

Guía clínica de intervención psicológica de la paciente con esterilidad

JORGE CARREÑO MELÉNDEZ,^a CLAUDIA SÁNCHEZ BRAVO^a

RESUMEN

La esterilidad femenina actualmente es una condición que se ha convertido en un problema de salud pública, por el número de casos acumulados más el incremento en números absolutos. Existe una incidencia de 40 % de factor masculino y 50 % por femenino, el 10 % restante se debe a factores mixtos o desconocidos. Independientemente del origen, es en la mujer donde se reportan la mayoría de síntomas por vivir esta situación. La importancia de generar programas puntuales de intervención es para una mayor eficacia y eficiencia en el abordaje psicoterapéutico en mujeres infértiles. Se propone un modelo de abordaje por niveles; primero es la orientación psicológica para aquellas pacientes que aún no desarrollan los síntomas, la segunda fase de abordaje es la psicoterapia de grupo desde una óptica institucional, es para aquellas mujeres cuyo proceso de tratamiento las ha impactado en la esfera psíquica.

PALABRAS GUÍA: Esterilidad, psicoterapia de grupo, intervención psicológica.

¿QUÉ ES LA ESTERILIDAD?

La esterilidad es la incapacidad de lograr un embarazo en parejas con relaciones sexuales frecuentes, sin que utilicen algún método contraceptivo, por más de un año.¹

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE LA ESTERILIDAD EN MÉXICO Y EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA. DR. ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES (INPERIER)?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 10% de las parejas tienen problema para

la concepción. En México el INPerIER estima que 15 % de las parejas que acuden a esta institución tienen algún problema de fertilidad, por lo que es posible afirmar que este problema se ha constituido en un problema de salud pública. En números absolutos, las pacientes que solicitan ingreso a la institución cada año son 1,060, cifra que sumada a los casos acumulados, nos da un número importante de pacientes con esta dificultad en la vida reproductiva. Los datos que se tienen alrededor del mundo indican que la esterilidad es un fenómeno que trasciende a la cultura.

Existe una diferencia mínima entre los porcentajes de esterilidad por sexo, 50% son debidas al factor femenino y 40% al factor masculino, aproximadamente 10% puede tomarse como factor inexplicado.

En nuestro país, el porcentaje global de esterilidad va en aumento. Esto se incrementa, debido a que existe una tendencia a posponer el inicio de la reproducción a edades más avanzadas (después de los 30 años), cuando la fertilidad fisiológica en ambos sexos empieza a declinar. Existen otros factores causantes también de

^a Investigadores del Departamento de psicología Instituto Nacional de Perinatología

Correspondencia:
Jorge Carreño Meléndez
Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes.
Montes Urales Montes 800, Col. Lomas de Virreyes CP 11000,
México D.F.
Correo electrónico: Jocame2003@yahoo.com

Recibido: 11 de diciembre de 2006.
Aceptado: 9 de febrero de 2007.

la esterilidad: el aumento de enfermedades de transmisión sexual, la automedicación, el sobrepeso, las dietas severas, así como la exposición a condiciones medio-ambientales adversas.

En algunos estudios se ha observado que las reacciones de depresión y ansiedad ante este problema no son las únicas. Las reacciones emocionales básicas que se presentan a lo largo del diagnóstico y tratamiento son diversas: problemas de adherencia terapéutica, alteraciones en la relación de pareja, problemas de la vida sexual, dificultades con la familia de origen y política, aislamiento, quejas somáticas frecuentes (las mujeres demandan un mayor número de consultas ginecológicas), abandono de actividades escolares y laborales en el transcurso del padecimiento. Los hallazgos indican que en la evolución del cuadro de esterilidad, de 25 a 30% de las pacientes afectadas, presentarán alteraciones en su vida cotidiana en algún momento de la fase de diagnóstico y tratamiento.²

¿CUÁLES SON LAS REACCIONES EMOCIONALES DE LA MUJER ESTÉRIL?

Las reacciones emocionales de la mujer ante un diagnóstico de esterilidad, pueden ser alteraciones leves, moderadas y severas; a su vez, la reacción de la sintomatología general dependerá de la presencia de variables mediadoras, como: la autoestima, el *locus* de control, el tipo de afrontamiento, el rol de género, el periodo de evolución, el tipo de asertividad. La combinación de estas variables tendrá un efecto protector o facilitador para el desarrollo, o no, de la sintomatología.

La mayoría de las pacientes con esterilidad presentarán síntomas reactivos conocidos como malestar psicológico. Se estima que alrededor de 5% de las pacientes mostrarán una patología franca y clínicamente catalogada como tal. El tipo de síntomas es un indicador de cómo la paciente enfrenta el conflicto, ya sea con respuestas adaptativas o desadaptativas.²

Otros factores que también influyen en las reacciones emocionales de la mujer estéril, son los siguientes:

- **Periodo de evolución del padecimiento.** Este factor es determinante en la manifestación de los síntomas. De acuerdo a datos e informes de

investigación realizados en el INPerIER, se tiene lo siguiente: durante los primeros cinco años, los síntomas reportados por las pacientes serán de tipo depresivo; de los seis a los 10 años, los síntomas son del tipo ansioso; mientras que cuando la paciente tiene 10 años o más de evolución, frecuentemente serán de tipo depresivo.³

- **Apego excesivo a un rol de género** (como machismo o sumisión). Esto muestra la alta necesidad que tiene la paciente, de que el hijo fantaseado dé significado y revaloración a su identidad como mujer.
- **Asertividad.** Ya sea la asertividad por medios indirectos, así como la no asertividad, son mecanismos que muestran la estrecha relación con la sintomatología reportada.
- **Sensación de baja autoestima.**
- **Estrategias de afrontamiento.** Preferentemente de tipo evitativo.¹⁻³

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ESTERILIDAD?

La esterilidad provoca la emergencia de una serie de recursos adaptativos que operan a través de determinadas respuestas psicosociales. La infertilidad afectará de forma distinta a cada persona y en esa particularidad de la respuesta, jugarán un rol factores como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y también los estilos personales de afrontamiento a situaciones adversas. Finalmente, el acceso a un adecuado tratamiento, también incide en la respuesta psicológica: si la respuesta es desde una condición psicopatológica, o bien, desde una condición de salud. Por lo que la calidad de la respuesta ante el evento será clave.

Categorías diagnósticas

El grado de incapacidad determina el componente u origen de la respuesta, como un evento reactivo o una psicopatología. Las categorías que se proponen, forman parte del eje IV, de los problemas ambientales vitales negativos. Las siguientes características se utilizan cuando la sintomatología no cumple los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 4 (DSM-IV, por sus siglas en inglés).⁴



1. Malestar psicológico

- **Reactivo a la esterilidad.** El diagnóstico se realiza cuando la paciente manifiesta modificaciones psicológicas reactivas a la esterilidad (ha pasado al menos un año del diagnóstico del padecimiento) y las modificaciones no son debidas a un trastorno del Eje I. La paciente manifiesta cambios en el estado de ánimo como reacciones depresivas y/o ansiosas y labilidad emocional, pero éstos no son lo suficientemente graves para cubrir los criterios diagnósticos de los manuales ya citados. Existe una manifestación acusada de autoestima baja, autoconcepto bajo, sumisión o machismo (como rol de género), marcada dificultad para disfrutar de lo que anteriormente hacía la paciente, descontrol en la ingesta de alimentos (mayor a 5% del peso corporal), excesiva dependencia (pareja, familia y amistades), miedo en distintas facetas de su vida, incremento en la necesidad de aprobación y alteraciones de la vida sexual.
- **Por esterilidad con alteraciones en la vida de pareja.** Se presenta cuando a partir del diagnóstico de esterilidad, la pareja busca un responsable por no lograr el embarazo; lo que genera un malestar en la convivencia, exclusivamente por la falta de un hijo.
- **Por esterilidad con problemas con la familia de origen o política.** Se presenta cuando la paciente es objeto de descalificaciones y presiones por parte de algún familiar, lo que le generan a la paciente, llanto y tristeza por no cumplir con las expectativas familiares.
- **Por esterilidad con problemas de relación con el entorno.** El malestar se presenta cuando la paciente vive con culpa y vergüenza por no lograr el embarazo, por lo que recurre al aislamiento.
- **Por esterilidad con alteraciones sexuales.** La paciente manifiesta una modificación en la frecuencia y calidad de la vida sexual (en forma aguda o crónica), a partir de un procedimiento médico de reproducción asistida o coito programado. El malestar se manifiesta al no disfrutar la relación con periodos alternados (por ejemplo, la

paciente indica tener relaciones sexuales únicamente con el objetivo de lograr el embarazo).

- **Por esterilidad con modificación en la toma de decisiones.** El diagnóstico se presenta cuando el problema se reduce a situaciones que le plantea el tratamiento, lo cual es lo suficientemente inadaptable para generar malestar agudo o crónico en la paciente. Por lo cual, aparecen cambios en la conducta habitual de la paciente (por ejemplo, ¿cuánto tiempo va a estar sometida a un programa de reproducción asistida?) Esto puede alterar diferentes circunstancias: ya sea durante el tratamiento, la vida en pareja, o bien, abandono o permanencia del trabajo o la escuela.

El malestar psicológico en casos de esterilidad puede ser:

- **Leve.** Cuando la paciente a consecuencia de sus tratamientos presenta modificaciones en su estilo de vida de manera difusa (por ejemplo, no disfruta algunas de sus actividades).
- **Moderado.** Se presenta cuando la paciente a consecuencia de sus tratamientos inicia modificaciones en su entorno inmediato y al menos han pasado cinco años de evolución del padecimiento, en tres de sus actividades principales: escuela, trabajo y familia, el resto de sus actividades permanecen sin cambio.
- **Severo.** Ocurre cuando la paciente a partir de su diagnóstico presenta cambios radicales en su estilo de vida, y manifiesta más de cinco síntomas: alta dependencia, aislamiento, alteraciones sexuales, culpa, autoestima baja, descontrol en la ingesta de alimentos, dificultades para dormir, dificultades en la toma de decisiones, miedo recurrente al tratamiento u otras actividades, más de ocho años de evolución del padecimiento.

2. Trastornos y esterilidad

Se recurre al eje I para su diagnóstico y pueden además presentarse:

- Disfunciones sexuales.
- Depresión.
- Distimia.
- Trastornos de ansiedad.
- Psicosis.
- Trastornos de personalidad.

3. Modificaciones Conductuales (Figura 1).

- Cambios en la conducta habitual.
- Llanto excesivo.
- Labilidad afectiva.
- Cambios en el apetito.
- Patrones de sueño.
- Alteraciones sexuales.
- Culpa, vergüenza, temor a la crítica.
- Dificultad en la toma de decisiones.
- Temor a procedimientos médicos, diagnósticos y tratamientos. Se tendrá que trabajar sobre este tema, ya que se encuentra como base una importante constelación sintomatológica que la paciente refiere como múltiple, diversa y difusa, sin lograr encuadrarla en un tema en particular, la cual generalmente remite cuando se da un abordaje de orientación.

4. Manifestaciones sintomáticas

- De ansiedad.
- De depresión.
- Quejas somáticas múltiples.

5. Problemas relacionales

- Pérdida inexplicable de amistades.
- Conflictos con la familia política.
- Dificultades conyugales.
- Dificultades en otras áreas (trabajo, escolaridad).
- Adherencia terapéutica deficiente.
- Aislamiento.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ADECUADO PARA LA MUJER ESTÉRIL?

El Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, consideran primordialmente dos niveles de intervención psicológica:

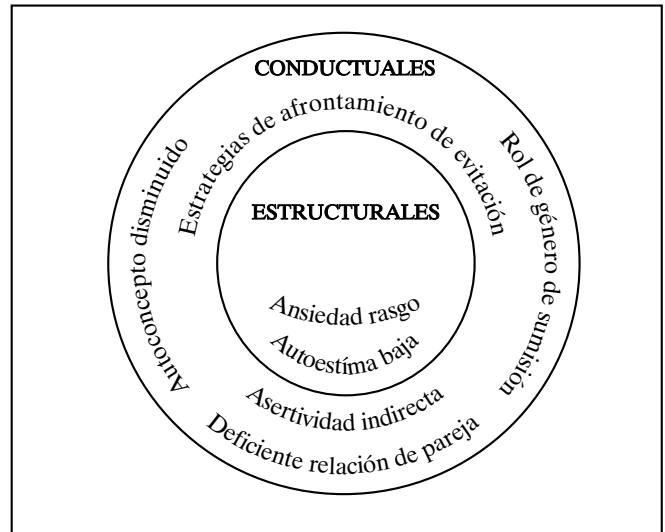


Figura 1
Factores de riesgo estructurales y conductuales para presentar malestar psicológico

Primer nivel

En este nivel, la intervención es de carácter informativo. Se procede a proporcionar a la paciente un marco de referencia que le permita reconocer los procesos psicológicos que se desarrollan a lo largo de su diagnóstico y tratamiento, los objetivos a desarrollar son los siguientes:

- Esclarecer los factores que ocasionan la esterilidad, descartando los de origen psicológico.
- Explicitar las posibles manipulaciones afectivas a las que puede ver sometida luego del diagnóstico, las cuales pueden provenir de la pareja, sus familiares o amistades.
- Identificar el efecto emocional que puede presentar cuando no se logra el embarazo.
- Clarificar que los procedimientos médicos no siempre garantizan el éxito de un programa de reproducción asistida.
- Planificar en forma conjunta el tratamiento de la paciente para lograr una mayor adherencia terapéutica.

Este tipo de atención está dirigida para aquellas pacientes que muestran dudas con respecto a su tratamiento y a la adherencia terapéutica, o bien, no se encuentra la presencia de sintomatología base de



importancia, manifestada como malestar psicológico.⁵

Segundo nivel

En este nivel se requiere de una intervención especializada y de un manejo psicoterapéutico.

- **Manejo psicoterapéutico.** Cuando la paciente con diagnóstico de esterilidad asiste a la entrevista clínica por primera vez, con frecuencia es posible observar que los múltiples síntomas de la depresión la han rebasado (foco de síntomas). Las presiones sociales de la familia o de la pareja (para que logre el embarazo) contribuyen en forma significativa para que la paciente presente dicha sintomatología.

Pueden ampliarse las indicaciones terapéuticas ya que con frecuencia se observa que las mujeres estériles tienen temores y fantasías generadoras de síntomas, ya sea por la ruptura de la relación de pareja, la falta de un hijo, o por las experiencias frustrantes debidas a tratamientos fallidos (tanto por esterilidad como por reproducción asistida). Cada tratamiento que termina en fracaso, mina en forma importante los recursos psicológicos de la paciente. Cada fracaso implica que la posibilidad de embarazo es más remota. Así, el estado emocional de la paciente se vulnera con el paso del tiempo, al no obtener el resultado esperado.

Durante el primer año de diagnóstico y tratamiento, como parte del proceso terapéutico, puede esperarse que las pacientes muestren sintomatología psicológica, ya sea en forma de ansiedad o depresión. Sin embargo, cuando el proceso se prolonga por más de un año y se vive como una situación crónica, puede hablarse de que aparece otra fuente de sintomatología, la cual tendrá que explorarse en el pasado e historia de vida de la paciente (foco del pasado).

Focalizar en el pasado sirve para indagar su grado de autoestima, tipo de orientación de género, estilos de afrontamiento, relaciones con padres, construcción de la autoestima y el autoconcepto, modos de afrontamiento, tipo de *locus* de control. En fin, todos aquellos aspectos que den cuenta de la subjetividad de la persona, cómo ha resuelto las conflictivas

maduracionales que se le han presentado, su elección vocacional, de noviazgo, su manejo de la dependencia-independencia de la pareja actual, de los padres, del médico o, en forma más general, del entorno psicosocial.

Algunas parejas llegan a separarse pues este padecimiento los afecta fuertemente y de manera diferente. Esto provocan distanciamiento, y en ocasiones el abandono del tratamiento por parte del varón. Frente a esto, la mujer se siente abandonada y sin apoyo. Surge resentimiento, depresión y sentimientos de soledad, no sólo por el fracaso del embarazo, sino por la pérdida de cercanía y la convivencia marital. El acto sexual se realiza en días preestablecidos por el médico, sólo para la concepción, lo que se informa como pérdida de la espontaneidad y disminución del vínculo afectivo, lo que a su vez genera separación y falta de deseo. Ante la imposibilidad del maternaje-paternaje, la pareja modifica su proyecto de vida, éste gira en torno a ser padres. Por lo que la resolución dependerá en mucho de la estructura del individuo.

El mantener como fuente importante de gratificación conyugal el paternaje-maternaje y que esto esté íntimamente ligado a la identidad de las personas y con la sensación de fracaso frente a los tratamientos, la pareja se torna pasiva ante la problemática que tienen que solucionar con la convivencia. De esta manera, la pareja vive y enfrenta la frustración buscando diferentes recursos que la lleven a compensar la vivencia; si no los tiene, sucumbe a la erosión y finalmente sobreviene la disolución del vínculo.

- **Planeación de la psicoterapia de grupo**

- **Objetivos.** Erradicar síntomas, objetivación de la posibilidad del hijo (erradicar miedos irracionales y planeación del tratamiento). Desmitificar la maternidad (rol de género). Modificar la relación con objetos parciales (pareja, familia de origen y política). Planear alternativas (vida con y sin hijos). Incrementar la autoestima (la maternidad como núcleo de la valoración).
- **Características del grupo.** La población que ingresa al grupo son mujeres que asisten para su atención relacionada con alteraciones

en la vida reproductiva (esterilidad). Paralelamente, la problemática se asocia a dificultades psicológicas que tienen como consecuencia, desde el punto de vista de ellas, el no poder llevar de forma adecuada sus relaciones individuales, familiares, de pareja y sociales.

La psicoterapia que se proporciona al grupo es de objetivos limitados, en donde se persigue la eliminación de síntomas del malestar psicológico. Así mismo, se propone establecer una estrategia de prevención de problemas comprometedores en el equilibrio de la personalidad y una modificación de los problemas incapacitantes. Como último objetivo, se pretende reestablecer el equilibrio de la vida psíquica, para que la mujer pueda asumir una valoración propia, independientemente de su capacidad para tener embarazos.

- **Objetivos del grupo.** Este tipo de grupos, por sus características, aportan elementos que sirven o favorecen la elaboración y el manejo discriminado de conflictos (aprendizaje en espejo). La catarsis es otro aspecto emocional que no puede escapar de los objetivos de la terapia grupal. Puede también coadyuvar al esclarecimiento de motivaciones inconscientes de la maternidad, así como, favorecer la motivación para la consecución de objetivos, apoyándose en el aprendizaje a través de la autoobservación. Al conseguir los objetivos anteriores, se estará apoyando a la mujer para tener un marco de referencia que le permita un análisis más apropiado de la realidad. Algo importante de señalar es el hecho de que en el abordaje en grupo, no se puede fijar como objetivo que las participantes logren o desistan de la idea de alcanzar un embarazo.

ENCUADRE

Esta técnica consiste en la formación de un grupo de larga duración, que a lo largo de 10 años funciona como un grupo abierto, con reemplazo de sus miembros que cumplen de 12 a 15 sesiones. El límite máximo del grupo es de 15 pacientes. La sesión es semanal con una duración de 90 minutos. Las pacientes pueden provenir de un programa de esterilidad o de

reproducción asistida, con diagnóstico principal de trastorno adaptativo con depresión, ansiedad o mixto y la presencia de malestar psicológico. Se excluyen a mujeres que están en proceso de duelo.

Técnicas terapéuticas (Figura 2)

La orientación que se da al grupo, desde el punto de vista técnico, es la de la Psicología Clínica y de la salud, en donde el instrumento básico es la interpretación, sin dejar de lado las técnicas auxiliares de esclarecimiento, señalamiento, confrontación, estrategias de contención y acompañamiento. En algunos momentos se funciona como auxiliar del yo, mediante sugerencias muy puntuales que permitan a la paciente tomar decisiones, sin correr riesgos, como por ejemplo, vender propiedades para un procedimiento de reproducción asistida sin garantizar el éxito. La prueba de realidad implica que la paciente puede quedar sin casa y sin hijo, ya que los métodos de reproducción asistida tienen una tasa de éxito de 15 a 18 %, tanto en México como en otros países del mundo.

Manejo de los síntomas

Durante las primeras intervenciones terapéuticas, se reconoce que las pacientes aprenden a expresar su problemática emocional a través de las quejas somáticas. Se ha observado que aquellas mujeres que hacen referencia en forma constante a dolores físicos y alteraciones provocadas por el medicamento para la fertilidad, subyacen aspectos emocionales. Así, el malestar es la forma de demandar apoyo y acompañamiento por parte del personal de salud o la pareja. Muchos síntomas son maniobras defensivas, que en ocasiones funcionan como fuente de negación de otro tipo de conflictiva.

Los objetivos que se fijan en el proceso psicoterapéutico son los pasos que permiten el conocimiento de los mecanismos grupales con focalización en los síntomas. En primer lugar, el trabajo tendrá que orientarse hacia la supresión de síntomas. Es común que la paciente refiera como síntomas principales: el aislamiento, falta de deseo o alteraciones de la sexualidad, dificultades en la relación familiar, tanto de la familia de origen como política; otro síntoma de alteración emocional tiene que ver con el impulso hacia la ruptura de pareja. A lo largo del proceso, con frecuencia se encuentran pacientes que refieren síntomas diversos, originados



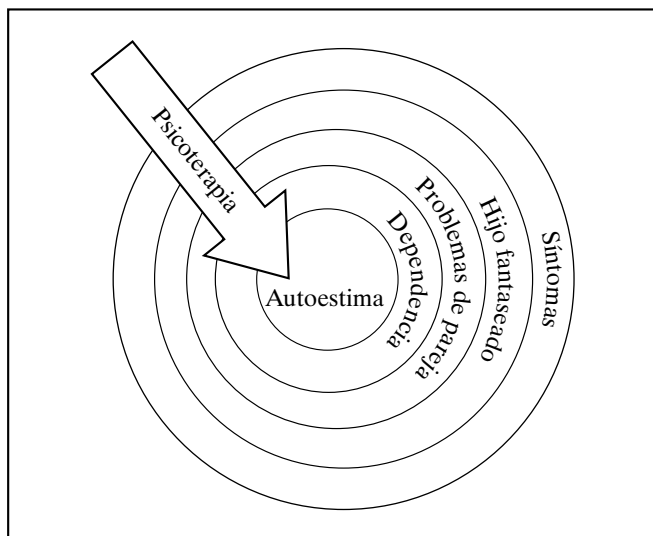


Figura 2
Modelo de atención
para pacientes con esterilidad.
Fases de abordaje en psicoterapia breve.

por la sensación de que viven en un mundo donde no son comprendidas, al tener una atención selectiva en torno a los embarazos y niños, se sienten víctimas de señalamientos por la imposibilidad de lograr el embarazo.

El aislamiento, por ejemplo, tiene que ver con la vergüenza de enfrentar a las personas de su entorno. La vivencia del ambiente se experimenta como un entorno hostil por lo que una forma de manifestarlo es aislándose. La envidia de que mujeres de su alrededor estén embarazadas o hablen en forma cotidiana sobre el progreso de los hijos pequeños, las confronta con el padecimiento. El sentimiento de culpa es otro síntoma que puede observarse y puede tener su origen en la sexualidad. Cuando ésta se ejerció durante el noviazgo o la persona cuenta con una historia de abortos provocados, la culpa inviste todas las actividades. Es la forma de darle sentido al ponerla en un evento real y de esta forma explicarse todo lo que siente, en un intento por tener control sobre el evento. Haber tenido múltiples parejas sexuales, el aborto provocado durante la adolescencia o el inicio de la vida sexual durante la época del noviazgo, son circunstancias que deben analizarse en el contexto en el que ocurrieron, ya que al momento de tomar la decisión, la situación de vida y condiciones son muy diferentes a las actuales. La problemática de

la vida sexual emerge cuando las pacientes son sometidas a coito programado, puesto que la sexualidad en ocasiones se altera, lo que en algunas ocasiones llega a convertirse abiertamente en una disfunción sexual.

El abordaje tiene que proporcionarse dentro de un marco de referencia donde pueda reconocerse que algunos cambios que la mujer está experimentando durante el tratamiento, son los esperados. El discurso grupal girará en torno a todos estos síntomas en forma generalizada. Se puede caer en la tentación de resolver todas las dudas de las participantes (supuesto básico dependencia); sin embargo, en esta fase el señalamiento y la interpretación, se realizan en forma frecuente para evitar la dependencia.

Conjuntamente, al señalar la dependencia durante estos primeros momentos del grupo, el trabajo psicoterapéutico gira en torno a la cohesión grupal para favorecer el trabajo. La catarsis en este tipo de grupos (desde la perspectiva de la paciente) es lo prioritario; mientras que desde la visión técnica, es sólo un elemento que contribuye a la disminución de los síntomas. Un principio básico que subyace dentro del grupo, es que las personas con la misma condición pueden entender ampliamente las sensaciones que están viviendo, y que no son las únicas que tienen este padecimiento. De manera que al hablar de la esterilidad, les permite romper con el aislamiento y la fantasía (mediante un proceso de acompañamiento) al reconocer que ellas no son culpables del padecimiento, ya que es una circunstancia de vida.

Manejo del hijo fantaseado

Un segundo momento, es señalar que el discurso manifiesto girará en torno a la idealización del hijo. Las mujeres del grupo suponen que éste es el principal responsable de que la vida cambie. Esperarán tiempos mejores, los cuales llegarán cuando el hijo nazca, será entonces cuando: podrán retomar el trabajo, la profesión, adecuar la relación de pareja, mejorar las relaciones sociales y familiares, lograr el autocuidado (peso, atención a la salud o límites con el entorno).

Al interpretar el contenido latente, la intervención se dará en torno a que la paciente asuma su responsabilidad de vida. Es decir, el hijo no es el “Mesías” (supuesto básico de apareamiento), el posponer todo lo señalado tiene que ver con el hecho

de que la esterilidad orgánica se ha convertido ya, en una esterilidad de vida. Frente a esto, la pasividad es una fuerte aliada que la paciente, tiene para sí misma. Esto es, la “excusa” adecuada para no empezar a corregir el abandono en el que vive. Frente a esto, la paciente tiene que hacer la *prueba de la realidad* como objetivo terapéutico, la cual le permitirá reconocer que, además de esperar un hijo, ¿qué va hacer por ella misma, independientemente de que el hijo llegué o no? Este periodo es de suma importancia, ya que el confrontarla con su pasividad y su dinámica, el conflicto que se genera, en ocasiones hace que ella deserte del grupo (supuesto básico del ataque-huida). Por lo que el trabajo en grupo debe orientarse como estrategia de contención y acompañamiento, para así lograr su permanencia en psicoterapia.

Manejo de la situación de Pareja

La mayoría de las pacientes tienen el impulso de separarse, ya que la esterilidad es motivo de vergüenza. La vivencia de sentirse mujeres incompletas, las lleva al *acting out*. La subjetividad de la vivencia refuerza en la mujer, en el ámbito inconsciente, la necesidad de otorgar un nuevo sacrificio, dejando a la pareja en “libertad de tener hijos con otra”. Entonces se presentan síntomas como celos, envidia y dificultades por situaciones que anteriormente eran parte de su mundo cotidiano libre de conflicto. Estos síntomas son mecanismos proyectivos donde se busca aliviar la angustia por no lograr el embarazo. Con frecuencia se observa sumisión en la mujer con actitudes de abnegación y con una amplia capacidad de soportar el sufrimiento, lo cual no evita, sino que lo exhibe. Asimismo, muestra dependencia, conformismo y timidez frente al varón. La sumisión y la dependencia se relacionan con mayor frecuencia, con síntomas de depresión y ansiedad. El interpretar y señalar como es que está manejando su problemática de esterilidad, el mostrar sumisión como rol de género, no le garantiza necesariamente, que la pareja continúe a su lado; por el contrario, esta actitud sólo va a incrementar su sufrimiento, ya que su vivencia es que el esposo le hace un “favor” al seguir unido y no darle hijos. En muchas ocasiones, las mujeres permiten situaciones de infidelidad, presiones y chantajes, con tal de no perder a la pareja. El trabajo en esta fase está orientado en poner límites claros frente a la pareja, reconocer

que existen más elementos que llevan a continuar la relación, con o sin hijos. Por lo que, sólo una relación basada en la igualdad podrá disminuir los síntomas al reconceptualizar lo que es una pareja.

Manejo de la dependencia

La dependencia explica la cuestión histórica acerca de la elección de objeto. La forma en la que se establecen los vínculos actuales durante el proceso terapéutico, se observa en el fenómeno de la transferencia, el cual es uno de los marcadores que permiten establecer el grado de avance de una paciente en tratamiento.⁹ Durante la observación de los procesos, el fenómeno es un elemento fundamental que se encuentra presente en todas las dinámicas grupales, dentro de la técnica psicoterapéutica, es primordial para el análisis de los acontecimientos en cada una de sus etapas.

Transferencia como fenómeno de dependencia

Desde la perspectiva de la Psicología Clínica, la figura del terapeuta se vuelve tan importante, por lo que se crea una alta demanda de las pacientes del grupo (supuesto básico de dependencia) al ver en la figura actual una fuente de displacer, se deposita la transferencia en el *aquí y el ahora*, se presentan impulsos hacia el terapeuta; debajo de ésta opera el supuesto básico del *ataque-huida*. Mediante la interpretación, se tienen que lograr la disección de estos sentimientos tanto en su expresión positiva de gusto, curiosidad, tranquilidad, como las negativas de temor, angustia, envidia y enojo, para lograr la elaboración del proceso secundario, con esto lograr un mejor ajuste a la realidad.

Manejo de la autoestima

La última instancia abordada en un proceso grupal es la reconstrucción de la autoestima. En muchos casos, el concepto de las mujeres con esterilidad se ve afectado por la sensación que tiene ellas de estar incompletas o ser menos femeninas. El incremento en la autoestima se ve enmarcado por logros personales, profesionales, familiares, e intelectuales. Estos referentes empiezan a perder sentido en las mujeres, al percatarse de que no pueden tener hijos, por lo que las pacientes pierden el sentido y entusiasmo por actividades que anteriormente les eran satisfactorias.²⁻⁵



El concepto de valía propia tiene su fundamento en pensamientos, sentimientos y sensaciones que se suman a lo largo del desarrollo de la historia personal. El sentimiento de autoestima tiene su inicio en la infancia y pasa por varias etapas hasta lograr su integración. El resultado final es una sensación de valía o incapacidad. La autoestima, por lo tanto, puede considerarse como rasgo, estado, estructura y proceso.⁶

Según Freud (citado en Cardenal),⁶ la valoración de sí mismo, que se presenta a lo largo de la vida tiene tres vertientes: una primaria, derivada del narcisismo infantil; la segunda, es la de la omnipotencia, confirmada por la experiencia del cumplimiento del ideal; y, la tercera, es cuando el sujeto logra ser amado o correspondido.⁷

Clínicamente cuando una paciente habla del abuso sistemático por parte de algún familiar o persona encargada de su educación, se está frente a una mujer con autoestima baja, lo mismo sucede cuando se habla de sobreprotección durante la infancia y la adolescencia, ya que no se adquieren las reglas fundamentales de autocuidado para sortear las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto es, la paciente vive con la sensación de que nació sin lugar en el mundo. Aquí es donde inician, una serie de síntomas que se expresaran como una sensación de vacío y soledad.

En la última fase que se propone, durante el proceso que vive el grupo de trabajo,⁸ se abordarán aquellos elementos arcaicos como la construcción (subjetiva) de la autoestima.⁹⁻¹² Se ha observado que una autoestima alta tiene que ver con una

dependencia interna, lo que da una mayor posibilidad de manejar la conflictiva de la esterilidad en forma eficaz. La autoestima baja tiene que ver con dependencia del medio, por lo que la mujer infértil lo vive intensamente y es más vulnerable frente a los tratamientos. Dentro del grupo, algo que las identifica y que comparten entre sí, es la dependencia del medio. Con frecuencia están atentas a los comentarios sobre su fertilidad y su capacidad para lograr el embarazo, elementos que experimentan como un impacto a su valoración como mujeres.

Problemas en el manejo

Las observaciones clínicas con frecuencia indican que las pacientes de difícil manejo, son aquellas que tienen aunado al problema de esterilidad el de obesidad. Este tipo de pacientes manifiesta que es más difícil seguir las indicaciones del personal de nutrición, ya que frecuentemente, cuando inician su proceso de reeducación alimentaria, tienden a incrementar su peso. Por lo que, en general, este tipo de pacientes pasan por tres procesos de evolución: disminución escasa o nula de peso, baja adherencia al tratamiento y abandono del tratamiento y del grupo de psicoterapia. Así los síntomas de las pacientes persisten y existen escasos logros en el control de su peso.

También las pacientes que han sido diagnosticadas previamente con algún trastorno de personalidad o psicosis, se deberá hacer un abordaje terapéutico individual, ya que este tipo de pacientes no son candidatas para su manejo dentro de un grupo terapéutico.

ABSTRACT

Today, feminine sterility has become a public health issue because of the increase of cases compiled plus the growth in absolute numbers, giving a 40 % of men, 50 % of women, and 10 % to mixed or unknown factors. Regardless of its origin, women are reported to present more psychological symptoms related to their infertility situation. Creating specific intervention plans is important to increase the efficacy and efficiency of the psychotherapy of sterile women. An Intervention Model through different levels is proposed. The first part is the psychological orientation for those patients who haven't developed any symptoms yet; the second one is the approach of Group Therapy from an Institutional point of view, targeting women whose treatment process has affected their psychological sphere.

KEY WORDS: *Sterility, group therapy, psychological orientation.*

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Perinatología Manual de normas y procedimientos en ginecología. México D.F.: INPer; 1990.
2. Carreño MJ. Rol de género, asertividad y autoestima en mujeres estériles con distintos niveles de depresión y ansiedad. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM; 2003.
3. Carreño MJ, Morales CF, Martínez RA. Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11: 176-83.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. Ed.) Barcelona, España: Masson; 1994.
5. Carreño MJ. Programa de Atención a la paciente Estéril. *Rev Psicol Iberoam* 1994; 2: 63-70.
6. Cardenal HV. El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Málaga: Aljibe; 1999, p. 124-36.
7. Tuber S. Freud S: Fundamentos del psicoanálisis. Madrid, España; Ed. Edaf y Morales; 2000, p. 66-72.
8. Fiorini H. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires Argentina: Ed Nueva visión; 1997.
9. Carreño MJ, Bustos LH, Morales CF. Cambios emocionales ante el éxito en un programa de reproducción asistida. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 11: 89-94.
10. Carreño MJ, Morales CF, Sánchez BC, González CG, Martínez RS. Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17: 80-90.
11. Carreño MJ. Aspectos emocionales de la infertilidad. En: INPer Psicología de la Reproducción Humana (un enfoque integral): México D.F.: Ed. Trillas; 2002, p. 117-37.
12. Carreño MJ, Morales CF, Aldana CE, Flores MA. Depresión y Ansiedad en Distintos Periodos de Evolución de la Esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2000; 1: 14-20.