertilidad y sexualidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17 (3).
- Grinberg, L., Sor, D. & Tabak, E. (2007). *Nueva introducción a las ideas de Bion*. Madrid: Julián Yébenes S.A.
- Guerra, D., & Moreno, A (S.F). Guía de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción Asistida: Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. Sociedad Española de Infertilidad. 2, 11 -17.
- Hernández, R. Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación: El proceso de la investigación cualitativa*. (4ta Ed.). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, A., Mas, J., Padrón, S., Seuc, A., & Valdés, F. (1997). Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de fertilidad. *Revista Cubana de Endocrinología*. 8 (3), 208 - 216. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol8_3_97/end06397.htm
- Hirsch, A.M., & Hirsch, S.M. (1989). The effect of infertility on marriage and self-concept. *Journal of Obstetrics and Gynecological Neonatal Nursing*. 18 (1), 13-20. DOI: 10.1111/j.1552-6909.1989.tb01611.x

- Idrobo, J. (2009). Pasos básicos para evaluar la pareja infértil. *Fundación valle del Lili: Carta de la salud*. 162. Recuperado de http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/4233/1/CSNoviembre_2009.pdf
- Instituto de Fertilidad & Ginecología (IGF). (2012). *Clínica Miraflores: Instituto de Fertilidad y Ginecología*. Recuperado de <http://www.igf.com.pe/es/psicologia.php>
- Izzedin – Bouquet, R. (2011). Psicología de la reproducción: De la infertilidad a la reproducción asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*. 14(2): 31 – 34. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332011000200009&script=sci_arttext
- Jadresic, E., & Palacios, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 38(2), 94-103. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272000000200004
- Lee, T., Sun, G., Chao, S. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *European Society of Human Reproduction*. 16 (8), 1762 – 1767. DOI: 10.1093/humrep/16.8.1762
- Llavona, L.M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. *Papeles del psicólogo. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 29 (2), 158 – 166. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77829202>
- Lopez, N., & Palacios, O. (2011). Retraso de la edad de la procreación, incremento de la infertilidad y aumento del recurso a la reproducción asistida: consecuencia en la salud de los hijos. *Cuadernos de Bioética: Asociación Española de bioética y ética médica*. 22 (2), 259 – 272. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2011/22/2/75/259.pdf>
- Levin, J., Sher, T., & Theodos, V. (1997). The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 4 (4), 361-372. DOI: 10.1023/A:1026249317635
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14 (1), 321 – 331. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art18.pdf>

- Mc. Williams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, London: Guilford. Cap 5: Primary (primitive) defensive processes. 96 – 116.
- Mc. Williams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, London: Guilford. Cap 6: Secondary (higher -order) defensive processes. 117 – 144.
- Meth, R., Gavazzi, S. & Sabatelli, R. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*. 37 (3), 338-343. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/584573?uid=3738800&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101351242893>
- Moreno, C. (2000). *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Editorial Sanz y Torres.
- Moreno, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. *Papeles del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 29 (2), 154 – 157. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1581.pdf>
- Nieuwenhuys, H., Oddens, B., & Tonkelaar, I. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems – a comparative survey. *Human Reproduction*. 14 (1), 255 -261. DOI: 10.1093/humrep/14.1.255
- Parada, L.M. (2006). Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. *Divertitas: Perspectivas en psicología*. 2 (1), 149 – 158. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67920111>
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2da Ed.) Thousand Oaks: Sage Publications.
- Peterson, B. (2003). Examining the congruence between couples perceived infertility-related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile men and women. *Family Process*. 42 (1), 59 – 79.
- Roa, Y. (2007). Infertilidad y nuevas tecnologías reproductivas en el Perú: Un abordaje psicosocial. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 3 (1).

- Roa, Y. (2012). La infertilidad como problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 58, 79 - 85. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/vol58_n2/pdf/a03v58n2.pdf
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweilersten, N., Tronick., E. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*. 79, 903 - 921
- Spanier, G. B. (1976). *Dyadic Adjustment Scales (DAS)*. Multi-Health Systems, Inc.





ANEXO A:

Lista de chequeo

Criterios diagnósticos: Infertilidad Primaria

- ¿Cuánto tiempo lleva manteniendo relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos con su pareja?
- ¿Ha tenido usted pérdidas o legrados anteriormente?
- ¿Ha podido concebir un hijo anteriormente? / ¿Tiene usted hijos?



ANEXO B:

Ficha socio-demográfica

- Sexo:
- Edad:
- Lugar de nacimiento:
- Nivel educativo:
- Estado civil:
- Tiempo de relación de pareja:
- Ocupación:
- Ocupación de su pareja:
- Número de pérdidas:
- Cantidad de tratamientos:

Con la finalidad de agrupar sus respuestas con las de otras personas de similares características a las de usted, nos gustaría que responda a las siguientes preguntas referentes al JEFE de hogar:

JEFE DE HOGAR: Aquella persona, hombre o mujer, de 15 años o más, que aporta más económicamente en casa o toma las decisiones financieras de la familia, y vive en el hogar.
 HOGAR: conjunto de personas que, habitando en la misma vivienda, preparan y consumen sus alimentos en común.

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR: _____

Parentesco con encuestado:

1. Padre/Madre 2. Esposo/a 3. Hermano/a 4. Abuelo/a 5. Tío/a 6. Primo/a 7. Yo mismo
 8. Otro: _____

N1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de hogar? (ACLARAR “COMPLETA O INCOMPLETA”)

Sin educación	0	Superior No Univ. Completa	6
Educación inicial/Primaria incompleta	2	Superior Univ. Incompleta	7
Primaria completa / Secundaria incompleta/Secundaria completa	3	Superior Universitaria Completa	9
Superior No Univ. Incompleta	4	Post - Grado universitario	10

N2 ¿Cuál de estos bienes tiene en su hogar que estén funcionando?

	NO	SI
Computadora o laptop en funcionamiento	0	5
Lavadora en funcionamiento	0	5
Teléfono fijo en funcionamiento	0	5

Refrigeradora / congeladora en funcionamiento	0	5
Horno microondas en funcionamiento	0	5
TOTAL		

N3. N3.1. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar (sin incluir servicio doméstico)?

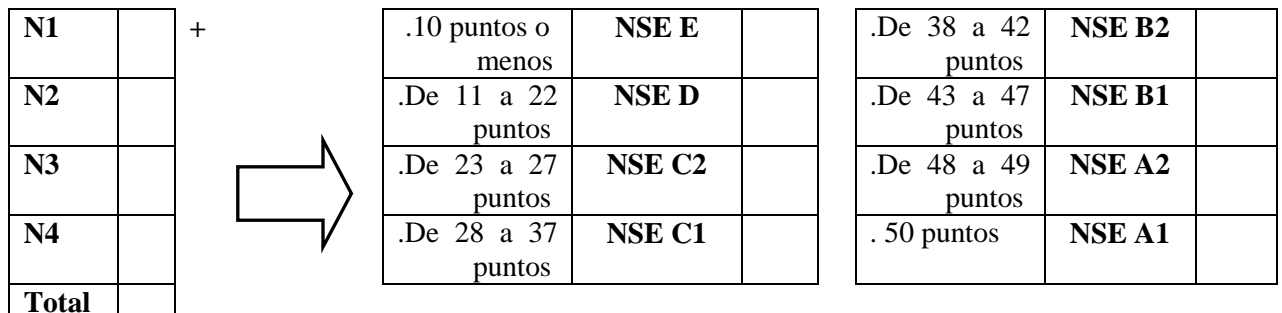
N-3.2. ¿Cuántas habitaciones tiene en su hogar (no vivienda) que actualmente use exclusivamente para dormir (incluir la de servicio doméstico)?

(EL PUNTAJE ES DONDE SE CRUZA MIEMBROS DEL HOGAR CON HABITACIONES)

N 3.2. Habitaciones para dormir incluyendo servicio	N 3.1. Miembros del hogar sin incluir servicio										
	1 ó 2	3	4	5 ó 6	7 ó 8	9	10	11 ó 12	13 ó 14	15	16
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	7	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0
2	7	7	7	4	2	1	1	1	0	0	0
3	7	7	7	7	4	4	2	2	1	1	1
4	7	7	7	7	7	4	4	4	2	2	2
5	7	7	7	7	7	7	7	4	4	4	2
6	7	7	7	7	7	7	7	7	4	4	4
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	4
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

N4. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda? **(CONSIDERAR AREA CONSTRUIDA)**

Tierra / Otro material (arena y tabloncillos sin pulir)	0	Laminado tipo madera, láminas asfálticas o similares	7
Cemento sin pulir o pulido / Madera (entablados)/ tapizón	3	Parquet o madera pulida y similares; porcelanato, alfombra, mármol	8
Losetas /terrazos, mayólicas, cerámicos, vinílicos, mosaico o similares	6		



ANEXO C:

Guía de entrevista:

Historia de infertilidad

Datos médicos generales.

- ¿Cómo se enteró de la dificultad para tener hijos?
- ¿Cuánto tiempo antes de llegar a su médico estuvo teniendo relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos?
- ¿Cuál es el diagnóstico que recibió?
- ¿De dónde y quién deviene la dificultad?

Área personal:

- ¿Qué significa ser infértil? ¿Qué es la infertilidad para usted?
- ¿Cómo fue el momento en el que se enteró de su dificultad? ¿Cómo es ahora?
- ¿De qué manera o maneras crees que ha afectado, o no, la infertilidad en su vida?"
- ¿Cómo se siente con la dificultad que tiene para tener hijos?
- ¿Tuvo y/o tiene algún tipo de apoyo de otras personas?

Relación de pareja:

Preguntas generales sobre el antes y el después de su relación una vez que le dieron un diagnóstico de infertilidad

- ¿Cree que la dificultad para concebir afectó o modificó su relación de pareja? ¿Por qué?
- ¿Cómo era su relación antes de llegar las pérdidas y los tratamientos por los que ha pasado?
- ¿Cómo fue cuando se enteró de su dificultad para concebir? ¿Cómo afrontaron, usted y su pareja, el problema?
- ¿Cómo es su relación de pareja desde que se enteraron de su dificultad para tener hijos?
- ¿Cómo es su relación durante y después de los tratamientos?
- ¿Qué dificultades o acercamientos encuentra que se dieron en su relación a partir de conocer su dificultad para concebir? ¿Qué dificultades o acercamientos encuentra que se dieron en su relación a partir de los tratamientos?

Áreas específicas a indagar.

1. Compromiso entre ambos antes y después de saber el diagnóstico.
 - ¿Como manejan sus tiempos en relación a los tratamientos? ¿Quién asiste?
 - ¿Cómo percibe el apoyo de su pareja?
 - ¿Qué cosas realizan que antes no hacían o que actividades hacían que ya no pueden hacer? ¿Cómo lo manejan?
2. Comunicación entre ambos antes y después de saber el diagnóstico.
 - Comunicación de sus sentimientos, emociones, ideas del diagnóstico y tratamientos.
 - Decisiones a tomar en relación a los tratamientos.
3. Relación afectiva y sexual entre ambos antes y después de saber el diagnóstico y durante los tratamientos.
 - Demostraciones de afecto (besos, caricias, palabras)
 - Calidad de relaciones sexuales (deseo, frecuencia, orgasmo, placer)
4. Proyecto futuro conjunto después de saber su dificultad para concebir y de concluir el tratamiento.

¿Cómo ve el futuro con su pareja? ¿Cómo lo imagina o siente? ¿Qué decisiones han tomado? ¿Qué cosas han establecido con el tratamiento y qué ocurre si no funciona?

ANEXO D:**Consentimiento informado**

La presente entrevista forma parte de una investigación académica que busca acercarse a las experiencias de relación de pareja de un grupo de mujeres con dificultades para concebir un hijo. La misma será realizada por la alumna de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú: Joanna Ríos Garaycochea.

Si usted acepta participar se le pedirá responder algunas preguntas sobre su vida personal y sobre su relación de pareja. Esta entrevista tomará aproximadamente 1 hora.

La participación es completamente voluntaria y la información que se recoja será totalmente confidencial, por lo que no se usará para ningún otro propósito fuera de los fines que requiere la investigación ni por ninguna otra persona que no sea la investigadora. Por fines prácticos y para el posterior análisis, la entrevista será grabada en audio. Los resultados obtenidos serán publicados manteniendo el total anonimato del participante y la absoluta confidencialidad del mismo.

Si tiene alguna duda sobre esta actividad, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted todo el derecho de hacérselo saber a la entrevistadora, de no responderlas o retirarse de la misma.

De antemano, se agradece su participación y colaboración.

Acepto las condiciones bajo las cuales se llevará a cabo esta entrevista.

Nombre Completo

Firma

Fecha

ANEXO E:**Áreas y categorías de análisis****El compromiso**

La contención dentro de una burbuja

Cuando el desborde de emociones rompe la burbuja

El hijo como objetivo

La comunicación

Abriendo nuevos y mejores espacios de comunicación

Búsqueda de expresión y contención de emociones

El desborde y los conflictos

El proyecto de vida futuro

La incertidumbre del futuro

Búsqueda de expresión y contención de emociones

El desborde y los conflictos

El vínculo sexual

El tener que y la amenaza a su sexualidad

Compromiso y cuidado

El desborde y los conflictos