

Caillet Bois Ana Valentina

Licenciatura en Psicología



“Deseo de maternidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural”

Efectos psicológicos

RESUMEN

El presente trabajo consiste en un estudio de casos de carácter exploratorio que se propuso conocer cómo participan los aspectos contextuales, psicológicos y socio-culturales en la relación entre deseo de maternidad e infertilidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural. Su desarrollo se fundamenta en un concepto de maternidad que trasciende e integra la perspectiva biológica en la definición de un complejo fenómeno multidimensional y fuertemente inscripto en la historia vital y familiar de cada mujer. La recolección de datos, con una muestra de cuatro casos, se realizó a través de entrevistas semidirigidas, orientadas a indagar las vivencias y significados construidos respecto de la problemática en estudio. El análisis de los datos consistió en tres procedimientos principales: a) descripción general de cada caso considerando tres variables: maternidad, infertilidad y deseo de maternidad, con sus respectivas dimensiones e indicadores; b) caracterización de los momentos que conforman el proceso de búsqueda del hijo y los significados que éstos adquieren desde la perspectiva de las entrevistadas; y c) comparación entre casos identificando las diferencias y regularidades más significativas. Tras este análisis se pudo constatar que la expresión del deseo materno a partir del diagnóstico y tratamiento de problemáticas de infertilidad se configura de manera individual según diferentes factores como: personalidad, relación de pareja, significados atribuidos a la maternidad, conformación del entorno, entre otros. De todos modos, fue posible hipotetizar algunas regularidades que dan cuenta de dos tendencias generales. Sintéticamente, en la primera de ellas (tendencia A) el deseo materno se construye reflexivamente y la maternidad se significa como elección libre complementaria de otras metas y ámbitos de la vida. Además, un posicionamiento seguro y resolutivo se conjuga con sentimientos de optimismo facilitando una vivencia no traumática del proceso. La segunda tendencia (B) se caracteriza por la naturalización del deseo materno como expectativa heredada, la significación de la maternidad como destino ineludible y una vivencia de profundo dolor psíquico durante el proceso, primando sentimientos de frustración, desánimo, injusticia, culpa y desorientación, entre otros.

Palabras claves: Deseo materno – maternidad- infertilidad – dimensión contextual – dimensión socio-cultural –aspectos psicológicos

ABSTRACT

This paper is an explanatory case study aimed at understanding how the contextual, psychological and socio-cultural dimensions affect the relation between the desire for motherhood and infertility in women who cannot have children naturally. The development of this research is based on a concept of motherhood that transcends and integrates the biological perspective with the definition of a complex and multidimensional phenomenon which is strongly rooted in the life history of each woman and family. Data collection, with a sample of four cases, was carried out through semi-structured interviews, aimed at investigating the experiences and meanings constructed on the problem under study. The data analysis consisted of three main stages: a) the general description of each case considering three variables: motherhood, infertility and the desire for motherhood, with their respective dimensions and indicators; b) the characterization of the moments that are part of the conception process of pregnancy and the meanings they acquire from the interviewees' perspectives, and c) the comparison of cases identifying the most significant differences and regularities. After the analysis, it was possible to identify that the manifestation of maternal desire from diagnosis and treatment of infertility problems is individually created according to different factors such as personality, relationships, meanings attributed to motherhood, the environment, among others. Nevertheless, it was possible to hypothesize some regularities that account for two general tendencies. Briefly, in the first one (tendency A) the maternal desire is built thoughtfully and motherhood is considered a matter of free choice that complements other goals and areas of life. In addition, a consolidated positioning is combined with feelings of optimism facilitating a nontraumatic experience of the process. The second tendency (B) is characterized by the naturalization of the maternal desire as an inherited expectation, the significance of motherhood as unavoidable destination and an experience of deep psychic pain during the process, prioritizing feelings of frustration, despair, injustice, guilt and disorientation, among others.

Keywords:

Maternal desire – motherhood – infertility - contextual dimension - socio-cultural dimension - psychological aspects

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no se habría podido realizar sin la colaboración de muchas personas que directa o indirectamente me han brindado su ayuda, sus conocimientos y su apoyo. Quiero agradecerles a todos ellas por cuanto han hecho por mí, para que este trabajo saliera adelante de la mejor manera posible.

Agradezco a todos los profesores que de alguna manera participaron en este proceso.

Debo agradecer a cada una de mis amigas por brindarme su ayuda en este largo y difícil proceso, sin ellas este camino iniciado hace unos años no hubiera podido ser posible.

También quiero agradecer a mi familia que de manera incondicional me acompañó en todos estos años a mi papá, mi mamá y mis hermanos del alma.

Agradecer a mi compañero y mi hija que sin su amor, cariño, paciencia este camino no hubiera podido llegar a su fin.

Finalmente dedicarle este trabajo y la Licenciatura a cada una de estas personas que forman y formaran parte de mi vida y muy especialmente se lo quiero dedicar a mi mamá.

INDICE

	Págs.
• Introducción	7
• Primera parte: Fundamentación y antecedentes	9
• Segunda parte: Objetivos	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos.....	15
• Tercera parte: Marco teórico	16
Capitulo 1: significado de la maternidad y deseo materno	17
1.1. Maternidad e historia	17
1.2. La maternidad como construcción socio-cultural	22
1.3. Perspectiva psicológica acerca de la maternidad	25
Capitulo 2: mujeres infértiles, efectos psicológicos de la infertilidad y tratamiento	29
2.1. Esterilidad e infertilidad. Definición, causas y tratamientos	29
2.2. Infertilidad y contexto social	34
2.3. Infertilidad y sentimientos relacionados	35
• Cuarta parte: Metodología	41
Tipo y diseño de investigación	42
Población y muestra	42
Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	43
Procedimiento y estrategias de análisis	43
• Quinta parte: Análisis	47
5.1 Análisis en profundidad de los casos	48
5.2 Análisis comparativo entre casos	82
• Conclusiones.....	86
• Bibliografía	94

• Anexos	98
----------------	----

INTRODUCCION

Sabemos que la maternidad no sólo es un hecho natural, sino principalmente una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por normas que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida. Desde esta perspectiva, se asume el entrecruzamiento de condiciones etarias, históricas y contextuales que definen el carácter polisémico de la experiencia de maternidad.

En este sentido, abordar la problemática de la *infertilidad* también supone trascender su dimensión estrictamente biológica para considerar sus implicancias psico-sociales en tanto crisis vital y multidimensional. Respecto del amplio conjunto de impactos o efectos emocionales y psicológicos asociados, estudios previos revelan elevados niveles de estrés y una serie de sentimientos negativos que interfieren intensamente en el bienestar psíquico de las personas afectadas.

Además, estas manifestaciones parecen tener como denominador común la variable del *deseo* configurada desde múltiples factores: la historia y evolución psicosexual de cada sujeto, los mandatos familiares, las exigencias culturales, las características sociales y laborales, las situaciones de pareja.

Tras la frustración de ese deseo de hijo, la infertilidad emerge como experiencia emocional compleja que supone una profunda crisis psicológica y, en términos generales, supone una importante cuota de sufrimiento psíquico.

La posibilidad de abordar esta complejidad tras la vivencia de infertilidad, supone indagar cómo se construye el deseo de maternidad desde los sentidos que expresan aquellas mujeres que no pueden tener hijos de manera natural. Recuperando este reconocimiento se propone estudiar, a través de un estudio de casos, cómo participan los aspectos contextuales, psicológicos y socio-culturales en la relación entre deseo de maternidad e infertilidad.

En un segundo momento se plantea el objetivo general del estudio y el detalle de los objetivos específicos.

En la tercera parte se desarrolla el marco teórico, comprendido por los capítulos 1 y 2, donde se definen las principales categorías empleadas como encuadre conceptual: 1)

Significado de la maternidad y deseo materno; y 2) mujeres infértiles, efectos psicológicos de la infertilidad y tratamiento.

En la cuarta parte del trabajo, se expondrán las definiciones metodológicas del estudio especificando los procedimientos de recolección y análisis de los datos.

La quinta parte corresponde al análisis de los cuatro casos seleccionados incluyendo la interpretación en profundidad de cada uno de ellos en función de las variables, dimensiones e indicadores definidos en la metodología. Además, se desarrolla un análisis comparativo entre casos identificando principales regularidades y diferencias.

Una última parte desarrolla las conclusiones del trabajo hipotetizando, en un nivel de mayor abstracción y generalidad, aquellas tendencias generales que caracterizan la expresión del deseo materno frente a problemáticas de infertilidad.



FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES

1. FUNDAMENTACIÓN / ANTECEDENTES

El presente trabajo de investigación se centra en analizar cómo se expresa el deseo de maternidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural, en concreto, se intentará descubrir los sentimientos maternales relacionados con la infertilidad femenina y estudiar si el deseo materno está influido por características profesionales, etarias, situación de pareja, familiar. Finalmente, se pretende conocer cómo se expresa el deseo de maternidad en diferentes momentos de la búsqueda de un hijo en estas mujeres que atraviesan por diferentes tratamientos y procesos, como los de adopción.

Algunos de los antecedentes encontrados dan cuenta de la maternidad y su desarrollo a lo largo de la historia, es decir, cómo ha variado a lo largo de los años el concepto de maternidad, como así también ha variado el concepto que la mujer le atribuía a su maternidad.

Langer, en su libro “Maternidad y sexo” (1976) aborda una perspectiva histórica y socio-cultural de la maternidad, con sus implicancias psicológicas en el marco del concepto más amplio de femineidad. La autora sitúa este planteo desde un enfoque psicoanalítico que introduce el abordaje de la temática en relación con el desarrollo psicosexual del sujeto. Además, incorpora la problemática de la esterilidad desde su concepción psicógena.

La evolución histórica del significado de ser madre es profundizada por Carril (2000) quien aborda los cambios que ha sufrido el imaginario simbólico construido por las sociedades desde épocas remotas hasta la actualidad. Complementariamente, la autora desarrolla específicamente el concepto de deseo de maternidad desde sus determinantes psíquicos, incluyendo procesos identificatorios y componentes narcisísticos y edípicos propios de la historia de cada sujeto.

La conceptualización de la maternidad como práctica de la cultura también es abordada por Palomar Vereá (2005) quien la describe como construcción social mediada por mandatos que se reproducen en discursos, representaciones e imágenes. De este modo, la problemática se contextualiza en los actuales procesos de transformación de los vínculos humanos que aportan nuevos contenidos de ambigüedad creciente.

Esta perspectiva se integra con el enfoque interdisciplinario que ofrece Saletti (2008) en relación con diferentes posturas teóricas acerca de la maternidad. En este sentido, se

contemplan las dimensiones antropológicas y sociológicas de la problemática con el objetivo de resignificar la complejidad de la noción problematizando aspectos como el *placer, conocimiento y poder* específicamente femeninos.

Finalmente, profundizando la comprensión de las múltiples dimensiones que atraviesan el concepto de maternidad, Garriga (2010) discute teóricamente las posiciones psicoanalíticas ortodoxas. En este sentido, fundamenta la crítica a una concepción de maternidad entendida como único *destino sano* para las mujeres en su desarrollo psicosexual. Para ello, recupera una perspectiva de derecho y fundamenta la idea de una subjetividad propia de cada mujer.

Siguiendo con los antecedentes se ha podido encontrar también artículos relacionados con los aspectos psicológicos de la infertilidad o estresores vinculados a la misma, como así también características como la depresión y ansiedad asociada a dicho diagnóstico. Los antecedentes incluyen investigaciones en el contexto americano y europeo.

En primer lugar, se consideran los aportes de Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman (2003), en la definición del concepto de infertilidad. Este trabajo desarrolla las principales causas y factores asociados a la problemática desde una perspectiva biomédica que ofrece el contexto conceptual y la terminología específica que se empleará como referencia en esta tesis.

Desde esta perspectiva se concibe a la infertilidad como la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas. Al respecto se discute la noción de *tiempo razonable*, estableciendo una definición teórica (OMS) que la identifica con dos años de intentos sostenidos de lograr un embarazo, frente a una definición práctica que coincide con la acción médica habitual y lo sitúa en el término de un año como momento en que se inician los estudios para conocer las causas del problema.

Además, la infertilidad se entiende como una deficiencia que, si bien tiene significativos impactos en el desarrollo y personalidad de los individuos, no compromete su integridad física ni supone una amenaza para sus vidas. Complementariamente, se define a la *fertilidad* como la capacidad de parir un recién nacido vivo. Este concepto se vincula con el de *fecundidad* entendida como la probabilidad de una mujer de quedar embarazada en un ciclo menstrual. Esta probabilidad está estipulada en un 20%, con

variaciones de acuerdo a la edad, lo que determina un promedio de 4 meses como tiempo para desarrollar un embarazo.

Entre los antecedentes que específicamente abordan las implicancias psicológicas de la infertilidad, se destaca, entre otros, el trabajo de Palacios y Jadresic (2000). Estos autores exponen los aspectos emocionales de la infertilidad a partir de una revisión bibliográfica de la literatura más reciente. Se parte de la definición del concepto de infertilidad y los resultados de investigación acerca del impacto que la problemática tiene sobre la pareja en tanto crisis vital. Al respecto se describen los sentimientos y trastornos psicológicos y psicosomáticos más frecuentemente relacionados con la experiencia de la infertilidad.

Estos autores han hallado que la infertilidad supone para la mujer un importante desgaste emocional vinculado al carácter cíclico de la experiencia con la vivencia alternativa de sentimientos de esperanza y fracaso. Algunos de las emociones e impactos principalmente asociados a la problemática de la infertilidad identificados son: inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa depresión e ideas suicidas.

Por su parte, Oliveira (2010) desarrolla un estudio que describe e interpreta procesos de ajuste psicológico en mujeres que optan por tratamientos médicos frente a un diagnóstico de infertilidad identificando estrategias de afrontamiento que contribuyen a un mayor equilibrio emocional. Del mismo modo, se establecen criterios para la identificación de indicadores de vulnerabilidad psicológica.

Los principales resultados del mencionado estudio refieren a la identificación de niveles medios de estrés entre los pacientes con diagnóstico de infertilidad y el recurso a estrategias pasivas de afrontamiento. Del mismo modo, si bien se hallaron indicadores de sintomatología ansiosa y depresiva estos no alcanzaron niveles significativos de representación.

Además, el estudio constató que la utilización de estrategias de afrontamiento activas que no interfieren en la rutina cotidiana de las mujeres se relaciona con mayor protección frente a la ansiedad. Asimismo se identifican una serie de variables predictoras de disregulación emocional como elevados índices de estrés, menor percepción de control interno-externo y menor control emocional de la situación.

Finalmente, cabe destacar el trabajo de Meléndez y otros (2000) donde se describen las alteraciones emocionales asociadas a la infertilidad, identificando diferentes grados o niveles en función de diferentes períodos en la evolución de la problemática.

Estas alteraciones se describen como reacciones de diversa índole y se clasifican en tres categorías: a) Leves: cuando se manifiestan modificaciones en el estilo de vida de las personas de manera difusa, b) Moderadas: cuando se inician modificaciones en el entorno inmediato, al menos en dos actividades principales (escuela, trabajo, familia) y ya han transcurrido cinco años de evolución del padecimiento de infertilidad, y c) Severas: cuando se expresan cambios radicales en la vida de las personas afectadas con la convergencia de algunos síntomas: alta dependencia, aislamiento, alteraciones sexuales, culpa, baja autoestima, dificultades para dormir y tomar decisiones; y más de 8 años de padecimiento de la problemática.

Como puede advertirse, los antecedentes citados se relacionan estrechamente con las variables consideradas en el presente trabajo pero en ningún caso se trata de investigaciones que puedan dar cuenta de cómo se presenta la relación entre deseo de maternidad e infertilidad en mujeres. En cambio, se centran básicamente en uno u otro punto a desarrollar.

Es por ello que la importancia de este estudio reside en poder relacionar ambas variables. Es decir, interesa comprender las implicancias psicológicas, sociales, culturales y económicas que tiene el diagnóstico de infertilidad en mujeres que desean ser madres, cómo viven ellas el deseo materno ante la imposibilidad de gestar un hijo de manera natural.

SEGUNDA PARTE



OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL**

- Explorar cómo se expresa el deseo de maternidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer los sentimientos relacionados con la infertilidad en mujeres que la padecen.
- Estudiar si el deseo materno está influido por características profesionales, etarias, situación de pareja, familiar.
- Conocer cómo vivencian los diferentes momentos de la búsqueda de un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad.



MARCO TEORICO

3. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Significado de la maternidad y deseo materno

1.1: Maternidad e historia

La configuración simbólica de la maternidad, emerge de un largo proceso histórico de transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales.

Es indudable que la posibilidad de pensar a la maternidad más allá de la idea de destino biológico se vincula con una serie de transformaciones históricas y sociales orientadas a una mayor democratización de las sociedades occidentales. Este proceso se ha visto atravesado por una serie de modificaciones sociales y culturales de los lugares, funciones y prácticas tradicionalmente asignados. Es, como hemos anticipado, un largo proceso de consecución de derechos individuales que ha culminado con el reconocimiento de la subjetividad y el desarrollo psicosocial propio de cada mujer. En la reconstrucción de este proceso histórico es posible distinguir algunas etapas o hitos importantes.

Desde los aportes de Langer (1976), puede identificarse una primera etapa en la configuración social de la maternidad que se remonta a la prehistoria. Aunque existen posiciones teóricas diversas al respecto, es generalizado el consenso en torno a la existencia del *matriarcado* en las civilizaciones primitivas. Este concepto se refiere al predominio social de la mujer a partir del desconocimiento de la paternidad. Ello habría implicado incluso un sistema de herencia y parentesco absolutamente regido por la línea materna.

Lo que los historiadores no han logrado reconstruir con claridad es el proceso mediante el cual esta condición social se disolvió y el hombre logró obtener la absoluta supremacía social sobre la mujer iniciando la era del patriarcado, aún vigente en la actualidad. Sería la primera división del trabajo entre hombre y mujer respecto de la procreación de los hijos lo que conformó, de manera incipiente, un real sistema de opresión de uno sobre el otro.

De todos modos, tal como sostiene Alicia Oiberman (2001) no podemos referir a un concepto de maternidad hasta después de la Antigüedad. Hasta entonces, y en lo que

podemos reconocer una segunda etapa, las referencias a la maternidad sólo se incluían en formulaciones médicas y filosóficas y en la mitología de los diferentes pueblos antiguos.

Así, en la Herencia Helénica las mujeres invocaban a la diosa Artemisa para que las ayudara en el trabajo de parto. Se creía que esta diosa ayudaba en el nacimiento y a tener a un parto menos doloroso. En la Grecia Antigua, por su parte, el parto y el nacimiento más representativo es el de Zeus, quien según el mito trajo él mismo a su hija al mundo sin madre, contradiciendo así el significado de la maternidad, el amor y el matrimonio.

No obstante, en este contexto donde, de la mano de Aristóteles, la biología tenía ya un peso importante, se otorgaban funciones diferenciadas a los hombres y a las mujeres. A ellos les correspondía el terreno del pensamiento y de la inteligencia, quedando las mujeres sujetas al dominio de la materia y la sustancia. Ellas eran vistas sólo como un *recipiente*, a las que únicamente competía la función de la procreación (Calderón, 2005).

En cambio, el gran aporte de la Herencia Romana está relacionado con el campo jurídico en donde se colocaba la función materna dentro de un marco familiar. En esta época cuando la mujer daba a luz se rezaba pidiendo a la Diosa por la disminución de los dolores propios del parto y se realizaban una serie de rituales para ayudar a la mujer. Cuando el niño nacía, era la partera quien lo recibía y le colocaba un nombre de acuerdo a la posición en la cual nacía, éste quedaba en el suelo y el padre podía tomarlo o rechazarlo. Entre los romanos, el principio del patriarcado estaba fuertemente instalado: el poder era claramente instituido por el padre quien investía esta categoría por el dominio que ejercía sobre sus hijos.

Finalmente, la Herencia Judía se regía bajo el Antiguo Testamento, el cual establecía que a partir de una costilla de Adán, el primer hombre, se crea a Eva, la primera mujer. Ésta tras sucumbir a la tentación es castigada con el sufrimiento del parto: “Parirás con dolor. Tu pasión ira a tu hombre y te dominara”. En esta tradición se diferenciaba la mujer del animal en cuanto a la reproducción, el matrimonio residía en tomar el control sobre la sexualidad y la fecundidad. En este contexto cultural e histórico la virginidad no era valorada, sino que la mujer tuviera capacidad reproductiva para engendrar una familia numerosa (Oiberman, 2001).

Según Alvarado Calderón (2005) esta sobrevaloración del rol reproductivo de la mujer continúa fortaleciéndose a lo largo de la historia de la cultura occidental, llegando a ser heredado por el cristianismo. En el marco del auge de la doctrina cristiana (desde el siglo IV), el lugar del hombre se instituye en relación a su aporte a la cultura, ubicando a la mujer en un rol doméstico, sin considerar ninguna participación que ésta pudiera hacer a la creación moral, intelectual o filosófica. En este momento histórico, el matrimonio cristiano es considerado solamente como medio para la procreación de los hijos. Posteriormente, con la llegada del culto de veneración a la Virgen María, la mujer va adquiriendo una nueva importancia que comienza habilitar una participación diferente dentro de la sociedad.

Una nueva etapa se inaugura con la Edad Media (siglo VI al XV) donde la mujer va obteniendo un lugar cada vez más destacado. Comienza a ser considerada una *dama* y es la encargada de elegir y establecer las condiciones necesarias para convertirse en esposa.

A partir del Renacimiento (siglos XV y XVI) la madre desempeña un rol importante en la vida afectiva del niño, está a cargo de los cuidados y de brindarle el amor necesario para la realización de su vida, mientras que el padre sólo se ocupa de su formación intelectual y espiritual. Se producen de este modo dos tipos de contrato: desde el lugar ocupado por la mujer podemos hablar de un contrato amoroso, mientras que desde el vínculo con el padre reconocemos un contrato social (Alvarado Calderón, 2005).

Una fase diferente se inaugura en el siglo XVIII con los ideales impulsados por la era industrial como movimiento político y filosófico. Según Langer (1978), estos nuevos preceptos pusieron en tela de juicio por primera vez la subordinación de género propia del modelo del patriarcado. Pero este proceso sólo afectó, de manera inmediata, a la clase obrera. Hasta antes de la revolución francesa las mujeres y los niños participaban activamente en los procesos de producción artesanal, aunque la mujer alternaba este trabajo con la crianza y la educación de los hijos. Con el desarrollo de la revolución, las mujeres comienzan a tomar conciencia de su condición de ciudadanas y de su responsabilidad social.

De todos modos, a finales del Siglo XIX, a raíz de los grandes desarrollos industriales, el padre de familia se define por su dedicación exclusiva a la vida profesional y laboral, descuidando el ámbito familiar que se consolida como responsabilidad principal de la

mujer. Ésta tiene totalmente a su cargo la crianza y educación de los niños como así también todas las cuestiones referidas a la vida del hogar, postergando su realización personal y profesional (Oberman, 2001).

En el caso de los sectores más pobres la situación es aún más compleja. Los grandes descubrimientos y la transformación del trabajo conducen hacia la concentración de los obreros en las fábricas quienes son seguidos por sus mujeres e incluso por los niños, que son empleados para garantizar la subsistencia de las familias. Las mujeres, obligadas por las circunstancias a trabajar durante largas jornadas, se ven imposibilitadas para realizar los quehaceres domésticos y cuidar de los hijos, quienes a veces también se convierten en una ayuda a la economía del hogar (Langer, 1976; Alvarado Calderón, 2005).

Aunque más tardíamente, para las familias campesinas esta etapa también supone (y aún continúa sucediendo) la industrialización del trabajo rural, acercando su situación a la de la clase obrera. Además, el fenómeno de la migración a los grandes centros urbanos determina la emergencia de nuevas problemáticas vinculadas estrechamente con la maternidad: desarraigo, villas miseria, prostitución, hijos ilegítimos (Langer, 1976).

Como consecuencia aumentan significativamente las tasas de mortalidad infantil, sumadas al recrudescimiento de condiciones de vida no adecuadas para las mujeres. Frente a ello, en 1878, se consigue en Alemania la licencia por maternidad y, posteriormente, los subsidios para las mujeres embarazadas. Es así como se logra una primera reivindicación del lugar social ocupado por la mujer y su función materna. Además, una serie de arduas luchas sociales conquista la legislación del trabajo que termina con el trabajo infantil en las fábricas (Oberman, 2001).

En el caso de las clases media y alta, los cambios sustanciales en la vida de las mujeres se hacen esperar hasta la primera guerra mundial. Hasta ese momento, éstas están especialmente dedicadas a la procreación y crianza de los hijos, siendo el hogar su único ámbito de acción social. Ello se asocia, además, a la dependencia económica de sus padres, y luego, de sus esposos. En tiempos de posguerra, las mujeres se ven incitadas a incursionar en ámbitos reservados exclusivamente a los hombres, alcanzando niveles significativos de independencia y responsabilidad y participando activamente en el proceso de trabajo (Langer, 1976).

A partir de la Primera Guerra Mundial se producen grandes cambios relacionados con la reproducción, tales como mejores condiciones para la mujer en el parto y mayor atención al recién nacido. Esta situación es acompañada por los progresos en la medicina con la disminución de la mortalidad infantil, el desarrollo de métodos anticonceptivos y la reducción de los riesgos legales y físicos del aborto. La mujer de la posguerra protagoniza cambios radicales en su identidad influidos por los ideales de igualdad de la Revolución Francesa y el ocaso de la influencia religiosa. La independencia económica, la libertad sexual, y la conciencia de sus valores la sitúan en igualdad con el hombre comenzando a superar los prejuicios de inferioridad intelectual y emotiva. Asimismo, los movimientos feministas de la época inauguran un fuerte cuestionamiento del lugar de la mujer madre y comienza a instalarse la idea de una *maternidad conciente* (Oberman, 2001).

Según Langer (1976) la problemática que emerge tras esta transformación se vincula con una posición de rebeldía de la mujer frente al hombre quien se ve amenazado en su virilidad. Ello se ha debido a una concepción masculina de estos logros: la mujer se siente más hombre en relación a las nuevas libertades adquiridas.

Paulatinamente, va desarrollándose un cambio en la concepción de la sociedad frente al nuevo lugar conquistado por la mujer. Ya no se interpreta en términos de rebeldía y las nuevas generaciones comienzan a aceptar el desarrollo de la mujer en el estudio y el trabajo. Estos avances van aconteciendo en el contexto de las sociedades democratizadas emergentes, en donde la mujer elige la maternidad como acceso a la vida adulta.

De todos modos, la maternidad entendida como práctica amorosa que tiene un origen instintivo y que supone el sacrificio y renunciamiento a logros personales se sostiene con significativa vigencia desde mediados del siglo XIX, perdurando hasta la actualidad (Langer, 1976).

Analizando las diferentes perspectivas de los autores estudiados, se observa que a través de un proceso histórico de transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales, el rol de la mujer en la sociedad, siempre íntimamente ligado a las funciones de procreación y cuidado de los hijos, ha ido cambiando y evolucionando a lo largo del tiempo.

Desde una significación de maternidad fuertemente asociada explicaciones mitológicas propias de la Antigüedad, se avanza hacia la consagración occidental de la maternidad como destino principal de las mujeres en el seno de un matrimonio cristiano, con roles acotados a la crianza y cuidado de los hijos. Finalmente, esta concepción se va complejizando y relativizando en el seno de procesos socioculturales vinculados con, al menos, cuatro condiciones principales: a) conquistas sociales y laborales del sexo femenino, b) adelantos en materia de medicina reproductiva, c) progresiva transformación de valores vinculados a la libertad sexual de las mujeres y d) configuración de la maternidad como elección conciente tras la resignificación del lugar de la mujer-madre en las sociedades posmodernas.

1.2: La maternidad como construcción socio-cultural

Abordar el concepto de maternidad requiere reconocer su naturaleza compleja y multidimensional como consecuencia, en definitiva, de asumir que el ser humano es una unidad bio-psico-social. En este sentido, es claro que la maternidad como fenómeno y experiencia vital, relacionada con la construcción de la subjetividad de la mujer e incluso con la evolución misma de las sociedades, no puede abordarse al margen de esta confluencia de dimensiones (Carril, 2000). De esta manera no podemos concebir a la maternidad sólo como un hecho natural, atemporal y universal sino como construcción cultural multideterminada, basada en normas que regulan y dependen de un grupo específico y del momento histórico al cual pertenecen, es decir, como una práctica en movimiento. De lo que podemos estar hablando, entonces, es de un fenómeno atravesado por representaciones de género que incluyen un conjunto de ideales, valores y creencias como parte del imaginario social de un determinado momento histórico y contexto cultural.

Esta afirmación supone comprender que lo que cada sujeto vivencia en relación a la idea de la maternidad no es una construcción individual y original sino que deviene de un universo simbólico que lo precede (Carril, 2000). Así, las prescripciones y prohibiciones que determinan lo esperado para cada uno de los géneros no es otra cosa que la expresión, en palabras de Castoriadis (1988) de un magma de significaciones imaginarias propio de la cultura de la cual el sujeto emerge.

Estas consideraciones pueden comprenderse fácilmente a través de las múltiples expresiones del deseo de ser madres que resultan comunes en la cultura occidental. Sólo basta con referir a los tradicionales juegos de niñas con muñecas, los clásicos cuentos de hadas o algunos personajes populares de nuestro medio como la mítica *Susanita*, creación del genial humorista argentino Joaquín Salvador Lavado (Quino) (Burgo, 2004).

Por otro lado, el amor maternal no es lo que determina que una mujer cumpla con sus deberes como madre sino los valores sociales presentes en la sociedad en la que vive y se relacionan con la cuestión de género correspondiente a cada ser humano en la sociedad. La maternidad, como cuestión de género surge como una serie de experiencias de tipo discursivo, las cuales se exteriorizan mediante construcciones culturales que luego se reflejan en diferentes prácticas sociales o “configuraciones de género”. La maternidad se va erigiendo a través de la proyección de un conjunto de características sobre la mujer. En la representación imaginaria de la maternidad aparecen elementos tales como las imágenes ideales y los estereotipos (Palomar Vereá, 1996). Definidas de esta manera, surgen dos categorías opuestas, las buenas y las malas madres. Las buenas madres son aquellas que tienen un fuerte deseo de ser madres, se desempeñan acorde a lo que se espera de ellas, es decir, aman y se comprometen a cuidar a sus hijos, y por lo tanto están en perfecta sintonía con la naturaleza de todas las mujeres. Por el contrario las malas madres, son mujeres que actúan contrariamente a esta “supuesta naturaleza” de las mujeres y por esta razón son señaladas y castigadas socialmente (Palomar Vereá, 1996).

Ahora bien, comprender esta constitución socio-cultural de la maternidad supone asumir su carácter dinámico y las interacciones que se desarrollan en relación a diferentes ámbitos de la vida social, familiar y profesional de las mujeres de nuestro tiempo. Algunos autores denominan a la sociedad actual como antinstintiva y antimaternal aludiendo a una organización social definida por el trabajo femenino, la crisis de vivienda, nuevas configuraciones familiares, los elevados costos de la educación de los hijos y la búsqueda de nuevos contenidos como parte de la realización personal de la mujer (Langer, 1978).

Habría entonces una multiplicación de ideales y aspiraciones que pueden entrar en pugna con el ideal de maternidad o bien plantear una tensión difícil de resolver. La mujer parece situarse entre la alegría asociada a la posibilidad de ser madre y la

proyección del hijo como un estorbo económico y social, definiendo un verdadero dilema vocacional. Para algunos autores, las dificultades de integrar el mundo profesional con la vida amorosa y de madre, son motivo de profundo sufrimiento para aquellas mujeres que buscan adaptarse a la sociedad (Palomar Vereá, 2005).

Además, no sólo se multiplican los ideales y las aspiraciones femeninas sino que éstas se transforman o significan en un amplio conjunto de exigencias que incrementan las vivencias de ansiedad o culpabilidad frente a la experiencia de la maternidad. Entre ellas podemos citar los siguientes mandatos experimentados, en algunos casos, como verdaderas presiones contradictorias (Palomar Vereá, 2005):

- Ser *buena* esposa y ama de casa
- Mantener una vida sexual activa y acorde a determinados prototipos de erotismo y sensualidad
- Ocuparse de la crianza y educación de los hijos.
- Trabajar fuera del hogar a tiempo completo
- Cuidar su imagen y salud en función de determinados ideales de belleza
- Controlar impulsos amorosos para no dañar a los hijos
- Sostener determinado nivel de actividad cultural e intelectual
- Ser autosuficiente desde el punto de vista económico, etc.

La sensación de incapacidad para atender simultáneamente a todas estas demandas incrementa la autocondena, la frustración y la pérdida de autoestima, conduciendo, a veces, a confrontar o cuestionar el hecho mismo de la maternidad. (Palomar Vereá, 2005):

De todos modos, esta mirada acerca de la complejidad socio-cultural del significado de *ser madre* hoy, no niega una perspectiva de derecho y libertad. Nos referimos a la valoración de las conquistas que las sociedades actuales han ganado para las mujeres. Respecto de la maternidad, es innegable que la mujer ha construido la posibilidad de *elegir* respecto de lo que hasta hace unos años era concebido como un destino irrenunciable (Garriga, 2010).

En base a dichas conquistas la mujer de hoy se siente en la disyuntiva, entre la posibilidad de un desarrollo personal con proyectos laborales, profesionales, entre otros y el deseo de tener un hijo. Entre el egoísmo propio de un deseo de proyecto personal y las postergaciones y renunciaciones que involucran el estar a cargo del cuidado y crianza de otro. Es por todo esto que el deseo de hijo ya no se presenta a la mujer como una única meta en su vida sino que el mismo ahora está compartido con otros ideales que se le proponen al yo. De esta manera el espacio psíquico de la mujer ya no es sólo ocupado por el hijo (Carril, 2000). Por supuesto, y tal como veremos a continuación, ello no implica negar a la maternidad como instancia vital de desarrollo psico-afectivo de la mujer

1.3: Perspectiva psicológica acerca de la maternidad

Tal como se describió anteriormente la maternidad, si bien posee características que se han ido modificando según los diferentes períodos históricos, no puede dejarse de lado el concebirla como una etapa del desarrollo evolutivo por el cual transita la mujer, es decir, como una etapa propia del desarrollo psicobiológico.

El proceso psicológico de la maternidad es definido por diferentes autores con denominaciones variadas, como por ejemplo maternalización, cualidad maternal (Benedek, 1983) o maternaje (Racamier 1984; Oiberman 2001).

La maternidad podría ilustrarse como un viaje sin retorno, como un viaje hacia el interior del propio cuerpo, que se va realizando en diferentes etapas. El ciclo se inicia en la pubertad y continúa con la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia, la crianza, la educación y la separación de hijo. Freud planteaba que la base de la psicología de la mujer se encontraba en el complejo de castración y que por medio de la maternidad se alcanzaría la completitud anatómica. Posteriormente otras líneas psicoanalíticas consideraban a la maternidad como una verdadera etapa del desarrollo, que consecuentemente pertenecería a la formación psíquica de la mujer, la cual sólo dependía del yo individual. (Oiberman 2001).

Como todo proceso psíquico, la maternidad posee algunos conceptos fundamentales:

- *“Los procesos inconscientes son infinitamente más ricos y complejos en relación a los procesos conscientes.*
- *El llamado instinto maternal, como forma del amor maternal no sería tal ya que se reemplazaría por la cualidad o aptitud maternal en cuya raíz se localiza el instinto de supervivencia.*
- *La experiencia vivida de la maternidad es un núcleo fundamental de la evolución psíquica inconsciente de la mujer en su historia personal. Una detención por fijación de este desarrollo, bloquea la evolución de las integraciones sucesivas.*
- *La relación de la madre con su hijo se desarrolla en la realidad concreta teniendo como “trasfondo” las relaciones fantasmáticas (Lebovici, 1996). Así el inconsciente, el pasado y el imaginario se entrelazan entre sí, e impregnan la relación actual de la madre con su hijo para enriquecerla o por el contrario comprometerla. Dice Racamier (1979): La madre del hijo es al mismo tiempo el hijo de su madre (pag. 195)*
- *El destino de la maternidad depende de un problema central: la identificación con la propia madre.” (Oberman, 2001, pag 116-117).*

Todo lo que sucede a lo largo de las experiencias infantiles, ya sean positivas o negativas, sean experiencias de satisfacción o de frustración, va a influir en el desarrollo futuro de las etapas subsiguientes. Por lo tanto la maternidad supera los procesos biológicos y es entendida como una etapa del desarrollo psicoafectivo de la mujer. Por lo tanto, se puede considerar que el maternaje desarrolla e integra a la mujer en cuanto a su relación con la maternidad. (Oberman 2001).

Asimismo se puede establecer que el proceso de maternalización en muchas ocasiones no sucede con la primera maternidad, ya que muchas veces éste puede estar influido por mecanismos de defensa o por procesos propios del desarrollo como son la pubertad o la adolescencia. Por lo tanto habría que repensar el fenómeno de la maternidad, no verla singularmente como un proceso simple, sin conflictos, como un sentimiento puro e ideal sino como un proceso en el cual se interrelacionan el amor y la agresividad. (Oberman 2001).

Por último, en función a lo expresado por la autora Alicia Oberman (2001), se podría distinguir entre maternidad y maternaje, mientras la primera está asociada con el campo

de lo biológico, la segunda es considerada como el proceso psicoafectivo que puede estar presente o no en la mujer cuando tiene un hijo.

Desde la postura de Elina Carril (2000), abordar una perspectiva psicológica acerca de la maternidad supone contemplar al menos dos aspectos:

Un primer aspecto se corresponde con la dimensión narcisista que aporta el enfoque psicoanalítico. Esta dimensión refiere al sentido de *gratificación* vinculado con la vivencia del hijo como posesión y prolongación narcisista. En este marco tanto el embarazo, como el goce del hijo y la experiencia de femineidad funcionan como determinantes psíquicos.

Desde esta perspectiva, se enfatiza la concepción del hijo como producto de propiedad de la madre, lo que Carril (2000) denomina hijos partogenéticos. Esta conceptualización se fundamenta y refuerza en una idea de madre como única fuente de cuidados y sustento, en tanto sería ella quien conoce las necesidades y requerimientos de su hijo. Esta condición estaría determinada por su propia naturaleza. La experiencia física del embarazo, el parto y la lactancia son, desde este enfoque, fuentes de intuición irremplazable. Esta posibilidad, diferencia a la mujer del hombre, quien sería intercambiable en su rol de padre.

Incluso, algunos discursos psicoanalíticos, han reforzado estas creencias ilusorias. Así, Phillipe Julián (citado por Carril, 2000), psicoanalista de orientación lacaniana, sostiene: "En efecto ¿qué hay mejor en el mundo para un hijo que el amor de la madre?"

El segundo aspecto se relaciona con la maternidad concebida como hito del desarrollo psicosexual del individuo y vinculada con la historia de configuración del deseo parental. Esta evolución se inicia en la infancia e involucra complejos procesos identificatorios de cada sujeto con sus padres, incluyendo identificaciones de género (Carril, 2000). Este segundo aspecto es una respuesta a una de las interpretaciones más frecuentes que se ha hecho de la maternidad –incluso dentro del Psicoanálisis mismo-. Tradicionalmente, ser madre se ha concebido como la manifestación de un instinto natural o bien como correlación entre el contenido psíquico y el funcionamiento biológico de la mujer.

Por el contrario, la perspectiva que aquí se propone entiende que el deseo de maternidad no es sólo la respuesta a un instinto predeterminado o un impulso espontáneo de perpetuar la especie. Tampoco se explica exclusivamente como el cumplimiento de

pautas sociales o la atención a presiones culturales, sino que también se vincula con la propia historia pulsional (Doménech Delgado, 2008).

Desde la teoría de Freud, el aparato psíquico de la mujer se organiza en base a la maternidad, es decir, la mujer de niña advierte la diferencia sexual entre ella y el varón y por consiguiente cae presa de la envidia al pene, por considerar que sus órganos genitales son inferiores al del varón. Al comprobar que su madre, a la cual idealizaba, tampoco posee dicho órgano, se aleja de ella resentida por haberla hecho mujer. A partir de esta situación la niña se acerca al padre con la ilusión de que este le provea uno, pero al ser en vano tal situación la reemplaza por el deseo de tener un hijo de él. En consecuencia de tal situación, la maternidad resultaría como un premio consuelo por la sucesión de frustración vivida por la niña en esta etapa del desarrollo.

Al respecto, la psicoanalista Silvia Tubert (citada por Carril, 2000) formula una distinción fundamental en la comprensión de la naturaleza psicosexual del deseo de maternidad. En este sentido, distingue entre el "deseo de hijo y el deseo de maternidad". El primero de ellos alude al registro del *tener* (un hijo), en tanto el segundo compromete al *ser* (madre). El tener un hijo, se vincula principalmente con la configuración del Ideal del Yo de la niña, quien, tras transitar la experiencia edípica, se involucra en procesos identificatorios con los prototipos culturales que corresponden a su género sexual. En palabras de Beatriz Rodríguez (2001), el tener un hijo se corresponde con la consolidación de las identificaciones a lo largo del desarrollo que darán lugar al desempeño de la función subjetivada. El deseo de ser madre, en cambio, se relaciona con la identificación primaria de la niña con su madre como objeto de apego y cuidados. El deseo proviene de un *ser - como la madre-*, dominio del Yo Ideal, núcleo duro y remanente del narcisismo infantil en la mente del adulto. Según Beatriz Rodríguez (2001), el ser madre expresa el afianzamiento de una identidad que sólo se llevará a cabo por medio de una empatía lograda al reconocer al hijo como otro pero a su vez semejante.

En síntesis, es claro que el concepto de maternidad trasciende e integra la perspectiva biológica en la definición de un complejo fenómeno fuertemente inscripto en la historia vital y familiar de cada mujer. Tras esta historia, procesos identificatorios y pulsionales, vinculados a la experiencia edípica, permiten reconstruir la naturaleza psicosexual del deseo de maternidad que se desdobra en dos aspectos relacionados: el sentido de **tener un hijo** y la experiencia de **ser madre**.

Capítulo 2: mujeres infértiles, efectos psicológicos de la infertilidad y tratamiento.

A continuación, en este capítulo se desarrollarán algunas razones y causas a las que podrían atribuirse los problemas de esterilidad e infertilidad y los posibles tratamientos. Cada vez es más frecuente la aparición de estas problemáticas, debido a los cambios que han ido aconteciendo en la vida de la población, especialmente en la vida de la mujer en los últimos tiempos.

2.1. Esterilidad e infertilidad. Definición, causas y tratamientos

Los términos esterilidad e infertilidad en ocasiones son usados de manera intercambiable, mientras que a veces su uso es diferenciado según los idiomas y las comunidades médico-científicas que los utilizan. Por ejemplo, en la literatura hispana, la definición de la palabra esterilidad se considera como una dificultad de lograr un embarazo, al tiempo que el término infertilidad es utilizado cuando se desarrolla el embarazo pero es interrumpido en algún momento; por lo tanto, es utilizado como sinónimo de pérdidas recurrentes de embarazo (Brugo-Olmedo y otros, 2000).

Por el contrario, en la literatura inglesa el término infértil se refiere a la pareja que no logra alcanzar un embarazo, ya sea por la imposibilidad de que la mujer quede embarazada mediante los medios naturales (esterilidad), o cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre (subfertilidad), o incluso si el embarazo efectivamente se desarrolla pero no culmina con el nacimiento de un recién nacido vivo. Asimismo, la población fértil es definida como la de aquellas mujeres que quedan embarazadas después de un tiempo razonable de relaciones sexuales regulares (Brugo-Olmedo y otros, 2000).

A partir de la segunda mitad de este siglo aparece con más frecuencia la esterilidad, se observan dos razones que estarían emparentadas con esta problemática. La primera de ellas está relacionada con una tendencia actual de las parejas a elegir el momento justo para la gestación de un bebé, por lo general cerca de la cuarta década de sus vidas, coincidiendo con la decadencia de la fertilidad. La segunda tiene que ver con los actuales criterios diagnósticos, los cuales se han modificado con el tiempo, antes se consideraba estéril una pareja que luego de 2 años de búsqueda de un bebé no quedaba embarazada, ahora ese criterio se ha reducido a la mitad, es decir, un año de búsqueda sin resultados positivos. (Rodríguez, 1999).

Por otro lado, en las dos últimas décadas se visualizan tres cambios importantes referidos al tema de la fertilidad. Primero, a través de las tecnologías de reproducción asistida se ha podido estudiar los procesos de reproductivos básicos. Segundo, los cambios acontecidos en las sociedades actuales llevan a la mujer a elegir el embarazo a una edad aproximada de 35 años, sea por motivos laborales, profesionales o porque se casan a edades más avanzadas y postergan la maternidad. Tercero, los desarrollos de la genética y la biología molecular han sido de suma importancia para el estudio, diagnóstico y evaluación de las parejas consideradas hasta el momento como infértiles (Brugo-Olmedo y otros, 2000).

El problema de la infertilidad afecta a una de cada seis parejas. En algunos casos puede ser definida como “la incapacidad de completar un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas”. El incremento de esta problemática es difícil de establecer, pero podría relacionarse con algunos factores:

- Postergación del momento en que se decide tener hijos.
- Alteraciones en la calidad del semen debido a hábitos como el tabaquismo y el alcohol.
- Cambios en la conducta sexual.
- Eliminación de la mayoría de los tabúes.

Algunas de las causas de la infertilidad femenina a nivel orgánico o biológico son las siguientes:

1. Infertilidad anovulatoria: es definida como “la condición en la cual el desarrollo y la ruptura folicular están alterados y por lo tanto el ovocito no es liberado del folículo” (Brugo-Olmedo y otros, 2000).
2. Hiperprolactinemia: se puede explicar como la alteración en las concentraciones de prolactina, además de la modificación en relación a la secreción de la hormona gonadotropina. Algunas manifestaciones clínicas relacionadas pueden ser anovulación, amenorrea entre otras. Es de suma importancia el estudio de la función de las tiroides, ya que en mujeres con esta problemática aparece habitualmente hipotiroidismo (Brugo-Olmedo y otros, 2000).

3. Hipogonadismo hipogonadotrópico: “Esta afección se expresa por concentraciones de estradiol y una reducción de las concentraciones de la hormona folículo-estimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH). Se observa en casos de mujeres con trastornos del peso y que realizan ejercicio excesivo. Puede ser idiopático o provocado por una disfunción hipofisaria o hipotalámica” (Brugo-Olmedo y otros, 2000).
4. Hipogonadismo hipergonadotrópico: “Las concentraciones plasmáticas de FSH pueden ser > 20 mUI/ml en determinaciones repetidas”. (Brugo-Olmedo y otros, 2000). Esta situación se manifiesta con frecuencia en mujeres menores de los 40 años, con problemas de insuficiencia ovárica prematura, ovarios resistentes o algún tipo de trastorno genético (Brugo-Olmedo y otros, 2000).
5. Ovarios poliquísticos: es una patología endocrina en la cual la manifestación más frecuente es la anovulación y en donde las mujeres presentan una gama amplia de signos y síntomas clínicos (Brugo-Olmedo y otros, 2000).
6. Factor cervical: se caracteriza por alteraciones anatómicas y/o funcionales del cuello de útero que impiden una correcta relación moco semen, de esta manera se altera la migración de los espermatozoides desde la vagina hasta el sitio de fecundación (Blanco, 1999).
7. Factor uterino corporal: son patologías relacionadas con el útero, que desempeña un factor esencial en el proceso reproductivo, las causas que lo pueden alterar son tales como malformaciones uterinas, miomas, sinequias uterinas, endometriosis, pólipos, etc. (Blanco, 1999).
8. Factor tuboperitoneal: Son alteraciones a nivel de las trompas de Falopio y del espacio tubo-ovárico, que dificultan la captación ovular. (Blanco, 1999).

9. Factor endócrino ovárico: son alteraciones en el ciclo ovárico normal que traen aparejado un ciclo anovulatorio, asociadas a una amplia gama de alteraciones menstruales, generalmente vinculadas con problemas hormonales. (Blanco, 1999).
10. Endometriosis: surge cuando se observa la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Afecta a mujeres en su etapa reproductiva, limitando su fertilidad. (Blanco, 1999).
11. Esterilidad sin causa aparente (ESCA): se da cuando a través de todos los estudios realizados no se visualiza ninguna causa que evite el embarazo, es decir, se comprueba la normalidad. Esto pone en evidencia la existencia de una patología no demostrable mediante métodos actuales. (Blanco, 1999).

Tomando a la autora Liliana A. Blanco (1999) ante el diagnóstico de esterilidad o infertilidad la pareja puede optar por diferentes tratamientos, estos pueden ser medicamentosos, quirúrgicos y de reproducción asistida.

Los *tratamientos medicamentosos* son aquellos con los cuales a través de medicación se trata de aumentar la fertilidad. Los más utilizados son las drogas para aumentar la ovulación o la espermatogénesis, como los antiandrógenos y los gonadotropinas. Asimismo para ciertas infecciones genitales se utilizan antibióticos y corticoides en casos de anticuerpos antiespermáticos.

Los *tratamientos quirúrgicos* se utilizan cuando se puede diagnosticar alguna obstrucción que mediante una intervención se recupere la fertilidad natural. Por ejemplo cuando se efectúa la intervención de miomas cuando se cree que pueden dificultar el desarrollo embrionario.

Cuando los tratamientos anteriores no son exitosos o no están indicados para ser efectuados pueden utilizarse *los tratamientos de reproducción asistida*. Estas son todas aquellas técnicas mediante las cuales se trata de aproximar de manera

artificial las gametas femeninas y masculinas con el objetivo de conseguir un embarazo.

Siguiendo con la autora Liliana A. Blanco (1999) estos tratamientos se pueden clasificar en:

- *Baja complejidad.*
 - ✓ Inseminación artificial: se define como el depósito de espermatozoides de forma no natural, en el tracto reproductivo de la mujer, con la finalidad de conseguir el embarazo. Puede utilizarse semen de la pareja o semen de un banco.
 - ✓ Inseminación artificial con semen de donante: este método se utiliza casi únicamente cuando existe una ausencia de espermatogénesis, enfermedades hereditarias o sexualmente transmisibles.

- *Alta complejidad.*
 - ✓ Fiv- Et. Fertilización in vitro y transferencia embrionaria: surge como una técnica para aquellas pacientes con diagnóstico de factor tubario con imposibilidad de resolución quirúrgica. La fertilización del óvulo con el espermatozoide se realiza en un ambiente artificial como el laboratorio, pero la fertilización es natural, una vez formado el embrión se transfiere a la cavidad uterina.
 - ✓ Gift. Tránsito de gametas dentro de la trompa de Falopio: esta técnica consiste en la canalización translaparoscópica de la trompa de Falopio y la colocación en su interior de los gametos separados por una burbuja de aire.
 - ✓ Inyección intracitoplasmática de espermatozoides. ICSI: se aplica para trastornos severos en los parámetros seminales, sean por causas de motilidad, cantidad y/o morfología. Es una técnica de "reproducción asistida" que consiste en la fecundación de los ovocitos por inyección de un espermatozoide en su citoplasma mediante una micropipeta, previa obtención y preparación de los gametos con el fin de obtener embriones que puedan transferirse al útero materno.

Es indudable que el problema de esterilidad e infertilidad ha adquirido una singular importancia en las últimas décadas, fundamentalmente por la elevada frecuencia con la que se ha manifestado. Al mismo tiempo surgen de manera concomitante al incremento de la problemática, numerosos avances e investigaciones médicas y científicas para dar solución y tratamiento a este padecimiento.

2.2. Infertilidad y contexto social

En las últimas décadas en sociedades y familias contemporáneas ha surgido una perspectiva de significación importante respecto de la problemática de la infertilidad que se conjuga con fenómenos como la independencia tardía de los jóvenes, postergación de la maternidad hasta edades avanzadas, demora en la formación de una familia, identificación de los jóvenes con modelos no naturales de procreación, entre otros. (Ávila Espada y Moreno-Rosset, 2008). Complementariamente a este proceso de construcción de nuevos significados, resulta innegable el amplio desarrollo que en la actualidad han alcanzado los avances biotecnológicos como respuesta a problemáticas de infertilidad.

Durante mucho tiempo se ha considerado que la sexualidad y la procreación debían ir de la mano, una no podía estar separada de la otra. Atender a este mandato social significaba para muchas parejas renunciar a la posibilidad de tener un hijo. Pero con el desarrollo de las ciencias bio-médicas la separación entre sexualidad y procreación ha quedado demostrada. El vínculo de pareja y el acto sexual ya no son las condiciones que exclusivamente se ligan a la experiencia de paternidad. El fuerte deseo que muchas parejas experimentan ante la posibilidad de tener descendencia ha dado lugar a una multiplicidad de técnicas de reproducción asistida, que resultan complementarias de métodos naturales de procreación. (Mayra Chávez Courtois, 2004).

Frente a la diversidad de alternativas que la técnica médica ofrece para incrementar las posibilidades reproductivas, es claro que son múltiples también las implicancias sociales, emocionales, económicas y vinculares que éstas tienen, en tanto afectan o modifican el desarrollo natural de las personas.

Una consecuencia fundamental del desarrollo, diversificación y acceso a técnicas de reproducción es la modificación del significado cultural atribuido a *ser madre o padre*. Una multiplicidad de nuevas configuraciones simbólicas emergen asociadas a los

avances científicos en el campo de la reproducción. Ésta se convierte así en un espacio en donde prevalece una pluralidad de elecciones posibles y un sentido de *manipulación* de dichas posibilidades que contribuyen a la disolución de una *concepción* natural de la paternidad biológica. Este es un claro ejemplo de las complejas y estrechas relaciones entre Ciencia, tecnología, sociedad y naturaleza. (Mayra Chávez Courtois, 2004).

Profundizando aún más en estas relaciones, es posible advertir cómo en el ámbito legal las técnicas de reproducción han instalado nuevos debates. Al respecto, cobra relevancia la dimensión ética tras la administración de tratamientos contra la infertilidad. La polémica refiere, entre otros aspectos, a la ruptura con convenciones sociales acerca de configuraciones familiares tradicionales o, incluso, a los efectos que determinados tratamientos pueden tener en la salud de las personas que se someten a ellos (Mayra Chávez Courtois, 2004).

2.3. Infertilidad y sentimientos relacionados.

Respecto del plano psico-afectivo, una amplia literatura de investigación ha abordado la problemática del impacto que se produce en individuos y parejas tras la comunicación de un diagnóstico de infertilidad. En términos generales, dicho estado se describe como una crisis vital, atravesada por un significativo desgaste emocional y una vivencia ambivalente de espera-desesperanza, que involucra sentimientos de fracaso (Palacios y Jadresic, 2000).

Son múltiples los factores relacionados con la experiencia de infertilidad. Entre ellos pueden mencionarse: dolor físico tras el sometimiento a procesos quirúrgicos, invasión de la privacidad de la pareja, sentimientos de inadecuación, desesperación, pena, envidia y celos hacia la mujer embarazada, miedo, pérdida de la libido, disfunción eréctil, inestabilidad emocional, pérdida de la autoestima, culpa, depresión e ideación suicida. También se han identificado trastornos psicósomáticos, deseo imperioso de adoptar un hijo o, en otros casos, la firme iniciativa de incorporarse a algún programa de fertilización asistida (Palacios y Jadresic, 2000). Entre los efectos que el diagnóstico o el fracaso de un tratamiento ejercen sobre la pareja pueden mencionarse: sentimiento de incompletud sin la presencia de un hijo, imposibilidad de disfrutar de la convivencia o el tiempo compartido, la disminución del deseo sexual, dificultad para dialogar acerca

del problema, reproches mutuos acerca de cual de los dos tiene el “problema o la culpa” (Meléndez y otros, 2000).

Cuando a una pareja se le diagnostica infertilidad primeramente habría que preguntarse qué significado tiene para ellas el ser padres. Querer ser padres puede tener que ver con: el proyecto de vida anhelado, con llegar a un periodo de madurez o con cumplir un papel determinado por la sociedad y la cultura, entre los que se incluye la preservación de la especie. Según cuál sea el significado atribuido, el diagnóstico puede en muchas ocasiones sentirse como un “golpe existencial” o como una maldición. (Faria, 1990; Herz, 1989, cit por Leal& Pereira, 2005; Burt & Hendrick, 2005). En muchas ocasiones genera una herida en la integridad psíquica y emocional de la pareja, convirtiéndose en una etapa de crisis y replanteos a nivel emocional.

Uno de los mayores e importantes anhelos de las parejas es la posibilidad de lograr un embarazo, de poder reproducirse y tener un hijo propio. Cuando estas expectativas y deseos fallan por problemas de infertilidad o esterilidad, las parejas pueden presentar problemas de índole psicológicos y sociales, en tanto viven una situación traumática para cuyo impacto no están preparadas. Muchos autores han estudiado la vivencia de parejas que no logran un embarazo y han llegado a la conclusión de que las áreas mas afectadas son aquellas que tienen que ver con la disminución de la autoestima y con el surgimiento de problemas ocasionados en el ámbito familiar y amistoso.

Con el problema de la infertilidad se produce una crisis psicológica que afecta las relaciones de pareja, y muchas veces parece arrasar con los proyectos de vida de una persona, con sus esperanzas y metas reproductivas. Mahlstedt (citado por Oliveira, 2010) pudo observar cómo los problemas de infertilidad traspasan los recursos emocionales, psíquicos y financieros de las personas que la padecen.

Específicamente en relación con la mujer, Hunt (citado por Oliveira, 2010) comenta que el impacto que sufre la mujer al no poder concebir es único, y no solamente está determinado por lo biológico sino también por el entorno social, factores psicológicos e influencias familiares. Además la infertilidad se define como una experiencia individual que cada mujer la transita de acuerdo con sus diferentes posibilidades y recursos dependiendo de su etapa evolutiva, su edad, relación de pareja, estado de bienestar en las diferentes áreas de su vida.

De todas maneras teniendo en cuenta la experiencia individual de cada mujer y su subjetividad lo que no se puede dejar de lado es que existen indicadores comunes a cada una de ellas relacionados con manifestaciones afectivas de la esterilidad, que van desde la ilusión moderada al dolor intenso. En general, las mujeres que se encuentran ante la imposibilidad de tener un hijo suelen presentar diferentes sentimientos como culpa, desesperación, rabia, vergüenza, celos, sentimientos de pérdida, entre otros (Meléndez y otros, 2000).

Oliveira (2010) toma de los estudios de Kubler-Ross, (in Moreno-Rosset, 2000) en relación con los procesos psicológicos por los cuales transita una pareja con problemas de infertilidad se pueden establecer diferentes fases.

Una primera fase de *diagnóstico*, donde lo que primero se visualiza es la negación y el aislamiento, lo que se manifiesta por ejemplo en la búsqueda de otro centro médico, y donde cada ciclo menstrual es vivido por la mujer como un periodo de desolación, frustración y tristeza (Leal & Pereira, 2005).). Syme (1997 in Palacios & Jadresic, 2000) denomina esta etapa *Paralización* en la cual las personas presentan un estado de distancia con respecto a los demás, se sienten como en un estado “zombi”, invadidos por pensamientos relacionados con un error en su diagnóstico. En esta etapa suelen aparecer manifestaciones físicas como pérdida del apetito, dificultad para lograr concentración.

Una segunda fase, denominada por Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) de *reacción o de manejo de sentimientos* frente el diagnóstico, se caracteriza por sentimientos principales como depresión, rabia, cólera, enojo y búsqueda de un culpable para la situación de infertilidad. En esta etapa es de suma importancia que la pareja trabaje el dolor por la pérdida de control sobre su fertilidad. Como lo describe Read (in Moreno-Rosset, 2000, pag 52):

“... es un momento en el que después de conocer el problema de infertilidad, el equilibrio emocional se altera, y puede repercutir en el rol que desempeña cada miembro de la pareja, en la comunicación entre ella, en su sexualidad, en la familia, etc.”.

Syme (1997 in, Palacios & Jadresic, 2000) llama a esta etapa *Anhelo* caracterizada por la gran necesidad de que el deseo de tener un hijo pueda realizarse. Las parejas con problemas de infertilidad se ven expuestas en la vida cotidiana a una serie de

situaciones que hace que se sientan excluidos, desde las ofertas del mercado en relación con productos para los hijos hasta los encuentros con amigos que si tienen hijos, lo cual hace que se genere en ellos una especie de rabia y celos. Aquí es muy importante la ayuda del equipo tratante para poder dar una explicación acerca de la infertilidad y comprender que ellos no son los únicos con este tipo de patología.

Plantear la acción corresponde a la tercera fase propuesta por Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) en donde la pareja se encuentra en posición de decidir qué hacer y afrontar las estrategias y posibilidades que tiene a su disposición según el diagnóstico que posean. Syme (1997 in, Palacios & Jadresic, 2000) denomina a este momento como de *Desorganización y desesperación*, caracterizado principalmente por una serie de sentimientos que van desde la culpa, ansiedad, sentimientos de soledad, pena, desesperanza, sentir que nadie los puede ayudar, etc. Generalmente estas parejas se alejan de sus amistades al sentirse diferentes a ellos. Esta etapa es considerada como la más larga, aquí es muy importante que la pareja se plantee nuevos objetivos ya sean laborales como sociales. Es de suma importancia considerar los recursos con que cuentan las personas, ya que cuando los recursos internos son insuficientes el sufrimiento se incrementa y el proceso de aceptación se dificulta.

Continuando con Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000) la siguiente fase se denomina *de aplicación del tratamiento especializado*. En esta instancia la pareja vive diferentes sentimientos que van desde ansiedad y estrés hasta sentimientos de pérdida y prejuicios de pasar por una vida sin hijos. Syme (1997 in, Palacios & Jadresic, 2000) denomina a esta fase como *de Reorganización*. Esta instancia se relaciona con la meta de lograr una aceptación y reorganización de la vida ya sea personal como de pareja. Hay personas que sienten tanto este daño emocional que piensan que jamás pueden ser ayudadas y que nunca superaran este padecer o sufrimiento. Esta etapa puede durar entre uno y cinco años.

Finalmente la última fase propuesta por Kubler-Ross (in Moreno-Rosset, 2000), consiste en la *espera de los resultados*. En esta etapa la pareja necesita estar preparada para lo que el resultado indique, es decir aceptar la realidad, centrarse en el presente y proyectar un futuro. Según Worden (in Moreno-Rosset, 2000, pag 53) las parejas: “... *deben recolocar sus emociones de forma que puedan reinventar la vida sin hijos o bien prepararse para la parentalidad.*”

Tras conocer el diagnóstico de infertilidad y de transitar las diferentes etapas o fases anteriormente descritas, la pareja debe decidir cómo continuar su proyecto de vida, pareja y familia en el futuro. En la actualidad existen, como se mencionó en el primer apartado de este capítulo, una variedad de posibilidades a las cuales puede una pareja someterse si su deseo es tener un hijo (Daniela Oliveira. 2010).

Si la pareja decide someterse a algún tipo de tratamientos, suelen transitar por una nueva serie de fases descritas por Faria (1990).

La primera fase se considera de *Optimismo elevado*, en donde la pareja comienza con un tratamiento y posee una actitud de positivismo y motivación frente al mismo. No imaginan un fracaso en el tratamiento y tienen la convicción de que el hijo anhelado va a nacer.

En la segunda fase surge una *Expectativa Positiva* aquí comienzan a disminuir las preocupaciones al ir teniendo resultados positivos en los períodos del tratamiento. De este modo, los sentimientos de ansiedad y optimismo se van canalizando. Algunas mujeres describen sentimientos relacionados con el embarazo como náuseas, mareos, entre otros.

Luego de esta fase pueden ocurrir dos fases antagónicas. Por un lado una fase de *Desilusión* cuando luego de comenzado el tratamiento la mujer menstrua. Posee en esta fase sentimientos de desilusión, desesperanza, angustia, deseos de quedarse sola y aislarse, un fuerte sentimiento de vacío. Por lo general la pareja intenta nuevamente la realización de un tratamiento.

Por otro lado puede entrar en la fase de *Alegría* en donde el embarazo se confirma y la pareja comienza a transitar por un estado de irrealidad y alegría excesiva pero temiendo por el éxito del embarazo.

Finalmente la última fase se denomina de *Aceptación y Resolución del problema*, aquí la pareja decide cómo continuar, aunque en general intenta otros tratamientos o decide otras formas de conseguir la parentalidad. Esta fase puede durar varios años ya que la realización de diferentes intentos de tratamientos suele implicar largos períodos de tiempo (Oliveira, 2010).

Para finalizar, se puede inferir que las parejas con problemas de infertilidad transitan por períodos de mucha movilización emocional, pasando por diferentes momentos según las etapas que van transcurriendo. Desde el periodo de diagnóstico, con

sentimientos que van desde la rabia, desilusión, culpa, celos, entre otros; pasando por el período de tratamientos, en donde los sentimientos son muy variados como ilusión, esperanzas, alegría o desánimo y tristeza, hasta llegar finalmente o bien al fracaso de los tratamientos o bien a la llegada del anhelado y deseado hijo. Según cuál sea el resultado los sentimientos serán de profunda felicidad o intensa tristeza llegando a afectar los proyectos de vida futuro de cada uno de los integrantes de la pareja.

CUARTA PARTE



METODOLOGIA

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación corresponde a un estudio de casos, en donde lo que se busca es detectar las características más representativas y holísticas del fenómeno de la maternidad y la infertilidad a partir de la descripción y análisis detallados de situaciones únicas con un nivel de profundidad orientado a la comprensión de realidades singulares (Stake, 1998).

Además, el presente trabajo consiste en un diseño exploratorio descriptivo retrospectivo de corte cualitativo. Se considera que es exploratorio en cuanto a que el problema de investigación ha sido poco estudiado o no se han encontrado antecedentes de este tema con el enfoque de este trabajo, es decir que en la revisión de la literatura se encontraron ideas relacionadas pero que no abordan específicamente el deseo de maternidad en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural.

Por otra parte el estudio es descriptivo ya que la intención es indagar acerca del deseo materno y la problemática de infertilidad y describir cómo se comporta este fenómeno en los casos estudiados. Este estudio es retrospectivo, ya que se apunta a estudiar en mujeres que actualmente son madres cuales eran las vivencias y sentimientos en aquel momento en que no podían quedar embarazadas.

Se tomará como población en estudio a mujeres infértiles de la Ciudad de Río Cuarto y Zona de influencia, de la provincia de Córdoba. Desde esta perspectiva se plantea avanzar en la comprensión de la problemática en estudio desde los significados que los mismos sujetos le otorgan.

4.2. Población Muestra y muestreo

La muestra, de 4 casos, se circunscribirá a mujeres con diagnóstico de infertilidad que tengan al menos un hijo, por la realización de algún tratamiento de fertilización.

Estos casos se seleccionarán mediante la técnica de muestreo denominada “Bola de nieve” que consiste en localizar un primer caso de interés -es decir, una mujer con

problemas de infertilidad- y a través de ellas, contactar a nuevos casos que revistan las mismas características. (León y Montero, 2003).

4.3. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos se realizará a través de entrevistas semidirigidas:

La entrevista, será con algunos ítems pautados y estará destinada a conocer algunos sucesos importantes de la historia personal de las entrevistadas y a indagar básicamente acerca del problema de la infertilidad/ maternidad. Algunos aspectos a considerar son:

- Cómo esta compuesta la familia
- La reconstrucción de la vivencia de infertilidad desde la búsqueda del hijo,
- Las expectativas iniciales y cómo se fueron transformando a lo largo del proceso,
- Los sentimientos asociados a cada momento,
- La relación de pareja en cada etapa de diagnóstico y tratamiento,
- La perspectiva de la pareja sobre el problema y los sentimientos asociados a ello,
- La interpretación de la mujer acerca del problema, de sus causas y de las alternativas para su abordaje.

4.4. Procedimiento o estrategias de análisis

El procedimiento de análisis de los datos se desarrollará en varias fases:

La *1º fase* consistirá en la transcripción de las entrevistas para luego proceder a la identificación de aquellos fragmentos que refieren a las variables ya definidas y los aspectos involucrados en cada una de ellas.

Esta codificación de fragmentos se realizará en función de las siguientes categorías de análisis y sus respectivos indicadores, las cuales pueden sufrir ajustes en función de los datos recabados:

1. Maternidad:
 - a. Dimensión contextual

- Situación familiar
- Situación de pareja
- Grupo de pares
- Apoyo profesional
- Actividad profesional
- Edad
- Situación socio-económica

b. Dimensión personal – construcción de subjetividad de la mujer

- Sentimientos frente a la maternidad
- Significados atribuidos a ser madre
- Proyecciones sobre la figura del hijo
- La maternidad como componente de identidad o autodefinición

c. Dimensión socio-cultural

- Mandatos sociales
- Prototipos de género
- Demandas familiares

2. Infertilidad

a. Dimensión bio-médica

- Tipo de diagnóstico
- Gravedad del cuadro
- Etiología

b. Dimensión psicológica – emocional

- Culpa
- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

- Pérdida de autoestima
- Vergüenza
- Negación
- Optimismo
- Actitud activa
- Motivación (desarrollo personal)

3. Deseo de maternidad:

a. Dimensión socio-cultural

- El deseo como respuesta a presiones sociales y culturales
- El deseo vinculado al cumplimiento de mandatos familiares

b. Dimensión subjetiva

- El deseo como realización personal
- El deseo como expectativa sobre la *figura del hijo*
- El deseo como expectativa proyectada sobre *ser madre*.

La 2° fase reunirá las siguientes estrategias de análisis:

- Descripción general de cada caso a partir de la información recabada en cada uno de ellos.
- Caracterización de los momentos que conforman el proceso de búsqueda del hijo y los significados que éstos adquieren desde la perspectiva de las entrevistadas

Por su parte, la 3° fase consistirá en:

- Análisis comparativo entre casos, identificando diferencias más significativas y regularidades o recurrencias.

- En un nivel de mayor abstracción y generalidad en base a los casos estudiados, se definirán aquellas tendencias generales que caracterizan la vivencia de la problemática de infertilidad y maternidad.

QUINTA PARTE



ANALISIS

5. ANALISIS

5.1. Análisis en profundidad de los casos (fase 1 y 2)

Tal como se explicita en la metodología, tras la transcripción y codificación de fragmentos de la entrevista (fase 1) en función de variables, dimensiones e indicadores, a continuación se detallan los resultados correspondientes a la segunda fase de análisis. En esta fase hemos procedido por casos individuales a través de los ya citados procedimientos de análisis: a) Descripción general de cada caso a partir de la información recabada en cada uno de ellos y b) Caracterización de los momentos que conforman el proceso de búsqueda del hijo y los significados que éstos adquieren desde la perspectiva de las entrevistadas.

El análisis para cada variable en consideración será ilustrado con los fragmentos más significativos de las entrevistas¹.

- **Caso 1**

En el caso 1, la **Dimensión contextual** de la variable **MATERNIDAD**, refiere principalmente a los indicadores *edad* y *actividad profesional*. En relación con el primero de ellos, la entrevistada manifiesta que la edad no es, desde su perspectiva, un criterio de definición del momento adecuado para ser madre, aunque sí reconoce la presión que este aspecto ha significado en la vivencia de su pareja. Al respecto expresa que la edad fue para él un aspecto determinante de la motivación o urgencia por emprender la búsqueda del embarazo.

Por su parte, el indicador *actividad profesional*, emerge con especial énfasis a lo largo de toda la entrevista. La entrevistada manifiesta en diferentes oportunidades el valor asignado a su trabajo y profesión como aspectos complementarios de la maternidad. Ambos aspectos son principales y convergen, desde su perspectiva, en la posibilidad de desarrollar una vivencia de plenitud y autorrealización personal.

Otro indicador de la dimensión contextual es la *situación económica*, especialmente considerada en la decisión de emprender tratamientos de fertilidad, dado su elevado costo. Las restricciones que impone este aspecto han implicado establecer prioridades

¹ Los textos completos de las entrevistas se encuentran en anexos

con otras dimensiones de la vida familiar, involucrando momentos de duda respecto de la continuidad del tratamiento.

Un cuarto aspecto de la dimensión contextual que emerge en la entrevista se vincula con la significación otorgada al *grupo de pares*. La entrevistada refiere a relaciones de amistad con otros matrimonios que, en algunos casos, tienen en común la misma problemática. La posibilidad de compartir el proceso de búsqueda con pares significa un acompañamiento valorado positivamente por la entrevistada.

Asimismo, la entrevistada valora significativamente el *vínculo con su terapeuta*. El espacio de la terapia es fuente de apoyo y escenario para la reflexión permanente sobre el deseo materno, la experiencia del tratamiento y la posterior relación con sus hijos. Esto se observa en expresiones como: “*yo siempre apoyada en mi psicóloga*” o “*no me es fácil ser madre, es un tema que esta siempre presente en mi terapia. Es el TEMA de terapia*”.

La **Dimensión personal** de la variable **MATERNIDAD** tiene un desarrollo significativo a lo largo de la entrevista, aludiendo principalmente a los indicadores de *sentimientos frente a la maternidad, significados atribuidos a ser madre y la maternidad como componente de la identidad o autodefinición*. En primer lugar, la maternidad se define como experiencia amorosa en sí misma, independientemente de que haya involucrado o no tratamientos de fertilidad. Los sentimientos, actitudes y maneras de abordar el rol de madre no diferirían en función de la manera en que los hijos son concebidos: “*igual se los ama, igual se los reta...*”. Al respecto manifiesta su desacuerdo con las visiones que le transmiten personas de su entorno cuando cuestionan una reprimenda o regaño para con su hijo con expresiones como: “*con lo mucho que le costó tenerlo*”.

En términos generales, la maternidad se asocia con sentimientos de plenitud, disfrute y orgullo respecto de la manera de abordar el rol. A su vez, si bien la maternidad es una experiencia que dota de sentido a su vida, también significa la preservación de la independencia personal, incluye una actitud de desapego y de clara diferenciación madre-hijo. Ser madre es una vivencia central pero complementaria de otras actividades que también son fuente de placer y completud.

“Para mi es re importante el tema de la maternidad, los hijos le dan sentido a la vida y llenan mi vida, no soy una madre abnegada, ni una madre abocada 100 por ciento a sus hijos, no soy Susanita, no quiero tener mas hijos, me gusta poder dejarlos con una niñera, me gusta poder hacer mi vida, hago un montón de cosas aparte de ser madre. Cuando nació mi hijo enseguida busque otra carrera, busque cosas para hacer además de cuidarlo”.

“Los disfruto en los momentos que estoy con ellos y tengo ganas, los llevo a la plaza, jugamos, pero soy re desaprensiva de los dos. No soy una madre 100 por 100, a mi me parece re sano ser así.

Además, a lo largo de la entrevista se manifiesta una actitud profundamente reflexiva respecto de la maternidad. Al respecto, la entrevistada expresa cierta preocupación o inquietud permanente sobre si es *correcta* o no su manera de desarrollar el rol de madre. Ello se advierte en expresiones como:

“siempre necesito apuntalarme, que la psicóloga me diga si esta bien o mal lo que estoy haciendo, o no que me diga esta bien o no pero que lo podamos charlar y me de una visión de las cosas. Como que necesito confirmar todo el tiempo si los estoy criando bien, si esta bien ponerle tantos limites o no ponérselos, cual es el equilibrio”.

Por otra parte, algunas expresiones refieren a la maternidad como un componente de *identidad y autodefinición* tal como se advierte en el siguiente fragmento:

“Y siempre fue un tema re importante para mi vida, creo que no sería feliz sino tuviera hijos, me completa totalmente como persona, me siento orgullosa de ser madre, me encanta ser madre”.

Cabe señalar, además, que la **Dimensión sociocultural** de la variable **MATERNIDAD** no se manifiesta explícitamente en la entrevista. *Los mandatos sociales, estereotipos de género y demandas familiares*, que son indicadores de esta dimensión, no parecen haber tenido una participación central en las vivencias vinculadas con la búsqueda del embarazo y la maternidad. Como ya hemos señalado, la entrevistada prioriza la dimensión subjetiva de la relación con su pareja y amigos, el apoyo profesional de su terapeuta y la búsqueda de realización personal a través de la maternidad, entendida siempre como un componente de identidad complementario de otras áreas de su desarrollo.

Respecto a la variable **INFERTILIDAD**, las referencias a la **Dimensión bio-médica** contienen detalles y precisiones que revelan un conocimiento profundo e informado acerca de la problemática en cuestión. Las expresiones refieren a los diferentes indicadores de la dimensión: *tipo de diagnóstico, gravedad del cuadro y etiología*, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

“Fuimos al medico y enseguida le hicieron un espermograma a mi marido y ahí le detectaron que tenia oligoastenozoospermia, oligo es pocos, asteno, que son vagos y zoo es deformes, la morfología. Después de ahí me entraron hacer estudios a mí, yo me creía que estaba bárbara y no, ahí me dijeron que tenia poliquistosis y trombofilia. La trombofilia me la descubren después de haber hecho un par de tratamientos, varios ICSI. La poliquistosis no, desde el vamos”.

“Al primero que vamos es a un urólogo, especialista en fecundidad masculina y ahí le hace todos los estudios a mi marido y le detectan varicocele, es por eso que el espermograma le da tan mal. Lo operan de eso y le vuelven hacer otro espermograma y le vuelve a dan re mal. Entonces ahí vamos a un especialista en fecundidad y ese me detecta a mí”.

La **Dimensión psicológica – emocional**, respecto de la variable **INFERTILIDAD**, reúne también significativas referencias. La entrevistada manifiesta una actitud de permanente optimismo y búsqueda activa de alternativas y soluciones. Se expresa una clara motivación, traducida en un desafío personal, que impregna la experiencia de diagnóstico y tratamiento. No se expresan sentimientos negativos como culpa, depresión o pérdida de autoestima. Un posicionamiento activo y resolutivo parece favorecer esta vivencia, tal como se advierte en las siguientes expresiones:

“Es raro pero a mí me daba mucha motivación, yo decía esto no me va a ganar, no me va a vencer hasta que no lo logremos”.

“Lo tomábamos bien, con humor”.

“Nunca fue un motivo para estar mal”

De todos modos, se reconocen algunos momentos puntuales asociados con sentimientos de tristeza, que se vinculan con el fracaso de determinadas etapas del tratamiento. Por ejemplo: *“cuando te da un negativo te pones mal, uno o dos días”.*

Finalmente, con respecto a la variable **DESEO DE MATERNIDAD**, sí se expresan algunas referencias a la **Dimensión socio-cultural**, pero asociadas a vivencias más remotas o etapas más tempranas de la vida de la entrevistada. La expresión original del deseo de maternidad incorporaba algunas restricciones vinculadas con la edad y estaba condicionada por interpretaciones de género: la realización personal de la mujer se manifestaba estrictamente asociada a la posibilidad de ser madre. Y ello se interpretaba como componente de diferenciación con el sexo masculino.

“Siempre me imagine que iba a ser madre, como una cosa si o si y también como que me había puesto un límite, si antes de tal edad no tenía hijos era como que no tenía sentido la existencia”.

“Era como que yo me veía a la gente que no tenía hijos como una vida vacía, como que los hijos te llenan la vida, pensaba, que era lo que le daba sentido a tu existencia, como que con la maternidad vos explicas a que venís al mundo. Pensaba que por ejemplo los hombres al no poder concebir, al no poder estar embarazados, no le encuentran sentido a su existencia por eso tienen tantas búsquedas fuera de la familia. Y que la mujer con un hijo ya le da sentido a su vida y no necesita nada más”.

Estas apreciaciones parecen haberse modificado y en el momento actual las interpretaciones se relativizan. Como se ha expresado, el deseo de maternidad deja un margen para la emergencia de otras búsquedas personales.

Finalmente, la reconstrucción del proceso narrado en la entrevista permite visualizar cinco momentos principales. Éstos son:

Momento 1: La pareja **decide e inicia la búsqueda** a partir de la inquietud inicial del marido.

“En la luna de miel, mi marido me dijo si yo tenía ganas de tener un hijo rápido por que el ya era viejo, sentía que tenía ganas de tener un hijo lo mas rápido posible, entonces ahí nos pusimos a buscar”

Momento 2: Tras algunos meses de búsqueda, **emerge la preocupación y sospecha** de la posibilidad de algún tipo de problema. Inicialmente se anticipa que, de existir un problema de salud, éste sería de la pareja. Ello se debe a que la entrevistada ya había sido madre de manera natural en el marco de una relación de pareja anterior. El diagnóstico médico confirma esta preocupación.

Estuvimos 8 meses buscando y yo ahí ya tenía la sensación de que había algún problema, como una intuición, entonces ahí fuimos al medico y enseguida le hicieron un espermograma a mi marido y ahí le detectaron

que tenía oligoastenozoospermia. Después de ahí me entraron hacer estudios a mí, yo me creía que estaba bárbara y no, ahí me dijeron que tenía poliquistosis y trombofilia

Momento 3: Para su sorpresa, **se confirma en la entrevistada el diagnóstico de trombofilia y poliquistosis**, lo que complejiza el cuadro de la problemática. Esta situación conduce a la entrevistada a reflexionar, en el ámbito de la terapia, acerca de su deseo de maternidad.

“Siempre apoyada en mi psicóloga, siempre, siempre. También trabajando mucho el tema del deseo de la maternidad, como que me planteaba si realmente deseaba ser madre o no por eso era que no quedaba embarazada. Como que yo sentía el deseo pero me cuestionaba si mi inconciente era el que decía que no. Por que yo sentía el deseo y como no lo lograba decía a bueno capaz no quiero tanto quedar embarazada. Eso trabaje mucho con la psicóloga y cuando descubrimos que si teníamos algo orgánico ahí me di cuenta que el deseo de ser madre estaba”.

Momento 4: Inicio y fracaso reiterado de los tratamientos que son sobrellevados con una actitud general de optimismo y seguridad. *“Nunca sentí ni dije me rindo, nada que ver, al contrario”*

Momento 5: Se confirma el embarazo, relatado como resultado esperado con confianza y convicción del proceso de búsqueda.

“Es raro pero a mí me daba mucha motivación, yo decía esto no me va a ganar, no me va a vencer hasta que no lo logremos. Vamos a Bs As, busquemos a tal medico, y así hasta lograrlo. Tenía la sensación de que lo íbamos a lograr, solo había que lucharla.”

- **Caso 2**

En el caso 2, la variable **MATERNIDAD** se expresa principalmente en sus **Dimensiones socio cultural y personal**, mientras que la **Dimensión Contextual** solo se visualiza con los indicadores *grupo de pares y situación familiar* en un único fragmento de la entrevista. Específicamente, ante la pregunta “¿con quiénes compartían el momento de la realización del tratamiento?” la entrevistada responde que solo tenían conocimiento de lo que sucedía su hermana y un grupo de amigos que habían transitado una situación similar.

“Si se lo comentamos a mi hermana, a unos amigos íntimos a una pareja que es la que nos recomendó el medico. Pero por ejemplo a mi mama a los padres de el no le contamos porque ellos estaban a la espera y ansiosos de un nieto y de repente decirles que no sabemos si va haber nieto era generarles una angustia al cuete. Después que ya quede embarazada si les contamos todo lo que habíamos hecho hasta llegar al embarazo”.

Argumentado al respecto, la entrevistada reconoce la complejidad del problema y la gran carga emocional que su conocimiento implicaría para el entorno familiar más cercano. Esta reflexión, compartida con su pareja, conduce a evitar socializar los detalles del diagnóstico y el tratamiento hasta conocer un resultado más definitivo. Cabe señalar que, nuevamente, la posibilidad de compartir el proceso de búsqueda con personas allegadas que han atravesado una situación similar representa un acompañamiento valorado positivamente.

Con respecto a la **Dimensión socio-cultural** de la variable **MATERNIDAD**, ésta se relaciona principalmente a los indicadores *mandatos familiares y prototipos de género*. A lo largo de toda la entrevista se puede inferir que, para la entrevistada, la maternidad es expresión de lo *natural*, o en otras palabras, indicador de *normalidad*. En este sentido, se expresa como una experiencia culturalmente establecida que define un estereotipo de género en el imaginario social de su contexto. Ello parece estar especialmente instalado en el núcleo familiar, lo que se evidencia en la concepción del embarazo como corolario del matrimonio.

De algún modo, esta naturalización del proceso de conformación de la familia traduce la fuerza de expectativas sociales que impactan de manera significativa en la manera de vivenciar el proceso. Se trata de significados heredados desde la infancia que se traducen en la ansiedad del entorno y la certeza inicial de la entrevistada respecto de la posibilidad de conseguir un embarazo.

En síntesis, la maternidad excede la definición de un proyecto de vida personal, definiéndose claramente como construcción social del grupo al cual pertenece. Deseo de maternidad y naturalización de esa experiencia conforman de este modo una totalidad indisociable en la vivencia de la entrevistada.

Algunas expresiones que dan cuenta de estos sentidos son las siguientes:

“Era lo normal, lo que te imaginas para tu futuro. Te pones te novia, te casas, tengo hijos, como algo normal, como algo que iba a pasar, era lo que quería Era mi meta formar una familia”.

En relación con la **Dimensión personal** de la variable **MATERNIDAD** se hacen presentes los indicadores de *sentimientos frente a la maternidad y proyecciones sobre la figura del hijo*. Con relación al primero de ellos, la entrevistada manifiesta una vivencia de transformación. La vivencia de maternidad ha significado para ella una profunda modificación de prioridades, un corrimiento de los ámbitos de su vida que ocupaban previamente el lugar central. La centralidad del nuevo rol es absoluta y los sentimientos amorosos para con el hijo resultan inconmensurables, superando significativamente las expectativas iniciales. Es claro, además, un estado de profunda felicidad y disfrute vinculado a la experiencia de ser madre. Según sus expresiones, la maternidad define por completo su persona, siendo el vínculo con el hijo la razón de su existencia. Parece, en síntesis, primar un sentimiento de *confirmación* de lo que parece interpretarse como su *destino de ser madre*.

“Yo nunca imaginé que uno podía amar a alguien así, incondicionalmente y sobre todas las cosas y elegirlo a tu hijo por sobre todas las cosas. Es hermoso ser mamá, yo siempre digo”.

“No me imagino una vida que no sea como madre. Yo siento que nací para ser madre, a mi me encanta ser mama por sobre todo. No me imagino sin mi hijo”.

Por su parte, el indicador *proyecciones sobre la figura del hijo* se hace presente ante la pregunta “¿Qué expectativas tenías del bebé?”, a lo cual ella contesta: *“Y que sea sano es en lo único que pensás. Y además a futuro que sea un bebe feliz, yo al día de hoy es lo único que pienso”.* *“Uno pasa a segundo plano y buscas todo lo mejor para el bebe”.*

Consecuentemente con lo anterior, las expectativas sobre el hijo desplazan su propia persona del centro de la escena. Las proyecciones se relacionan con un hijo sano y feliz, más allá de lo que este vínculo implique para sí misma como persona independiente, diferenciada. Su pensamiento y sus sentimientos se focalizan sobre la figura del hijo, desdibujándose de algún modo su individualidad.

Respecto a la variable **INFERTILIDAD**, las referencias a la **Dimensión bio-médica** contienen detalles de cómo se inicia y se va transitando el proceso. Las expresiones refieren a los diferentes indicadores de la dimensión: *tipo de diagnóstico, gravedad del cuadro y etiología*, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

“Nosotros tenemos el diagnóstico de Azoospermia, que es la ausencia de espermatozoides en el eyaculado y poliquistosis”.

“Vimos que haciendo todo pasó un año y no quedaba embarazada fuimos a consultar a mi ginecólogo. Ahí me hizo un montón de análisis y determinó que estaba todo bien pero que había unos valores que daban que podía tener poliquistosis pero con medicación se solucionaba, entonces me decía “dejá, espera un tiempo, es estrés” Y yo le dije: ¿y él? Ah bueno si vos quieres probamos hacer un espermograma. Y bueno hicimos eso y cuando tuvimos el resultado nos dio el diagnostico de azoospermia. Y también le hicieron una biopsia testicular y salió que no tenía espermatozoides en los testículos tampoco”.

Por su parte, la **Dimensión psicológica – emocional** de la variable **INFERTILIDAD**, reúne significativas referencias a sentimientos de tristeza, dolor, miedo, bronca, impotencia, envidia e incluso celos hacia las parejas que tienen hijos (“*por qué a mí si hay tantas personas que tienen y los abandonan*”). La sensación inicial es de desconsuelo, los sentimientos expresados parecen revelar un estado de fuerte desánimo que se sostiene hasta que se comienzan a analizar alternativas y nuevas posibilidades. Estos sentimientos son compartidos por la pareja tal como se evidencia en el siguiente fragmento:

“En la pareja es todo muy difícil, es tu tristeza, tu dolor, tu miedo, conviviendo con la tristeza del otro, el dolor del otro, la rabia, el mal humor, generalmente cuando uno está enojado el otro esta para contenerlo o cuando uno tiene un problema en el trabajo el otro te contiene, pero en este caso los dos teníamos el problema, ninguno de los dos estaba con la fuerza para contener al otro”.

Este fragmento, además, parece dar cuenta de cierta experiencia de soledad en el seno de la pareja, lo que se vincula con el reconocimiento de una dificultad de contención mutua. La necesidad de acompañamiento por parte de la pareja se ve impedida por el profundo dolor del otro.

Estos sentimientos de tristeza y enojo, sumados a cierta sensación de injusticia continúan pero se complementan con una nueva esperanza y confianza en un resultado positivo tras el tratamiento. De todos modos el proceso de búsqueda permanece teñido por una vivencia de dolor, no solo psíquico sino también físico: “*Fue horrible, para mí no fue fácil el proceso físico, la verdad que yo físicamente no la pasé bien*”.

Teniendo en cuenta lo relatado a lo largo de la entrevista se podría inferir que, para la entrevistada y su pareja, el diagnóstico significó un gran impacto. La fuerza con que las expectativas sobre la búsqueda del hijo estaban instaladas entre ellos y el entorno más próximo parece haber dificultado significativamente la aceptación del problema y la decisión de emprender la búsqueda de alternativas de solución. Ello habría teñido de

manera más profunda la vivencia del marido quien parece adoptar una perspectiva de resignación inicial ante el diagnóstico.

“La sensación es tremenda, casi inaplicable, y sentir el peso de que nunca vamos a poder, y mi marido que me decía: “y bueno, buscaremos un donante para que tengas un hijo al menos tuyo”

Estas sensaciones y sentimientos caracterizan una etapa de crisis y desgaste emocional en el vínculo, atravesada por una vivencia de esperanza-desesperanza. Asimismo, es posible reconocer que esta crisis termina conduciendo a cierta transformación o *refundación* de la relación misma, un *reacomodarse* y reconocer sentimientos que unen y sostienen: *“Tiene que haber mucho amor, nosotros siempre lo hablamos que es un tema que te une o te separa”*.

A continuación, el relato acerca de la noticia sobre el resultado positivo de tratamiento revela con claridad y contundencia un sentimiento de felicidad y gran alivio, lo que se relaciona con la toma de conciencia de un estado de profundo estrés que la incertidumbre del proceso ha venido generando.

“Cuando nos enteramos la verdad fue una felicidad total para nosotros, cuando el médico te llama por teléfono y te confirma el resultado no lo podés creer, y ahí te das cuenta de cuanta angustia y nervios cargas en la espalda e incertidumbre”.

Finalmente, con respecto a la variable **DESEO DE MATERNIDAD** en algunos fragmentos de la entrevista se alude a las **dimensiones socio-cultural y subjetiva**.

En relación con la *dimensión socio-cultural*, si bien no podría concluirse el reconocimiento explícito de presiones familiares, el deseo de maternidad emerge claramente asociado a la consecución de un conjunto de condiciones consideradas como requisitos previos: noviazgo, matrimonio, estabilidad laboral, vivienda, solidez en el vínculo:

“Uno ve el hecho de tener hijos como algo natural, como que te pones de novio, te casas y tenés hijos”.

“Cuando empezamos hablar, nosotros estuvimos 8 años de novios y 5 de casados, ahí empezamos a decir bueno estamos con ganas los dos de buscar un hijo, ya teníamos nuestra casa y bueno como que era el momento ya estábamos sólido”.

El deseo parece ir constituyéndose en este proceso de consolidación e institucionalización del vínculo de pareja, la construcción de proyecciones compartidas al respecto y la decisión consensuada entre ambos de iniciar la búsqueda.

En cuanto la **dimensión subjetiva**, el deseo de maternidad se vincula con una expectativa de *realización personal*, en tanto su consecución se define como meta principal de un proyecto de vida establecido, construido y anhelado desde etapas más tempranas. Ser madre es, de este modo, el resultado planificado para esta etapa de su vida que no deja lugar a ningún tipo de duda o cuestionamiento. El deseo de ser madre se construye, en síntesis, a partir de una fuerte y clara certeza de su cumplimiento en el futuro próximo.

Tras el diagnóstico, el deseo de ser madre parece intensificarse y teñirse de la angustia propia de la búsqueda hasta llegar a convertirse, tal como expresa la entrevistada, en una necesidad.

A modo de síntesis, la reconstrucción del proceso narrado en la entrevista nos permite visualizar cinco momentos principales. Éstos son:

Momento 1: La pareja **comienza a hablar de la posibilidad de tener un hijo**, luego de 8 años de novios y 5 de casados. Para ello, previamente la entrevistada realiza un tratamiento psicológico para superar una fobia.

“Yo venía de una fobia a todo lo que tenía que ver con las agujas y la sangre, todo eso. Entonces cuando empezamos hablar, nosotros estuvimos 8 años de novios y 5 de casados, ahí empezamos a decir bueno estamos con ganas los dos de buscar un hijo, ya teníamos nuestra casa y bueno como

que era el momento ya estábamos sólidos, yo ahí empecé a hacerme un tratamiento por las fobias para poder soportar lo que supuestamente es un parto, nada más, yo tenía miedo a los análisis de sangre”.

Momento 2: La pareja **decide e inicia la búsqueda** luego de un año sin emplear métodos anticonceptivos. **Emerge la preocupación y sospecha** de la posibilidad de algún tipo de problema.

“Nos dejamos de cuidar y estuvimos un año sin cuidarnos y no pasaba nada y seguíamos todas las recetas de la abuela, todo lo que nos decían que hiciéramos lo hacíamos y cuando vimos que haciendo todo pasó un año y no quedaba embarazada fuimos a consultar a mi ginecólogo”.

Momento 3: Consulta al médico y confirmación del diagnóstico de azoospermia y poliquistosis. Este diagnóstico significó un alto impacto emocional en la pareja, sentimientos de profunda tristeza y una vivencia de gran desánimo.

“Fuimos a consultar a mi ginecólogo. Ahí me hizo un montón de análisis y determinó que estaba todo bien pero que había unos valores que daban que podía tener poliquistosis pero con medicación se solucionaba, entonces me decía “dejá, esperá un tiempo, es estrés” Y yo le dije: ¿y él? Ah bueno si vos quieres probamos hacer un espermograma. Y bueno hicimos eso y cuando tuvimos el resultado nos dio el diagnostico de azoospermia. Y también le hicieron una biopsia testicular y salió que no tenía espermatozoides en los testículos tampoco”.

Momento 4: Inicio y realización del tratamiento. Luego de asimilar el diagnóstico, la pareja decide analizar nuevas posibilidades. Se inicia el tratamiento con actitud optimista aunque la experiencia resulta dolorosa, con gran costo emocional.

“Yo hago todo esto para quedar embarazada, no para probar a ver qué pasa, estaba convencida que íbamos a tener un hijo”.

“Gracias a Dios en el primer intento, en la primer transferencia yo quedé embarazada, se que es algo tocado por la varita mágica porque eso no sucede muy a menudo, no es lo común”.

Momento 5: Se confirma el embarazo. La pareja recibe con sorpresa y gran felicidad la noticia. Ambos experimentan un profundo alivio, tras tomar conciencia de la presión y estrés al que han estado sometidos durante el tratamiento.

“Cuando nos enteramos la verdad fue una felicidad total para nosotros, cuando el médico te llama por teléfono y te confirma el resultado no lo podés creer, y ahí te das cuenta de cuanta angustia y nervios cargas en la espalda e incertidumbre”.

- **Caso 3**

Con respecto a la variable **MATERNIDAD**, la **dimensión contextual** se expresa en diferentes momentos de la entrevista, aunque de manera sintética en pequeños fragmentos. De todos modos, permite inferir un conjunto de condiciones del contexto que confluyen como marco de significados atribuidos a la experiencia de ser madre.

En primer lugar la maternidad emerge como elección íntimamente ligada al matrimonio, situada en el marco de esa particular *configuración familiar*, y en un momento específico de la vida matrimonial.

“Nunca dudé en tener o no tener hijos, siempre estuvo dentro de mis planes, siempre lo calculaba, me caso, estoy 2 años casada y después tengo un hijo, es como que siempre estuvo en la planificación de mi vida”.

En segundo lugar, la maternidad se configura como elección planificada y ampliamente compartida o socializada con el *entorno familiar y de pares* más cercano. Ello supone el reconocimiento de claras expectativas del contexto. Esta condición contextual se reconoce como afectando el proceso de búsqueda. Las diferentes instancias del proceso son vividas en colectivo, multiplicando o amplificando la carga emocional con que la entrevistada transita este proceso.

“Amigos, familiares, todos sabían, todo el mundo sabía, después uno aprende a no comentarlo tanto, después la segunda vez que lo intenté y no quedé, por ahí te comes un garrón de contarlo tanto porque genera tanta expectativa en los demás y en vos misma y te va mal tenés que consolar a todo el resto, porque se acongojan por lo que uno está viviendo, por esperar un segundo bebé y al final termina uno consolando a los otros, eso es pesado”.

En tercer lugar, el *apoyo profesional* se constituye en indicador del contexto que comienza a emerger como opción en el momento presente. La entrevistada reconoce la

necesidad de ayuda para transitar la experiencia de la maternidad con mayor disfrute y menos presión. Parece expresar cierta preocupación por construir un vínculo más placentero, capaz de dar lugar a espacios que posibiliten un encuentro más saludable y distendido con sus hijos. Esta expectativa proyectada sobre ser madre da cuenta asimismo, de la configuración del **DESEO DE MATERNIDAD** en el momento presente, como variable que se actualiza tras la consecución de ambos embarazos y las etapas iniciales de esta experiencia.

“Yo tendría más hijos, me cuesta desde lo personal, de hecho estoy por empezar terapia por una cuestión mía, esto de relajarme con los chicos, de compartir espacios con ellos, estoy yo atravesando una cuestión personal que me hace no poder disfrutarlos a pleno pero sin ninguna duda reconozco en mí que son lo más importante por eso quiero generar algunos cambios en mí, para poder disfrutar de esto que siempre quise, y me digo pero si tengo lo que siempre quise y busque y listo, y para mí la maternidad y mis hijos son lo más importante. Antes y ahora”.

Finalmente, la *actividad laboral o profesional* también se convierte en objeto de reflexión en la entrevista. En este caso, la entrevistada establece un orden de prioridades al respecto: la maternidad y el bienestar de los hijos ocupan el lugar principal, llegando a orientar las decisiones personales y familiares, como el trabajo o el lugar elegido para residir. La profesión definida como elección y como meta alcanzada tras un significativo esfuerzo económico y personal, resulta postergada en función de la maternidad y ello es significado como decisión libre y sostenida con convicción.

“Mis hijos me completan como persona. Si bien estudié, tengo una profesión, en este momento no ejerzo de eso, trabajo de otra cosa y no me molesta, lo profesional es importante, de hecho mis viejos sin un mango me mandaron a estudiar y la remé mucho para tener el título, pero sin ninguna duda nada reemplaza a mis hijos, no postergaría ni portegué nunca la maternidad por eso. Digamos que esta en mí y en mi pareja que los más importante de nuestras vidas son nuestros hijos, y nuestra vida se acomoda

a eso, todo va en función a la prioridad de los chicos, nos mudamos a un lugar más tranquila para que los chicos vivan mejor, priorizo la familia, sea natural o no. Siempre dije que si no hubiera podido tener hijos adoptaría sin ninguna duda para nosotros los hijos nos completan como persona y como pareja, no hubiese elegido una vida sin hijos, como sea que llegaran, primero intentamos los tratamientos porque había posibilidades, y eso que es difícil poner el cuerpo, es frustrante muchas veces y no solo es el cuerpo sino también las expectativas.”

En cuanto a la dimensión **Personal** de la variable **MATERNIDAD**, la entrevistada se refiere en diferentes momentos a los sentimientos que se expresan en relación con la opción y experiencia de ser madre. En primer lugar, persiste desde el inicio la certeza respecto de la consecución de los embarazos. A pesar de la gravedad del caso, la entrevistada no parece haberse visto invadida por la duda o el temor de no poder alcanzar la meta de ser madre. Este sentimiento de seguridad habría sido clave en la manera de transitar el proceso de búsqueda.

“Yo daba por sentado siempre de que íbamos a tener hijos”

“No fue para nada traumático porque eso es lo que teníamos que hacer si queríamos tener un bebe, de hecho para mí fue simple, no fue para nada pesado ni agotador”.

Además, la maternidad se significa desde una perspectiva que combina decisión personal y un deseo que podríamos caracterizar como *innato, natural o espontáneo*, desde la expresión de la entrevistada. La maternidad es un componente de identidad definido a priori, ser madre existe como proyección espontánea: *“es como que nace en mí la maternidad”, “está en mí”*. Ser madre es constitutivo de la persona, anida en su interior el deseo y la certeza respecto de esta opción. La **MATERNIDAD** como decisión incuestionable y certeza fuertemente instalada en el plano emocional, se articula estrechamente con la variable del **DESEO** de ser madre entendido como expresión espontánea, claramente reconocida por la entrevistada (**dimensión subjetiva del deseo de maternidad**)

Asociado a lo anterior, la **MATERNIDAD** emerge como componente *de autodefinición* y el **DESEO**, en su **dimensión subjetiva**, se expresa como *búsqueda de la realización personal*. Ello se expresa claramente en términos de una vivencia de completud respecto de sí misma y de la vida en pareja que es garantizada por la experiencia de ser madre. En este marco de significados, la maternidad se convierte en el componente central de la vida personal y familiar de la entrevistada. El matrimonio parecería definirse como inacabado hasta la llegada de los hijos.

“la maternidad y mis hijos son lo más importante. Antes y ahora”

“Mis hijos me completan como persona”.

“Digamos que está en mí y en mi pareja que lo más importante de nuestras vidas son nuestros hijos, y nuestra vida se acomoda a eso, todo va en función a la prioridad de los chicos”

Esto último permite establecer algunas relaciones con la **dimensión socio-cultural** de la **MATERNIDAD**, en tanto matrimonio y maternidad se constituyen en un par indisociable, revelando implícitamente la presencia de *mandatos sociales* internalizados y compartidos con su pareja. La carga de valor sobre la idea de ser madre, la espontaneidad del **DESEO** y la naturalización de la opción como alternativa indiscutible revelan la encarnadura del imaginario socio-cultural al respecto. Del mismo modo, y como se ha expresado, no parece posible pensar en la maternidad por fuera del espacio del matrimonio o la vida en pareja.

Respecto a la variable **INFERTILIDAD**, las referencias a la **Dimensión bio-médica** contienen detalles y precisiones que revelan el cabal conocimiento de la problemática que están transitando, ya que su problema comienza previamente a la decisión de tener un hijo cuando quien entonces era su novio recibe el diagnóstico de cáncer de testículos. Las expresiones refieren a los diferentes indicadores de la dimensión: *tipo de diagnóstico, gravedad del cuadro y etiología*, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

“Mi marido tuvo cáncer de testículos y yo tengo poliquistosis. A él le hicieron quimioterapia y retroeyaculación. Antes de casarnos y antes que le hicieran quimioterapia, hicimos una reserva de espermatozoides, los congelamos. Entonces desde siempre supimos que teníamos que hacer tratamiento a la hora de tener hijos. Siempre supimos que teníamos que hacer in ICSI porque de la muestra que teníamos congelados eran muy pocos, entonces no daba para ningún otro tratamiento, ni inseminación ni ningún otro, solo ICSI. Y cuando me hacen los estudios previos a mí me dio que tenía poliquistosis”.

“Fue todo muy raro y muy simple para nosotros, porque la verdad yo llegué al médico y le dije: “vengo para hacer un ICSI”, y el médico me dijo: “Bueno a ver pará, ¿Por qué un ICSI?”. Bueno cuando hicimos la reserva ahí nos dijeron que teníamos que hacer un ICSI, viste que para llegar a un ICSI agotas primero otras instancias como inseminación y el ICSI es lo último, es la más científica, por que seleccionan un espermatozoide y lo fecundan con el óvulo. De lo poquito que había, por que en la muestra no se había logrado sacar mucho, nosotros sabíamos que la única opción era el ICSI, ya nos habían dicho, entonces cuando llego a la consulta con este médico y le digo lo del ICSI él dijo: “bueno pero vamos a probar otra cosa” y nosotros le dijimos que no podíamos otra cosa y le contamos el caso”.

La **Dimensión psicológica – emocional**, respecto de la variable **INFERTILIDAD** reúne significativas referencias. La entrevistada manifiesta una actitud positiva y de permanente optimismo ante el diagnóstico y el posterior tratamiento. Se expresan en todo momento sentimientos de confianza y una actitud de lucha constante que se traducen en una etapa activa y un posicionamiento resolutivo.

Podríamos inferir que, en cierta medida, la entrevistada y su pareja ya han elaborado el duelo respecto de la posibilidad de concebir los hijos de manera natural. Un largo proceso previo de construcción de alternativas, así como el conocimiento de un diagnóstico mucho antes de emprender la búsqueda, parecen haber ofrecido un tiempo

necesario para tramitar internamente la situación y anticipar las condiciones que deberán afrontar.

“Saber desde el principio como iba a ser todo, eso nos fortaleció como pareja. Yo daba por sentado siempre de que íbamos a tener hijos, sólo que de esta manera, y tuve la suerte de que la primera vez quedé”.

“No fue para nada traumático porque eso es lo que teníamos que hacer si queríamos tener un bebé, de hecho para mi fue simple, no fue para nada pesado ni agotador, si por ahí los viajes a Córdoba. Fue todo más simple de lo normal”.

En términos generales, no se expresan sentimientos negativos como culpa, depresión o pérdida de autoestima. Sólo se manifiestan momentos pasajeros de frustración o tristeza vinculados al fracaso de determinadas instancias del tratamiento: *“después del primer embarazo tuve otros intentos y no quedé, es un garrón”.*

De todos modos, el éxito inmediato del primer intento parece haber redundado en una confianza renovada que fortaleció las expectativas y el optimismo con que se enfrenta la búsqueda del segundo embarazo. En reiteradas oportunidades la entrevistada refiere a la posibilidad de *“descansar”* en las previsiones y resultados positivos que se van sucediendo durante el proceso.

“Y es medio frustrante, pensar en que no iba a poder, por ahí descansaba un poco porque sabía que ya tenía a la nena, entonces nunca tuve esa sensación de vacío de decir, no podré ser madre, lo tenía medio resuelto porque como te dije ya tenía a la nena. No es lo mismo porque yo hubiera querido tener ahí nomás el otro. Obvio que me hubiera gustado que todo fuera más natural, no tan programado. Ese es un poco el embole de decir porque dependemos tanto de la ciencia y no puede ser algo más natural. Es un poco angustiante, pero yo no lo puedo magnificar porque dentro de todo siempre tuve suerte, en el primer intento quedé, si después tuve algunos negativos pero después quedé de nuevo. De todas maneras no es lo mismo

encarar el primer tratamiento que el segundo, el primero es todo incertidumbre. De todas maneras como siempre supimos que iba a ser así nunca fue un problema para nosotros, ni siquiera en lo económico”

La anticipación y planificación del proceso así como la focalización sobre el resultado final habrían posibilitado que la experiencia del tratamiento pueda liberarse de la angustia o incertidumbre que suelen ser habituales. La entrevistada llega incluso a referir al tratamiento como un *trámite*.

“Fue muy fácil como muy aceptado por nosotros por que ya sabíamos que iba a ser de esa manera”.

“Como vos dijiste, como un trámite. Porque hasta tuvimos la suerte que en la primer transferencia yo ya quedé embarazada”.

Finalmente, con respecto a la variable **DESEO DE MATERNIDAD**, la dimensión que se puede visualizar tiene relación con lo **subjetivo** y el indicador presente es *el deseo de maternidad como realización personal*, si bien en la variable maternidad aparece la dimensión socio cultural con el indicador mandatos sociales en esta variable no se visualiza el indicador *deseo como respuesta a presiones sociales* ni tampoco el *deseo vinculado al cumplimiento de mandatos sociales*, por el contrario la entrevistada asocia su deseo materno con cuestiones más personales que se relacionan con un deseo de desarrollo personal, con un proyecto de vida planificada, con un deseo profundo del sentimiento de ser madre a pesar de los impedimentos iniciales y a la búsqueda y constante reflexión de su quehacer como madre por mejorar y disfrutar del vínculo con sus hijos. Algunos fragmentos dan cuenta de ello:

“Para mi es una decisión personal de cada uno, yo nunca dudé de eso, es como que nace en mí la maternidad, nunca se me ocurrió priorizar otras cosas”.

“Estoy por empezar terapia por una cuestión mía, esto de relajarme con los chicos, de compartir espacios con ellos, estoy yo atravesando una cuestión

personal que me hace no poder disfrutarlos a pleno pero sin ninguna duda reconozco en mí que son lo más importante por eso quiero generar algunos cambios en mí, para poder disfrutar de esto que siempre quise, y me digo pero si tengo lo que siempre quise y busqué y listo, y para mí la maternidad y mis hijos son lo mas importante. Antes y ahora”.

Finalmente, la reconstrucción del proceso narrado en la entrevista nos permite visualizar cinco momentos principales. Éstos son:

Momento 1: Asunción anticipada del problema de infertilidad. El inicio del proceso se remonta al noviazgo cuando se diagnóstica un cáncer de testículos a su pareja. Esta enfermedad obliga a realizar una serie de procedimientos médicos a fin de asegurar la posibilidad de tener hijos en el futuro. Tras superar el tratamiento de la enfermedad, la entrevistada y su pareja asumen la necesidad de recurrir a alternativas de fertilidad asistida para conseguir un embarazo. Este conocimiento previo de la situación de alguna manera los prepara para el proceso de búsqueda.

“Antes de casarnos y antes que le hicieran quimioterapia, hicimos una reserva de espermatozoides, los congelamos. Entonces desde siempre supimos que teníamos que hacer tratamiento a la hora de tener hijos. Siempre supimos que teníamos que hacer in ICSI porque de la muestra que teníamos congelados eran muy pocos, entonces no daba para ningún otro tratamiento, ni inseminación ni ningún otro, sólo ICSI. Y cuando me hacen los estudios previos a mí me dio que tenia poliquistosis”.

Momento 2: Decisión de emprender la búsqueda del embarazo. Una vez transcurrido el tiempo previsto desde el matrimonio, se decide emprender la búsqueda del embarazo con absoluta conciencia del tipo de tratamiento al que se verían sometidos. La aceptación del problema y la anticipación de la respuesta médica contribuye a vivir con calma este momento.

“Llegué al médico y le dije: “vengo para hacer un ICSI”, y el médico me dijo: “Bueno a ver para, ¿Por qué un ICS?I”. Y nosotros le dijimos que no podíamos otra cosa y le contamos el caso”.

Momento 3: Inicio del tratamiento. Con actitud optimista y decidida se inicia el tratamiento. Impregna esta etapa un sentimiento de confianza en el éxito del tratamiento y una total disposición a los requerimientos e instancias que ello implica.

“Y de ahí empecé con lo previo, fue muy fácil como muy aceptado por nosotros por que ya sabíamos que iba a ser de esa manera”.

Momento 4: Confirmación del primer embarazo. Si bien la entrevistada se sabe afortunada tras el resultado, este no hace más que confirmar sus expectativas y reconfirmar el sentimiento de seguridad y decisión para emprender un nuevo tratamiento en vistas a tener el segundo hijo. *“Tuvimos la suerte que en la primer transferencia yo ya quedé embarazada”.*

- **Caso 4**

En el caso 4, se pueden visualizar las tres Dimensiones de la variable **MATERNIDAD: Contextual, Personal y Socio Cultural**.

En relación con la primera de ellas, y específicamente respecto del indicador *situación familiar*, la entrevistada relata que siempre contó con el acompañamiento de su familia, su entorno más próximo estaba informado de la problemática y acompañaban a la pareja en el proceso de búsqueda y tratamiento. La entrevistada deja vislumbrar que esta posibilidad de compartir el proceso con el entorno más próximo funcionó como una fuente muy importante de apoyo y contención. Reconoce al respecto la capacidad de sus familiares de sostener una actitud prudente de involucramiento y participación.

“Si, con todos. La familia de mi marido y mi familia, todos sabían y nos acompañaban, obvio que sin meterse demasiado, porque es un tema complejo”.

De todos modos, algunas circunstancias del entorno dieron lugar a sentimientos encontrados. Nos referimos principalmente a la noticia del embarazo de su hermana conseguido de manera natural, lo cual parece intensificar cierto sentimiento de injusticia ante las propias dificultades. Del mismo modo, los comentarios, preguntas y bromas frecuentes del círculo más íntimo o el conocimiento de situaciones vinculadas a embarazos no deseados o no buscados profundiza el permanente cuestionamiento, la continua búsqueda de una explicación respecto de la problemática que debe enfrentar. De alguna manera sus expresiones traducen un *sentirse diferente*, y en cierta medida, excluida de una experiencia que parece darse de manera natural y sencilla a otras personas.

“Encima en ese tiempo mi hermana queda embarazada que ella tampoco podía y quedó naturalmente y otro caso de unos amigos que se estaban por separar y ella quedó embarazada entonces yo pensaba ¡uy Dios por qué pasan estas cosas, porque ellos y el resto si y yo no puedo.”

“Y empezás a ver un montón de cosas, como gente que tenían hijos y los regalaba, o veías en la tele que dejaban un bebé abandonado. En las reuniones familiares también nos preguntaban, para cuando nosotros con hijos, la respuesta nuestra era, che nos casamos hace poco, aunque ya hacía 7 años que estábamos juntos. Llega un momento que te da ganas de decir, qué le importa a los otros para cuando nosotros. Además, también me hacían el típico chiste que me hacían a mí, pero que me molestaba mucho, y era “tenés que cambiar de gallo”, y Diego me miraba, pero pobre aunque no decía nada, yo decía por dentro que gente estúpida porque si yo tengo un problema que no puedo quedar embarazada, de última es él que me tiene que cambiar a mí. Pero bueno, la gente tampoco lo hace adrede, pero son comentarios que a veces molestan.

Otro indicador que se hace presente es la *situación socio-económica*. La entrevistada relata las dificultades de enfrentar los altos costos que suponen los tratamientos requeridos y la cobertura parcial o insuficiente de las mutuales a lo que se suman una serie de gastos adicionales.

“Y después te juega el tema de la guita. A nosotros no nos significó mucho pero es, hay otros tratamientos que son más costosos y si no la tenés a la plata que hacés con el deseo de tener un hijo.

Yo tengo la mutual X y el mi marido tiene XX, me cerraron las puertas lo único que cubría fueron los estudios pero tuvimos que poner otro diagnóstico. No sé qué diagnóstico puso el médico la mutual de mi marido nos reintegró el 50 pero tenés q viajar, el hotel, todo es carísimo, nosotros gastamos casi 8000”.

Finalmente el indicador *situación de pareja* se expresa de diferentes maneras a lo largo de la entrevista. Si bien la entrevistada conocía previamente su problemática de salud, ello no disminuía la ilusión de la pareja de conseguir un embarazo de manera natural al iniciar la búsqueda. Es por ello que en el momento de recibir el diagnóstico éste supone un fuerte impacto para ambos a lo que suma la sorpresa

de un diagnóstico inesperado que complejiza aún más la situación. Desde ese momento, la pareja inicia una vivencia que alterna momentos de esperanza e ilusión como así también de desconsuelo y desconcierto.

“En diciembre, nos pidieron estudios a los 2. Mientras estábamos en esa etapa, y todavía no estaba nada definido, uno tiene muchas esperanzas esperando que salga todo bien”.

“A parte que el doctor le dijo a mi marido que era un problema de los dos, no era sólo exclusivo de la mujer. Yo interiormente pensé que era mío el problema porque a mi marido le habían dado vitamina E para tomar. En ese momento, fue como que a mi marido le chocó. Teníamos que llegar al 14 % de espermatozoides buenos, y mi marido tenía el 8 %. Ahí a él le golpeó”.

“Salimos de la consulta, subimos al auto y nada. Yo llegué al trabajo y me largué a llorar, y me preguntaba por qué a mí. Ese sentimiento tenía, no se lo deseo a nadie, pero solo me preguntaba eso, ¿por qué a mí?”.

Los *sentimientos hacia la maternidad* son un indicador de presencia significativa respecto de la **Dimensión Personal** de esta variable y se expresan principalmente cuando la entrevistada relata la etapa inicial de la experiencia de ser madre. Al respecto reconoce cierta desorientación y una autovaloración negativa sobre el desempeño de este nuevo rol. Refiere a una vivencia *teñida* de auto cuestionamientos y sentimientos de culpa que va cediendo luego a la fundación progresiva de un vínculo positivo. Éste parece basarse en un proceso de apropiación de la nueva experiencia, un encuentro consigo misma en relación a la maternidad y un conocimiento más profundo de su bebé. Esta nueva vivencia se profundiza con sentimientos de completud y felicidad. Algunas expresiones dan cuenta de ello:

“Pasé por varias etapas, los primeros días no me encontraba, estaba perdida decía en que me metí, me preguntaba si no tenía instinto maternal porque no sabía qué hacer, la nena lloraba, no la podía calmar y todos esperan que vos la calmes, decía ¡qué mala madre que soy!. No era lo que me imaginaba al principio en esto de no saber que hacer con ella, como desenvolverme. Pero pasando los días me fui encontrando con esto de ser madre y fui conociéndola a mi bebé y la verdad es lo mas lindo que me pasó en la vida...”

Con respecto a la **Dimensión socio-cultural** de la variable **MATERNIDAD**, ésta se expresa principalmente a través de los indicadores *mandatos familiares* y *prototipos de género*. En relación con el primero de ellos para la entrevistada la experiencia de la maternidad se expresa como culturalmente establecida y fuertemente instituida en el seno familiar como corolario del matrimonio. Esta concepción de la maternidad se traduce en significados heredados desde la infancia, compartidos explícitamente en espacios de diálogo familiar y que termina promoviendo la emergencia de una clara expectativa respecto de la llegada de los hijos.

En síntesis, la maternidad excede la definición de un proyecto de vida personal, definiéndose claramente como construcción social del grupo al cual pertenece. Deseo de maternidad y naturalización de esa experiencia conforman de este modo una totalidad indisoluble en la vivencia de la entrevistada.

Por su parte el indicador *prototipo de género* se hace manifiesto cuando la entrevistada reconoce en la edad un factor importante a la hora de definir el momento *adecuado* para ser madre. Existiría, desde la concepción expresada en la entrevista, una edad justa e indicada para la maternidad. Se trata de una representación construida previamente que orienta la decisión de emprender el proceso de búsqueda. De alguna manera, estas construcciones develan ciertos prototipos de género que incluyen un conjunto de ideales, valores, mandatos y creencias, y forman parte del imaginario social de un determinado momento histórico y contexto cultural.

Por ejemplo:

“Yo por ahí pensaba siempre ser mamá antes de los 30 o a los 30 y fui justo a esa edad, pienso que hubiera hecho si hubiese sido mamá de más chica,

pienso que cada cosa tiene que ir en su momento, si hubiese sido antes le hubiera puesto el pecho y lo hubiera tenido”.

Esta configuración de significados es el marco en que emerge el **DESEO DE MATERNIDAD**. La dimensión socio-cultural de esta variable se expresa a partir de reconocer en la maternidad una expectativa heredada, transmitida e instalada en su proyecto de vida a través de su crianza. En este marco, ser madre es la mayor aspiración, “un sueño”, un ideal cargado de valores.

“Fui criada un poco a la antigua, entonces era como que uno se tenía que casar y tener hijos. No estaba dentro de los planes no tener hijos. Siempre tuvimos con mi mamá y mi papá una charla cercana, tanto sobre sexualidad como de lo que implica tener un hijo, inclusive tener un hijo de adolescente. Siempre lo tomé como que era un sueño tener hijos”.

El **DESEO DE MATERNIDAD** se traduce en decisión al llegar a la edad *indicada*, una decisión que se configura espontánea y naturalmente, anclada en un deseo que es la respuesta a un plan de expectativas profundamente internalizado.

La búsqueda de realización personal emerge (dimensión subjetiva) como indicador en este tipo de expresiones y se confirma en una vivencia de plenitud tras la meta de ser madre.

“Yo ya tenía 27 años y ya estábamos los 2 en una edad linda que si sucedía, venía bárbaro”.

“...ella es todo para mí, llena mi vida en todos mis aspectos. Si bien yo trabajo bastante pero lo tengo que hacer, cuando llego a casa soy feliz con mi hija. Aparte también con mi marido compartimos otras cosas, ahora somos tres, una familia y nuestra vida gira en torno a ella”.

Asimismo, el hijo se representa asociado a una vivencia de gratificación, un sentirse o saberse obsequiado, privilegiado con una experiencia de naturaleza superior (*expectativas sobre la figura del hijo*).

“Pero es tan grande el amor y el deseo de tener un hijo que no te importa nada, en el momento por ahí hay cosas físicas que te molestan o no son muy agradables pero eso después pasa y te queda el regalo más grande que uno puede tener que es un hijo, bah! eso es lo que yo pienso”.

Respecto a la variable **INFERTILIDAD**, las referencias a la **Dimensión bio-médica** contienen detalles de cómo se inicia y se va transitando el proceso. Las expresiones refieren a los diferentes indicadores de la dimensión: *tipo de diagnóstico, gravedad del cuadro y etiología*, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

“Sería anovulación, o sea ausencia de ovulación, y tengo deformidad en las trompas. No tengo las trompas tapadas, pero si son deformes. Una en vez de tener forma de v corta, una hace un espiral y en vez de ir hacia el ovario, va hacia el útero, y la otra es muy alta, en vez de doblar la v, es alta para arriba. También se trataba mi marido, porque el porcentaje de espermatozoides no era el apto, era como que éramos incompatibles entre nosotros. Lo de las trompas no tenía solución, tampoco era grave porque con una inseminación se llegaba, pero lo de la ovulación si fue lo que costó. Incluso, para provocar una ovulación estuve casi un mes y medio con inyecciones porque no había forma de generar un óvulo”.

La **Dimensión psicológica – emocional** de la variable **INFERTILIDAD**, reúne significativas referencias a sentimientos de tristeza, dolor, miedo, culpa, bronca, impotencia e incluso celos o envidia hacia parejas que tienen hijos de manera natural.

“Mi hermana queda embarazada que ella tampoco podía y quedó naturalmente y otro caso de unos amigos que se estaban por separar y ella

quedó embarazada entonces yo pensaba ¡uy Dios por qué pasan estas cosas, por qué ellos y el resto si y yo no puedo”.

Como se ha expresado, a pesar de conocer previamente la existencia ya confirmada de una problemática de salud que podía impedir la concepción de un hijo de manera natural, un sentimiento de esperanzado optimismo caracterizaba los momentos iniciales de la búsqueda: *“Mientras estábamos en esa etapa, y todavía no estaba nada definido, uno tiene muchas esperanzas esperando que salga todo bien”.*

Tras la confirmación más precisa del diagnóstico y de las alternativas de abordaje del problema la pareja comienza a transitar un proceso muy doloroso desde el punto de vista emocional. En este marco, la entrevistada comienza a vivenciar fuertes sentimientos de culpa. Asume al respecto una actitud de autocuestionamiento, asumiendo la responsabilidad de no poder ofrecer a su marido la experiencia de la paternidad, lo que –desde la vivencia- es significado como un acto de injusticia. El sufrimiento se intensifica así con pensamientos sobre la posibilidad de dar fin a la relación.

“Tuve toda una etapa con la que empecé con el tema de la culpa. Si bien el doctor nos decía siempre que era un problema de los 2, la que no ovulaba era yo. Yo decía, por qué tengo que hacer vivir esto a mi marido, no se lo merecía, y yo pensaba que por ahí con otra persona podría tener hijos sin tener que pasar por todo lo que pasamos. Después, también se te viene la idea a la cabeza de que si no funciona, después de probar, lo dejo libre”.

En este caso, nuevamente, el dolor emocional se acompaña de dolor físico a lo que suma una experiencia de tedio y cansancio. Las expresiones de la entrevistada parecen traducir la sensación de estar transitando un camino del que no es posible visualizar el final, una experiencia interminable e incierta.

“Cuando salí dije que a eso no lo hacía nunca más, porque es muy tedioso todos los estudios y cosas que te tenés que hacer. Y eso que yo no llegué a

nada en realidad, pero igual. Lo mío fue la cuestión previa, para llegar al óvulo yo me hacía ecografías transvaginales todos los días, durante casi 10 días. Y era ir y nada, nada, es muy desgastante. En un momento se detectaron 3 folículos, y eso habría posibilidades, pero que podían ser que sirva 3, 2, 1 o ninguno”.

A modo de síntesis, la reconstrucción del proceso narrado en la entrevista nos permite visualizar cinco momentos principales. Éstos son:

Momento 1: La pareja **decide convivir y planean casarse al año siguiente**. En ese momento **abandonan los métodos anticonceptivos**. La pareja da lugar así a la posibilidad de un embarazo en el mediano plazo anticipando posibles dificultades dado el conocimiento previo de una problemática asociada con la fertilidad.

“Yo ya venía arrastrando mi problema, yo menstrúo cada 7 u 8 meses. Entonces cada vez que yo iba al ginecólogo o al endocrinólogo preguntaba qué iba a pasar el día que quiera tener hijos, y me decían que iba a costar un poquito por el mismo hecho de no saber cuándo ovulaba. Así y todo, siempre con mi marido nos cuidamos, pero bueno, uno no sabía. Con mi marido nos fuimos a vivir juntos primero y nos casamos en marzo de 2010, y un año antes yo deje de tomar las pastillas y no nos cuidamos más, que sea lo que Dios quiera. Si quedaba embarazada y estaban los planes de casamiento, de última se postergaba. Yo ya tenía 27 años y ya estábamos los 2 en una edad linda que si sucedía, venía bárbaro”.

Momento 2: Luego de un año y unos meses sin emplear métodos anticonceptivos **deciden realizar una consulta médica** para precisar el diagnóstico, iniciando así una serie de estudios.

“Cuando hicimos la primer consulta con el especialista fue lo primero que nos preguntó, cuánto hace que están buscando y no sucede, y ya hacía un

año y unos meses. Ahí nos pidió todos los estudios para ver donde radicaban mis problemas”.

Momento 3: Consulta con especialista y recepción de un diagnóstico que involucra problemas en ambos miembros de la pareja. El carácter inesperado y la complejidad de la situación supone un fuerte impacto emocional.

“Sí. Hicimos dos consultas primero y fue ahí cuando les llevamos los resultados de los estudios que me hice en Córdoba, nos dan el informe y ahí vemos que estaba todo excelente. Al de mi marido no lo entendíamos, pero igualmente calculábamos por los valores referenciales que estaba todo bien. Y no, cuando el especialista vio las trompas y empezó a explicarnos el recorrido que hacía y demás, nos dijo que ese informe no le servía, que era totalmente errado y nos explicó bien como era todo el funcionamiento. Ahí salimos de la consulta, subimos al auto y no hablábamos ninguno de los dos. Aparte que el doctor le dijo a mi marido que era un problema de los dos, no era sólo exclusivo de la mujer. Yo interiormente pensé que era mío el problema porque a mi marido le habían dado vitamina E para tomar. En ese momento, fue como que a mi marido le chocó. Teníamos que llegar al 14 % de espermatozoides buenos, y mi marido tenía el 8 %. Ahí a él le golpeó”.

Momento 4: Inicio y realización del tratamiento. La pareja inicia el tratamiento con la permanente orientación del especialista e intentando sostener una actitud optimista y esperanzada.

“Mi marido le puso mucha pilas y me decía: “vamos hacer el tratamiento y va a salir todo bien”

Momento 5: Se confirma el embarazo y se inicia un proceso de nuevos y estrictos cuidados. La atención de la pareja se centra ahora en el desarrollo de la gestación hasta

el momento del parto. Este momento los encuentra muy unidos, comenzando a transitar una experiencia de mayor disfrute.

“A mí me hicieron una inseminación y ahí nomás quedé me hice el test y no daba positivo, me dio negativo lloraba ahí en el baño, entonces el especialista me pide un análisis de sangre y me da hormonalmente positivo, ya estaba de 20 días.

“Al ser un embarazo por inseminación son de riesgos, yo hasta el primer trimestre me hice todos los controles con él especialista, el en un momento dijo bueno a partir de ahora es un embarazo normal, yo me tenía que poner pastillas para la retención que me molestaba bastante son como unos óvulos, casi durante 2 meses me tuve que colocar esas pastillas. Fue de lo más cuidado el embarazo”.

5.2. Análisis comparativo entre casos (Fase 3)

Luego de haber realizado un análisis en profundidad de cada caso caracterizando los momentos principales que conforman el proceso de búsqueda de un hijo, a continuación se realizará un análisis comparativo entre los casos estudiados identificando diferencias y regularidades.

Respecto de la variable **MATERNIDAD**, la **dimensión socio-cultural** se expresa de manera significativa en tres de los casos analizados (casos 2, 3 y 4) vehiculizando, aunque con matices, los siguientes sentidos:

- la maternidad es el *corolario del matrimonio* y
- la maternidad es una *aspiración idealizada* cargada de *valores*
- ser madre, en tanto construcción cultural, es una expectativa *heredada* desde etapas tempranas
- ser madre es una *certeza* instalada y naturalizada en un proyecto de vida internalizado desde la infancia

Además, en el caso 4, la maternidad se define en este proyecto asociada a una determinada edad de la mujer que sería más adecuada.

En cambio, en el caso 1, este tipo de apreciaciones están ausentes. La maternidad emerge como opción personal que, en principio, se encuentra libre de condicionantes externos.

Por su parte, y con relación a la **dimensión contextual** de esta misma variable, es posible advertir que en términos generales el entorno más cercano desarrolla un importante rol de sostén, apoyo y contención. Esta valoración se expresa siempre que la participación de los actores del entorno haya sido prudente y de algún modo regulada por la pareja, o bien, que los allegados hayan transitando una experiencia similar. Sólo en el caso 3 se señala que el conocimiento detallado del problema y del proceso de búsqueda por parte del entorno familiar habría conducido a intensificar o amplificar la carga emocional del proceso. De todos modos, parece ser común a todos los casos, la valoración de un acompañamiento capaz de sostener a la pareja en el proceso de

búsqueda sin invadir su intimidad o profundizar la vivencia de desánimo o desesperanza.

Las dificultades económicas que supone el tratamiento son mencionadas en dos de los casos (casos 1 y 4), al igual que la valoración del apoyo profesional en espacios de terapia psicológica (caso 1, 2 y 3). En el caso 1, el acompañamiento terapéutico está presente durante todo el proceso, sosteniendo la reflexión respecto del deseo de maternidad, el proceso de tratamiento e incluso las instancias iniciales tras el nacimiento. En el caso 2, la terapia se sitúa antes de iniciar a la búsqueda a partir de reconocer una problemática emocional previa. En el caso 3, por su parte, se recurre al apoyo terapéutico para abordar el vínculo con el nuevo hijo.

En cuanto a la relación de pareja, en todos los casos se expresa como componente central tanto en el momento de decidir iniciar la búsqueda del hijo como durante todo el proceso de búsqueda. En ninguno de los casos la maternidad se concebiría por fuera de una relación de pareja estable.

La dimensión **personal** de la variable maternidad es quizás una de las que presenta mayores diferencias entre los casos analizados. Si bien en todos los casos la maternidad se asocia a un componente de identidad o autodefinición personal que se manifiesta en sentimientos de completud y profunda felicidad, algunas diferencias son notables entre los casos:

- en el caso 1 es entendida como experiencia central pero complementaria de otros aspectos de la vida personal;
- en el caso 2 la maternidad supone una experiencia de transformación y profunda revisión de prioridades, desplazando a sí misma del centro de la escena.
- en el caso 3 la maternidad emerge como componente de identidad y se define como un estado que pre-existe en la naturaleza de la persona.
- En el caso 4, la maternidad se vive como parte de un proceso de aprendizaje dificultoso y progresivo.

Si se considera ahora la variable **INFERTILIDAD**, se puede advertir que la dimensión **bio-médica** reúne en todos los casos referencias al tipo de diagnóstico, gravedad del cuadro y etiología. Sin embargo la precisión y detalle con que se incluyen dichas

referencias presenta algunas diferencias. Mientras que en los casos 2 y 4, las expresiones son más vagas e imprecisas, en los casos 1 y 3 se da cuenta del manejo de un vocabulario especializado y se manifiesta la posibilidad de ofrecer más detalles al respecto. En estos dos últimos casos, el conocimiento profundo y preciso de la situación parece vincularse con una actitud más activa frente a la problemática. Esta actitud, se puede inferir, conlleva el esfuerzo y la inquietud de participar intensamente en todas las instancias del proceso, contando con referencias e información precisa de cada variable involucrada.

Nuevamente, la dimensión **psicológica-emocional** de esta variable nos permite establecer una diferenciación entre los dos pares de casos referidos precedentemente. Los casos 1 y 3, dan cuenta de actitudes de optimismo, búsqueda activa de soluciones y posicionamiento resolutivo. En el primero de ellos, estas características parecen vincularse principalmente con la personalidad de la entrevistada quien asume el proceso en términos de desafío personal. Por su parte, el caso 3, consigue sostener esta posición optimista y confiada gracias a la posibilidad de descansar en anticipaciones y previsiones del caso a partir de contar con el diagnóstico mucho antes de emprender la búsqueda. En este último caso, parece haberse transitado un proceso previo de duelo sobre la posibilidad de tener un hijo de manera natural. De todos modos, ambos casos expresan haber vivenciado momentos puntuales de tristeza o frustración que han conseguido resolver evitando que el diagnóstico interfiera de manera determinante en sus vidas individuales y de pareja.

A diferencia de los dos anteriores, los casos 2 y 4 dan cuenta de una experiencia de profundo dolor psicológico y físico, con instancias de fuerte desánimo, desconsuelo y desesperanza. Ambos coinciden además en sentimientos de enojo, miedo, envidia e impotencia ante la situación que deben afrontar. El diagnóstico supone un desajuste en sus vidas, es vivido como un momento de crisis tanto a nivel individual como en el seno de la pareja. De todos modos, el caso 4 presenta una nueva diferencia: un intenso sentimiento de culpa a partir de asumir el problema como responsabilidad personal.

Finalmente, la variable **DESEO DE MATERNIDAD**, recupera la dimensión socio-cultural tras el reconocimiento en todos los casos de una mayor o menor incidencia de mandatos familiares y prototipos de género que condicionan y posibilitan la emergencia

y explicitación del deseo de ser madres. De todos modos ésta es una dimensión que reconoce algunas diferencias entre los casos analizados:

- En el caso 1, el deseo deja margen para otras búsquedas personales que se complementan con él.
- En caso 2, el deseo converge con la consecución de un conjunto de condiciones: noviazgo, matrimonio, estabilidad laboral, vivienda, solidez en el vínculo de pareja, etc.
- En el caso 3, el deseo toma cuerpo como firme decisión compartida y consensuada con la pareja en el marco del matrimonio.
- En el caso 4, el deseo se expresa con aspiración principal y como expectativa instalada desde la crianza en función de modelos familiares.

La **dimensión subjetiva** de la variable deseo de maternidad en todos los casos reconoce una meta de autorrealización. Todas las entrevistadas dan cuenta de una vivencia de plenitud asociada a la experiencia de ser madres y cómo ésta se integra en el proyecto de vida de cada una de ellas y sus parejas. De todos modos, el posicionamiento de cada entrevistada es diferente.

En el caso 1, el deseo de maternidad se convierte en objeto de reflexión en el ámbito de la terapia y se proyecta en algunas expectativas respecto de ser madre vinculada con los valores de autonomía, libertad individual y desapego.

En el caso 2, el deseo se convierte en *necesidad* durante la búsqueda dada la carga emocional que esta meta ha adquirido en un proyecto de vida definido desde etapas más tempranas.

En el caso 3, el deseo es representado como expresión *innata* que emerge espontáneamente como manifestación de un destino predeterminado e internalizado.

En el caso 4, el deseo se vincula con la proyección de una experiencia de profunda gratificación, la posibilidad de acceder a un privilegio u obsequio de la vida.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tras el análisis individual de cada caso y la identificación de las principales regularidades y diferencias entre ellos, podemos concluir que la infertilidad es una experiencia individual que cada mujer transita según sus diferentes posibilidades y recursos dependiendo de diferentes factores como personalidad, relación de pareja, significados atribuidos a la maternidad, conformación del entorno más cercano, etc.

Asimismo, es claro que la maternidad no es sólo un hecho biológico estrictamente asociado a un instinto de supervivencia. El análisis precedente ofrece claras muestras de una construcción cultural multideterminada, que supone la convergencia de condiciones etarias, históricas y contextuales. Prototipos de género, mandatos familiares e imaginarios sociales respecto del concepto de maternidad y familia condicionan, aunque de diferentes maneras y en diferente grado, la configuración del deseo materno y la búsqueda del embarazo en todos los casos.

De todos modos, es posible hipotetizar algunas regularidades que dan cuenta de dos tendencias generales. Estas tendencias representan dos modalidades diferentes en la configuración del deseo materno a partir del diagnóstico y tratamiento de problemáticas de infertilidad. Ninguna de ellas se manifiesta de manera pura o exclusiva en ninguno de los casos considerados individualmente pero sí resultan ilustrativas de las principales regularidades y recurrencias identificadas al considerar las relaciones entre variables y dimensiones.

Como conclusiones generales del presente estudio, en este último capítulo desarrollaremos las características de cada una de las citadas tendencias en términos de las actitudes que se privilegian, los significados atribuidos a la maternidad y cómo estas condiciones se vinculan con la configuración del deseo materno. Finalmente, describiremos la configuración que asumen los diferentes momentos del proceso de búsqueda del hijo en el marco de una y otra tendencia o modalidad.

Deseo de maternidad e infertilidad: tendencias generales

Tendencia A: el deseo materno como reflexión y elección libre (representada principalmente por los casos 1 y 3)

En una primera tendencia, un posicionamiento seguro, decidido y reflexivo respecto de la maternidad parece favorecer una actitud positiva hacia la búsqueda de soluciones. Todo ello se vincula con sentimientos de optimismo y una vivencia de estabilidad emocional que se sostiene durante el proceso. Además, cuando el deseo de maternidad se expresa en términos de firme decisión compartida con la pareja, ello parece contribuir aún más al desarrollo de una posición activa y resolutiva.

Este posicionamiento frente al problema parece verse facilitado por la configuración de contextos de apoyo representados por el grupo de pares o el espacio terapéutico. Asimismo, la configuración del deseo de maternidad como componente complementario -no exclusivo- de autorrealización personal, convierten a la búsqueda del embarazo en un desafío personal que se manifiesta libre de condicionantes externos.

Finalmente esta posición decidida, de apropiación activa del problema de infertilidad, parece vincularse también con un conocimiento profundo de sus características biomédicas. De esta manera se va configurando una vivencia no traumática, que conseguiría superar sentimientos de tristeza momentáneos y terminaría por fortalecer el vínculo en la pareja.

Esta tendencia es representativa de cómo en la actualidad se va instalando la idea de una maternidad conciente que es elegida libremente como derecho y opción de vida, diferenciándose de aquellas interpretaciones que la ubican como destino irrenunciable. En este marco, el deseo de hijo ya no se presenta como una única meta sino que es compartido con otros ideales y ámbitos de la vida personal y profesional (Carril, 2000; Oiberman, 2001; Garriga, 2010).

Tendencia B: Naturalización del deseo materno como expectativa heredada (representada principalmente por los casos 2 y 4)

En una segunda tendencia, cuando la maternidad es entendida como destino ineludible en la vida de una mujer, el deseo materno emerge asociado a la certeza de su cumplimiento. Fuertes expectativas consolidadas a lo largo de la historia de vida, sostenidas por el entorno próximo y compartidas por la pareja son las condiciones que terminan por dar forma a una vivencia de profundo dolor ante la imposibilidad de alcanzar esta meta tal como había sido proyectada. La maternidad, en este caso, como experiencia o estado fuertemente instituido adquiere el status de “lo normal” o

“natural”. De allí la intensidad emocional con que se vive el proceso y con que se refuerza el deseo, todo lo cual convive en una experiencia que conjuga desánimo y desesperanza.

En esta tendencia se manifiesta aún más claramente cómo la vivencia en relación a la idea de la maternidad no es una construcción individual y original sino que deviene de un universo simbólico heredado. En estos casos se internaliza la histórica sobrevaloración del rol reproductivo de la mujer, dando lugar incluso a la postergación o renunciamiento de otros espacios de la vida personal y profesional. Tal como se manifiesta en los casos analizados esta construcción se inicia en etapas tempranas involucrando procesos identificatorios de cada sujeto con modelos parentales así como identificaciones de género (Langer, 1976; Oiberman, 2001; Calderón, 2005).

Esta naturalización de la maternidad como aspiración incuestionable conduce a interpretar al deseo como parte de la naturaleza de todas las mujeres. Desde allí, parece desarrollarse una actitud menos reflexiva respecto de lo que significa para cada sujeto ser madre, las expectativas proyectadas respecto del hijo, el impacto en otros ámbitos de la vida personal y familiar o, incluso, la experiencia que implica la búsqueda misma.

En este marco, el diagnóstico atropella, arrasa con este conjunto de expectativas desencadenando un proceso de profundo sufrimiento. Los sentimientos de injusticia, frustración, culpa o desorientación se manifiestan intensamente (Faria, 1990; Palacios y Jadresic, 2000; Herz, 1989, cit por Leal & Pereira, 2005; Burt & Hendrick, 2005).

Tendencias y momentos en la búsqueda del hijo

Tal como se ha descrito para cada uno de los casos, es posible identificar una serie de momentos o fases en el proceso de búsqueda del hijo. Estas fases adoptan diferentes características en cada caso en relación con la manera en que se configura el deseo de maternidad y las significaciones atribuidas a la experiencia de ser madre. A pesar de las diferencias identificadas se han definido una serie de regularidades que permiten nuevamente referir a las tendencias o modalidades generales descriptas precedentemente.

Primera fase o momento: Decisión de iniciar la búsqueda

En términos generales, la primera fase del proceso, situada en la *decisión de iniciar el proceso de búsqueda* se configura de manera similar en el marco de ambas tendencias. En todos los casos prima una inquietud construida de manera compartida en el seno de la pareja tras un proceso de consolidación de una relación estable. Con diferente intensidad, un conjunto de condiciones contextuales conducen a definir el momento considerado como adecuado u oportuno para iniciar la búsqueda. Nos referimos, como ya se ha expresado, a condiciones vinculadas con la edad, la situación laboral, la estabilización del vínculo de pareja, el tiempo transcurrido desde el matrimonio, entre otras.

Además, aún cuando se conoce previamente la posibilidad de enfrentar dificultades en el proceso, prima en todos los casos la construcción de fuertes expectativas e ilusiones que se traducen en cierta certeza acerca de la consecución de un embarazo en el corto plazo.

Las diferencias principales entre las tendencias propuestas se relacionan con el papel que juegan en cada caso las presiones y mandatos sociales, estereotipos de género, expectativas familiares y concepciones heredadas respecto de la maternidad. Cuando estas condiciones adquieren centralidad, tal como ocurre en el marco de la tendencia B, las posibilidades de anticipar dificultades o relativizar el éxito del proceso se reducen, lo que parece ir construyendo las bases de una experiencia de mayor desilusión y costo emocional. En cambio, en el marco de lo que se configura como tendencia A, contar con recursos anticipatorios, el dominio de información sobre la temática y una perspectiva reflexiva sobre la decisión, parecerían constituir las bases de una experiencia menos dolorosa.

Esta primera fase o momento culminaría cuando, tras un período infructuoso de búsqueda, emerge la sospecha o preocupación por una posible problemática específica y se decide la consulta con el especialista médico. Es común a ambas tendencias la extensión relativa del período de búsqueda que oscila alrededor de *un año* de mantener relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos.

Segunda fase o momento: El diagnóstico

A continuación se inicia una segunda fase o momento de *diagnóstico*, donde se confirma la o las problemáticas específicas de cada caso. Aquí es posible, nuevamente, establecer una diferenciación general entre ambas tendencias. Cuando prima la tendencia A de afrontamiento del proceso, la recepción de la noticia o la confirmación de las anticipaciones fundadas en diagnósticos previos, es vivida con serenidad y una actitud de fuerte involucramiento en el dominio de los detalles del diagnóstico y las alternativas de abordaje. Los ya mencionados componentes de una personalidad proactiva y segura, contribuirían a adoptar una posición de apropiación protagónica en la búsqueda de soluciones.

En cambio, las características que definen la tendencia B parecen conducir a una fase de significativa desolación, frustración y tristeza (Leal & Pereira, 2005), con componentes de negación y un estado que, recuperando los aportes de Syme, puede identificarse como de cierta *paralización* y *distancia o exclusión* respecto de los demás (1997 in Palacios & Jadresic, 2000). En estos casos, se inicia una sub-fase donde la pareja se aboca a la elaboración del duelo por la pérdida de control natural del proceso, intentando manejar los sentimientos frente al diagnóstico. Es frecuente en esta instancia la emergencia de sentimientos de bronca, enojo y búsqueda de una explicación de la situación de infertilidad (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000). Como se ha constatado en algunos casos este es un momento de profunda alteración de la estabilidad emocional que puede, incluso, repercutir en el vínculo y la comunicación entre los miembros de la pareja (Read, in Moreno-Rosset, 2000, pag 52).

Tercera fase: Desarrollo del tratamiento

Un tercer momento o fase puede identificarse con el planteamiento de la acción a emprender según las alternativas de tratamiento que se proponen a la pareja y las posibilidades de cada una en función del diagnóstico que poseen (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000).

Nuevamente, los recursos y características propios de lo que se ha identificado como tendencia A contribuyen al sostenimiento de un sentimiento de optimismo y una disposición confiada a los requerimientos de cada tratamiento, aún cuando éstos sean de alta complejidad. En cambio, cuando priman los significados y sentimientos propios de lo que se ha definido como tendencia B, el proceso de tratamiento se presenta como un

estado de significativo estrés y momentos de desesperanza. Son propios de esta fase los sentimientos de culpa, ansiedad y soledad que alternan con períodos de renovada esperanza e ilusión. Es una fase de gran incertidumbre y temores vinculados con la posibilidad de fracaso del tratamiento (Kubler-Ross, in Moreno-Rosset, 2000).

Cuarta fase: espera y confirmación de los resultados

En todos los casos analizados los resultados de cada tratamiento iniciado son positivos. Aún cuando algunos de ellos han debido enfrentar intentos fallidos, en el mediano plazo confirman la consecución del embarazo y ello supone un momento de gran felicidad para la pareja (Faria, 1990). Si bien los sentimientos de profunda alegría son comunes a todos los casos, en aquellos que representan de manera principal la tendencia A, la recepción de la noticia significa la confirmación del resultado esperado y un fortalecimiento de la confianza y seguridad inicial. Este posicionamiento puede, incluso, conducir a proyectar la posibilidad de iniciar la búsqueda de un segundo embarazo.

Como sutil diferencia, en aquellos casos que pueden situarse como principalmente representativos de la tendencia B, la confirmación del embarazo supone un profundo alivio y la toma de conciencia de la carga de estrés a la que la pareja ha estado sometida durante el proceso.

A modo de síntesis final, puede concluirse que, si bien el deseo de maternidad se expresa clara e intensamente en todos los casos, se han identificado algunas diferencias centrales:

- Su exclusividad y/o complementariedad respecto de otras metas o ideales.
- Su configuración como componente inherente de la naturaleza femenina y/o como objeto de reflexión explícita.
- El deseo como búsqueda de un destino ineludible y/o como búsqueda de autorrealización personal entre otras opciones.
- El deseo asociado a una imagen instituida y/o naturalizada acerca de la maternidad o asociado a valores de libertad y autonomía personal.
- El deseo como herencia y/o como construcción y decisión personal.

El peso o prevalencia de una u otra opción de cada par condicionaría la posibilidad de transitar la problemática de la infertilidad como una experiencia no traumática o con una cuota menor de dolor psíquico. A estas condiciones se sumará la posibilidad de contar con espacios de contención y acompañamiento entre los que cobran especial relevancia: el vínculo de pareja, el entorno familiar y de pares y, especialmente, la posibilidad de contar con apoyo profesional.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFIA

- Ávila Espada, A y Moreno-Rosset, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad: orientaciones para un protocolo de actuación clínica. Universidad complutense de Madrid y Universidad de Educación a Distancia (UNED). Extraído de sitio web: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf>
- Blanco, L. (1999). Técnicas actuales de reproducción asistida. Actualidad psicológica N° 271.
- Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman. (2003). Definición y causas de la infertilidad. Centro de estudios en ginecología y reproducción. Buenos Aires. Extraído de sitio web: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf>.
- Burgo, C. Parir con Pasión. (2004). Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento. Longseller.
- Carril, E. El deseo parental. (2000). El ayer y el hoy de una lectura compleja. Facultad de Psicología de la Universidad de la República de Uruguay. Extraído de sitio web: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro2.
- Calderón. K. (2005). Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal y no formal. Revista electrónica “Actualidades investigativas en educación”. Vol 5 numero 1, Universidad de Costa Rica. Extraído de sitio web: <http://www:redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>
- Chavez-Courtois, M. (2004). Presencia de esterilidad: actores o sujetos en la actualidad. Cuicuilco, vol 11 numero 31, Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), Distrito Federal, México. Extraído de sitio web: <http://www:redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp>
- Delgado, D. (2008). El deseo de un hijo en la literatura psicoanalítica. Facultad de Filosofía. Universidad complutense de Madrid. Extraído de sitio web: <http://www:eprints.ucm.es/8086/1/T30553.pdf>
- Garriga, C. (2010). El lugar de la maternidad en las subjetividades de las mujeres contemporáneas. Más allá del destino biológico. Extraído de sitio web:

[http:// www: ebookbrowse.com/5-el-lugar-de-la-maternidad-en-las-subjetividades](http://www.ebookbrowse.com/5-el-lugar-de-la-maternidad-en-las-subjetividades).

- Langer, M. Maternidad y sexo. (1976). Estudio psicoanalítico y psicossomático Biblioteca de Psicología Profunda. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- León, O y Montero, I (2003). Métodos de investigación en psicología y educación. Tercera edición. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Meléndez, J y otros. (2000). Depresión y ansiedad en distintos periodos de la evolución de la esterilidad. Extraído de sitio web: [http:// www: .medigraphic.com/pdf](http://www.medigraphic.com/pdf).
- Oliveira, C. (2010). Variables psicológicas en la infertilidad. Universidad de Salamanca. Extraído de sitio web: [http:// es.youscribe.com](http://es.youscribe.com)
› Catálogo › Savoirs › Ciencias formales.
- Oiberman, A. H (2001). Historias de las madres de occidente: repensar la maternidad. Universidad de Palermo. Extraído de sitio web: [http:// www. palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf](http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf)
- Palacios, E y Jadresic, E. (2000). Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Chile. Extraído de sitio web: [http://: www.scielo.cl/scielo.php](http://www.scielo.cl/scielo.php)
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. Revista de estudio se genero la ventana. Universidad de Guadalajara, México. Extraído de sitio web: [http://: redalyc.uaemex.mx/.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/.pdf)
- Palomar Vereá, C. (2002). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. Universidad de Guadalajara, México. Extraído de sitio web: <http://www.debatefeminista.com/Pdf>
- Rodríguez, B. (1999). Acerca del “deseo de hijo”, en el marco de la reproducción asistida: un interrogante. Actualidad psicológica N° 271.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Universidad de Granada. . Extraído de sitio web: [http:// www.ugr.es/~esmujer/.../Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf](http://www.ugr.es/~esmujer/.../Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf)

- Jesús Escudero Macluf, Luís Alberto Delfín Beltrán y Leonor Gutiérrez González. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales.
- Stake, Robert. (1998). “Investigación con estudios de casos”. Madrid. Ediciones Morata.



ANEXOS

ANEXOS. Transcripción completa de las entrevistas

Caso 1

Nombre: Carola

Edad: 34

Profesión: Psicopedagogía

Pareja: Si

Hijos: 2. Uno naturalmente y otro por tratamiento

¿Cuál es tu diagnóstico?

Poliquistosis, trombofilia.

Antes del diagnóstico, en el pasado, desde tu adolescencia ¿Qué era para vos la maternidad? ¿Qué imaginabas?

No se, siempre me imagine que iba a ser madre, como una cosa si o si y también como que me había puesto un límite, si antes de tal edad no tenía hijos era como que no tenía sentido la existencia.

¿Qué era para vos la maternidad? (Un desarrollo personal, una cuestión cultural)

Era como que yo me veía a la gente que no tenía hijos como una vida vacía, como que los hijos te llenan la vida, pensaba, que era lo que le daba sentido a tu existencia, como que con la maternidad vos explicas a que venís al mundo. Pensaba que por ejemplo los hombres al no poder concebir, al no poder estar embarazados, no le encuentran sentido a su existencia por eso tienen tantas búsquedas fuera de la familia. Y que la mujer con un hijo ya le da sentido a su vida y no necesita nada más, después eso es mentira. Cuando los tenés te das cuenta que necesitás hacer otras cosas también. Cosas que también le dan sentido a tu vida, como que no queda sola ahí, en tener hijos.

Una vez en pareja ¿Cómo comienza la búsqueda? ¿Cómo deciden? ¿A partir de cuando?

En la luna de miel, mi marido me dijo si yo tenía ganas de tener un hijo rápido por que el ya era viejo, sentía que tenía ganas de tener un hijo lo mas rápido posible, entonces ahí nos pusimos a buscar y estuvimos 8 meses buscando y yo ahí ya tenía la sensación de que había algún problema, como una intuición, entonces ahí fuimos al médico y enseguida le hicieron un espermograma a mi marido y ahí le detectaron que tenía oligoastenozoospermia, oligo es pocos, asteno, que son vagos y zoo es deformes, la morfología. Después de ahí me entraron hacer estudios a mí, yo me creía que estaba bárbara y no, ahí me dijeron que tenía poliquistosis y trombofilia. La trombofilia me la descubren después de haber hecho un par de tratamientos, varios ICSI. La poliquistosis no, desde el vamos. El médico me vio y enseguida me mando hacer unos análisis y ahí me la diagnostico.

O sea que la primer consulta con el médico fue luego de 8 meses de búsqueda sin cuidarse.

Si. Y ahí al primero que vamos es a un urólogo, especialista en fecundidad masculina y ahí le hace todos los estudios a mi marido y le detectan varicocele, es por eso que el espermograma le da tan mal. Lo operan de eso y le vuelven hacer otro espermograma y le vuelve a dan re mal. Entonces ahí vamos a un especialista en fecundidad y ese me detecta a mí.

¿Que pasaba internamente en la pareja? ¿Qué sentimientos tenían?

En realidad lo vivimos como re bien, teníamos unos amigos que ya había echo tratamiento, entonces no era nada nuevo que nos dijeran que teníamos que hacer un ICSI. Lo tomábamos bien, con humor, los primeros tratamientos que nos dieron negativos no lo tomábamos mal, si nos daba a pensar si en algún momento íbamos a poder tener un hijo, si todo lo que estábamos haciendo y la cantidad de plata invertida, por que son re caros, iba a dar resultado. Si valía la pena en lugar de irlos de vacaciones y buscar ayuda para resignarnos a no tener hijos.

Pero nunca fue un motivo para estar mal, sí cuando te da un negativo te pones mal, uno o dos días, pero en realidad nos fortalecía como pareja, nos encontramos desde otro lugar, fue bueno desde algún punto, capaz que si hubiéramos tenido un hijo desde el principio estaríamos todo el día peleando. Es como que con esto que nos paso le damos mas valor a las cosas, lo que por ahí son problemas mínimos, son mínimos. Es como que le das valor a otras cosas.

¿Buscaban información? ¿O solo con los médicos?

Yo me busque toda la información, estaba contactada con gente de Bs. As. .

¿Quién le determino que tratamiento hacer?

Nosotros nos hicimos un ICSI con 2 trasferencia en donde fecundaron 11 embriones y ninguno prendió después nos hicimos otro en donde fecundaron 10 y 2 transferencias más y tampoco quede, entonces ahí buscamos información y encontré una médica que es andróloga y ella había inventado un aparato que se llama columnas de anexina que con eso ella podía elegir los espermatozoides que eran mejores, entonces la contacte, le hizo los estudios a mi marido y entonces cuando nos hicimos el ICSI ella eligió los espermatozoides que eran los mejores.

Antes de esto que me contás ¿Cuántos tratamientos hicieron?

Un ICSI con 3 transferencias y todas con resultado negativo.

¿Qué sentimientos circulaban en la pareja cuando los intentos daban negativos?

Es raro pero a mí me daba mucha motivación, yo decía esto no me va a ganar, no me va a vencer hasta que no lo logremos. Vamos a Bs As, busquemos a tal médico, y así hasta lograrlo. Tenía la sensación de que lo íbamos a lograr, solo había que lucharla. Nunca sentí ni dije me rindo, nada que ver, al contrario. Mi marido por ahí decía “bueno ya esta, me canse” como que por ahí no quería seguir intentando, a él lo traumaba más.

¿Se apoyaban en alguien?

Si, en realidad nuestro grupo de amigos, casualmente también tienen problemas de fertilidad y ellos también tienen hijos con tratamientos. Y yo siempre apoyada en mi psicóloga, siempre, siempre. También trabajando mucho el tema del deseo de la maternidad, como que me planteaba si realmente deseaba ser madre o no por eso era que no quedaba embarazada. Como que yo sentía el deseo pero me cuestionaba si mi inconsciente era el que decía que no. Por que yo sentía el deseo y como no lo lograba decía a bueno capaz no quiero tanto quedar embarazada. Eso trabajé mucho con la psicóloga y cuando descubrimos que si teníamos algo orgánico ahí me di cuenta que el deseo de ser madre estaba.

Una vez que se realizaron el tratamiento y dio positivo ¿Cómo fue el embarazo?

Ese momento fue hermoso, después de pasar tantos nervios, esperar el resultado es un momento único, después de una llamada por teléfono te dan el positivo y no lo puedes creer. Re bien, todo bárbaro, sólo el último mes tuve que hacer reposo porque estuve con contracciones, pero todo normal, Una vez que el tratamiento te da que estas embarazada, el embarazo es normal como cualquier mujer. El médico de fertilidad, después del resultado positivo y de ciertos valores que te tiene que dar, ya te deriva a tu obstetra. Lo único distinto en mi caso que al tener trombofilia me tenía que inyectar una inyección de eparina todos los días del embarazo Además de las ecografías de rutina yo me hacía un ecodopler para ver como estaban las arterias del útero.

¿Y en la pareja como estaban anímicamente?

Re bien, chochos a la espera del bebé.

¿El parto?

También re bien, cesárea.

Cuándo nació el bebé. ¿Qué sentimientos tenían?

Y sentimientos de amor, es un hijo como cualquier otro, por ahí la gente te dice cuando uno lo reta al niño, no lo retes con lo mucho que te costo tenerlo, y es un hijo como todos los hijos, no hay diferencia porque sea de tratamiento.

¿Qué es para vos hoy la maternidad?

Para mí es re importante el tema de la maternidad, los hijos le dan sentido a la vida y llenan mi vida, no soy una madre abnegada, ni una madre abocada 100 por ciento a sus hijos, no soy Susanita, no quiero tener mas hijos, me gusta poder dejarlos con una niñera, me gusta poder hacer mi vida, hago un montón de cosas aparte de ser madre. Cuando nació mi hijo enseguida busqué otra carrera, busqué cosas para hacer además de cuidarlo.

¿Pero esto pensabas antes?

No, te lo despierta la maternidad. Vos estas con un bebé atrapada todo el día y pensas quiero hacer otra cosa además de esto.

Esto que me decís ¿tiene que ver con la edad?

No, yo a los 24 tuve a mi otra hija y enseguida me puse a estudiar para terminar la carrera y nació mi otro hijo, 9 años después y me puse a estudiar otra cosa también. Y estoy dedicada a full a eso.

¿Vos crees que hay una edad para ser madre?

No, yo pensé que iba a ser distinto, pensé que cuando naciera yo iba a querer estar todo el día en mi casa con ellos, pero no. Los disfruto en los momentos que estoy con ellos y tengo ganas, los llevo a la plaza, jugamos, pero soy re desaprensiva de los dos. No soy una madre 100 por 100, a mi me parece re sano ser así.

¿Pero que es una madre 100 por 100?

No se, pero para mí los hijos también tienen que tener su vida, los hijos son de la vida, no son una pertenencia tuya. Creo que como madre cometo errores para no me gustaría ser una madre absorbente, ni tampoco solo vivir para mis hijos, yo tengo una vida y ellos también. De todas maneras no me es fácil ser madre, es un tema que está siempre presente en mi terapia. Es el TEMA de terapia.

¿Qué es lo que te preocupa como madre?

Si está bien lo que hago, ser así independiente, tener mi propia vida, mis cosas, como que siempre necesito apuntarme, que la psicóloga me diga si está bien o mal lo que estoy haciendo, o no que me diga está bien o no pero que lo podamos charlar y me de una visión de las cosas. Como que necesito confirmar todo el tiempo si los estoy criando bien, si está bien ponerle tantos límites o no ponerlos, cuál es el equilibrio.

Para concluir haciendo un recorrido por el tiempo hasta hoy ¿Qué es la maternidad para vos?

Y siempre fue un tema importante para mi vida, creo que no sería feliz sino tuviera hijos, me completa totalmente como persona., me siento orgullosa de ser madre, me encanta ser madre, mi marido se va que se yo de viaje y yo cargo a los chicos y nos vamos hacer cosas juntos, a la plaza, al cine, no se diferentes actividades, me encanta estar con mis hijos, los disfruto, me fascina estar con ellos. Creo que me hubiera muerto de la tristeza si no hubiera tenido hijos.

Caso 2

Nombre: Loli

Edad: 34

Profesión: Comerciante

Pareja: Si

Hijos: 1 por tratamiento

¿Cuál es tu diagnóstico?

Nosotros tenemos el diagnóstico de Azoospermia, que es la ausencia de espermatozoides en el eyaculado y poliquistosis.

Antes del diagnóstico, en el pasado, desde tu adolescencia ¿Qué era para vos la maternidad? ¿Qué imaginabas?

Era lo normal, lo que te imaginas para tu futuro. Te pones te novia, te casas, tengo hijos, como algo normal, como algo que iba a pasar, era lo que quería Era mi meta formar una familia. .

Una vez en pareja ¿Cómo comienza la búsqueda? ¿Cómo deciden? ¿A partir de cuando?

Yo venía de una fobia a todo lo que tenía que ver con las agujas y de la sangre, todo eso. Entonces cuando empezamos hablar, nosotros estuvimos 8 años de novios y 5 de casados, ahí empezamos a decir bueno estamos con ganas los dos de buscar un hijo, ya teníamos nuestra casa y bueno como que era el momento ya estábamos sólidos, yo ahí empecé hacerme un tratamiento por las fobias para poder soportar lo que supuestamente es un parto, nada más, yo tenía miedo a los análisis de sangre, más que nada nos centrábamos en eso, nunca me imagine que después me iba a tener que poner diez mil vacunas. Entonces comencé hacer un tratamiento por las fobias y después que terminé nos dejamos de cuidar y estuvimos un año sin cuidarnos y no pasaba nada y seguíamos todas las recetas de la abuela, todo lo que nos decían que hiciéramos lo hacíamos y

cuando vimos que haciendo todo paso un año y no quedaba embarazada fuimos a consultar a mi ginecólogo. Ahí me hizo un montón de análisis y determinó que estaba todo bien pero que había unos valores que daban que podía tener poliquistosis pero con medicación se solucionaba, entonces me decía “deja, espera un tiempo, es estrés” Y yo le dije: ¿y él? Ah bueno si vos querés probamos hacer un espermograma. Y bueno hicimos eso y cuando tuvimos el resultado nos dio el diagnostico de azoospermia. Y también le hicieron una biopsia testicular y salió que no tenía espermatozoides en los testículos tampoco.

Y una vez obtenido el diagnostico ¿Qué sentimientos circulaban en la pareja?

Y de terror, vos imagínate que uno proyecta un montón de cosas, tantos años de novio y de casados hablamos mucho sobre el tema de tener hijos y que de repente te digan que no puedes, encima el suave del médico después de varios espermogramas nos dijo: “Ustedes nunca van a poder tener hijos naturales de los dos” y empezó hablar de un donante de esperma y a mí se me bloquearon las orejas y no sé que más dijo.

La sensación es tremenda, casi inexplicable, y sentir el peso de que nunca vamos a poder, y mi marido que me decía: “y bueno, buscaremos un donante para que tengas un hijo al menos tuyo”. Peor me sentía, no quería saber nada. Empezás a pensar un montón de cosas, piensas “porque a mí si hay tantas personas que tienen y los abandonan” cosas como esa.

¿Qué sentimientos tenias?

Y bronca, dolor, tristeza.

¿Bronca hacia el diagnostico?

Y si, bronca por todo lo que estábamos viviendo y todo lo que el médico nos iba diciendo. La verdad la sensación es tremenda, es de tristeza, de dolor, de impotencia, y empezás a ver opciones.

**Después del diagnóstico del médico, el cual les dijo nunca van a poder tener hijos
¿Cuál fue el paso siguiente?**

Y empezamos a buscar otro médico, aunque mi marido no quería saber nada, decía que no se quería hacerse mas ningún estudio, no quería pasar mas por esta situación, prefería buscar un donante, y yo le dije que antes de buscar un donante prefería adoptar.

Y vos ¿que te pasaba con toda esta situación?

Y yo quería buscar otro médico, el no quería. En un primer momento el se re negó a ver a otro médico. Y yo que la idea del donante no me gustaba, me parecía muy raro, esa opción no. Creo que en el fondo yo sabía que íbamos a tener una oportunidad y que no nos podíamos quedar con la visión de un solo médico.

Y te digo en la pareja es todo muy difícil, es tu tristeza, tu dolor, tu miedo, conviviendo con la tristeza del otro, el dolor del otro, la rabia, el mal humor, generalmente cuando uno esta enojado el otro esta para contenerlo o cuando uno tiene un problema en el trabajo el otro te contiene, pero en este caso los dos teníamos el problema, ninguno de los dos estaba con la fuerza para contener al otro. Tiene que haber mucho amor, nosotros siempre lo hablamos que es un tema que te une o te separa.

¿Y ahí fueron a consultar a otro médico?

Si, ahí el otro nos pidió las muestras que ya teníamos del laboratorio, la biopsia testicular y ahí descubre que había espermatozoides en los testículos, no lo que nos había dado el otro informe, así que ahí si se hizo otra biopsia testicular y ahí pudimos congelar los espermatozoides y bueno ahí comenzamos con el tratamiento del ICSI.

¿Como fue el tratamiento?

Gracias a dios en el primer intento, en la primer transferencia yo quede embarazada, se que es algo tocado por la varita mágica por que eso no sucede muy a menudo, no es lo común. Por que después de tener a mi hijo me hice 3 transferencia más con lo que teníamos congelado y no quedé, con 2 no quedé y con la última tuve una pérdida y

ahora no tenemos mas embriones congelados, en el caso que quisiéramos buscar otro bebe tendríamos que empezar todo de nuevo. Desde la biopsia hasta todo el tratamiento.

¿Buscaban información Uds. o solo tomaban lo que decía el médico?

Siempre el médico, yo confiaba siempre en lo que me decía el médico.

En el momento de realizar el tratamiento ¿Compartían ese momento con su entorno? Familia, amigos, etc.

Siempre tuvimos acompañados de algunos, es un tema raro, es decir lo ves siempre pero piensas que nunca te va a tocar a vos. Uno ve el hecho de tener hijos como algo natural, como que te pones de novio, te casas y tenés hijos. Y como nos dio una tristeza tan enorme que dijimos: “bueno a quien se lo contamos”, por que el que te quiere si se lo contas también lo entristeces, encima era contarles que recién empezábamos hacer un tratamiento y no sabíamos si íbamos a tener suerte o no, es todo nuevo, es una duda constante, a veces uno de casualidad que sabe que tenemos en el cuerpo y ahora era hablar de términos que no estábamos acostumbrados a decir.

Si se lo comentamos a mi hermana, a unos amigos íntimos a una pareja que es la que nos recomendó el médico. Pero por ejemplo a mi mamá a los padres de el no le contamos porque ellos estaban a la espera y ansiosos de un nieto y de repente decirles que no sabemos si va haber nieto era generarles una angustia al cuete. Después que ya quede embarazada si les contamos todo lo que habíamos hecho hasta llegar al embarazo.

¿Cómo fue el proceso en el tratamiento?

Fue horrible, para mí, yo lo vivo de una manera muy particular porque para mí irte a poner una inyección no es irte solo a poner una inyección, con el problema que yo tenía de la fobia, es un tratamiento que te tenés que poner 2 inyecciones por día, mas una vacuna en la panza, mas viajar todos los días a Córdoba a que te sacaran sangre que yo hasta hacia meses no lo podía hacer, por que yo entraba a un laboratorio y me desmayaba, me daban convulsiones del pánico que tenia, para mí no fue fácil el proceso físico, hoy te lo cuento y esta todo bien.

¿Lo ibas trabajando con ayuda psicológica?

No, no. A mi cuando la psicóloga me da el alta ahí comenzamos con el tratamiento. Siempre con el nexo que si lo necesito voy. Pero es como que sentía que lo tenía que hacer yo, no me quedaban opciones, ahí si sentía que era esto o la nada.

¿Era muy fuerte el deseo de ser madre?

Muy fuerte, por eso lo pude hacer pero la verdad lo padecí.

¿En que momento lo padeciste?

Hasta que quedé embarazada, la verdad que yo físicamente no la pase bien.

A nivel anímico ¿Cómo la pasaste?

Bastante bien, lo que pasa que yo nunca vi un resultado negativo, yo siempre pensé que pese a todo lo que estaba pasando el resultado iba a ser el embarazo. Yo decía voy a quedar embarazada. Yo hago todo esto para quedar embarazada, no para probar a ver que pasa, estaba convencida que íbamos a tener un hijo.

¿Como fue el embarazo?

El embarazo normal, con los cuidados normales hasta el tercer mes y poniéndome sólo las vacunas de rutina. Incluso después del tercer mes ya volvés a tratarte con tu ginecólogo.

Cuando nos enteramos la verdad fue una felicidad total para nosotros, cuando el médico te llama por teléfono y te confirma el resultado no lo puedes creer, y ahí te das cuenta de cuanto angustia y nervios cargas en la espalda e incertidumbre. El embarazo bien es como cualquier embarazo yo lo viví con miedo, no querés que te pase nada, te cuidas de todo. Uno pasa a segundo plano y buscas todo lo mejor para el bebé, por ejemplo, consultas con el médico que es mejor si parto o cesárea y bueno te dicen cesárea ahí vamos con la cesárea, quien hubiera dicho que yo iba a pedir cesárea con todo el miedo que tenía a las agujas y a las operaciones.

¿Que expectativas tenia del bebe?

Y que sea sano es en lo único que piensas. Y además a futuro que sea un bebé feliz, yo al día de hoy es lo único que pienso.

¿Cómo es el vínculo con tu hijo?

Soy bastante protectora, me paso que yo antes trabajaba en un supermercado que es nuestro y esta al frente de mi casa, yo trabajaba todo el día, entonces justo cuando estaba embarazada paso lo de la gripe A así que estaba todo el día encerrada, y decía bueno cuando nazca me cruzó y trabajo medio día, pero me paso que siempre encontraba un pero para no ir y quedarme en casa con el bebé y no me despegaba nunca, ahora empezó la guardería. Lo protejo pero tampoco soy obsesionada.

¿Ser madre para vos cambio a la hora de la llegada del bebé?

Si te cambia la vida, eso que escuchas que te dicen: “vas a ver que cuando tengas un bebé te cambia la vida” y es cierto, el bebé te cambia la vida el ciento por ciento, no solo lo que tiene que ver con los horarios, la rutina sino también los sentimientos. Yo nunca imagine que uno podía amar a alguien así, incondicionalmente y sobre todas las cosas y elegirlo a tu hijo por sobre todas las cosas. Es hermoso ser mama, yo siempre digo.

¿Cambio la percepción de maternidad que tenias previa a la llegada del bebe y la de hoy?

Era lo que imaginaba para mi futuro, era lo normal y natural pero hoy eso trasciende, no me imagino una vida que no sea como madre. Yo siento que nací para ser madre, a mí me encanta ser mamá por sobre todo. No me imagino sin mi hijo. Antes yo tenía mucho contacto con la gente por mi trabajo y eso me hacia re bien, pero hoy el trabajo paso a segundo plano, ese lugar y casi todos los lugares los ocupa mi hijo. Yo tenía la necesidad de ser madre, llego un punto que el deseo se convirtió en una necesidad.

De todo el proceso, desde el comienzo de la búsqueda hasta hoy ¿Qué momento fue el más duro?

Lo mas duro y difícil fue el momento en que te dicen que no vas a poder tener hijos, el diagnóstico. Cuando te dicen que no a algo que deseas, anhelas y querés con tantas fuerzas. Ese instante, cuando el médico nos dijo, nunca van a tener hijos naturales de los dos, ahí se te viene todo el mundo abajo.

¿Que hicieron cuando le dieron el diagnostico?

Lloramos mucho, lloramos desde Córdoba hasta que llegamos a nuestra casa y no hablamos ni una palabra.

Caso 3

Nombre: Vane

Edad: 35

Profesión: Contadora, martillera y corredora pública y tengo una inmobiliaria

Pareja: Si

Hijos: 2, por tratamiento.

¿Cuál es tu diagnóstico?

El principal, mi marido tuvo cáncer de testículos y yo tengo poliquistosis. A él le hicieron quimioterapia y retroeyaculación. Antes de casarnos y antes que le hicieran quimioterapia, hicimos una reserva de espermatozoides, los congelamos. Entonces desde siempre supimos que teníamos que hacer tratamiento a la hora de tener hijos. Siempre supimos que teníamos que hacer in ICSI porque de la muestra que teníamos congelados eran muy pocos, entonces no daba para ningún otro tratamiento, ni inseminación ni ningún otro, solo ICSI. Y cuando me hacen los estudios previos a mí me dio que tenía poliquistosis.

Antes del diagnóstico, en el pasado, desde tu adolescencia ¿Qué era para vos la maternidad? ¿Qué imaginabas?

Mucho, nunca dude en tener o no tener hijos, siempre estuvo dentro de mis planes, siempre lo calculaba, me caso, estoy 2 años casada y después tengo un hijo, es como que siempre estuvo en la planificación de mi vida. Por momentos quería tener 2, 3 4, nunca dude de eso, siempre fue lo que quise.

Nosotros estuvimos 2 años de novios ahí le descubren el cáncer, la verdad no tengo recuerdo de haber vivido esa etapa como frustrante, nunca dude de que íbamos a tener hijos. Cuando se lo descubren, que fue todo muy rápido, antes de la operación, antes de la quimioterapia, hubo una luz, nos dijeron hay que hacer una reserva de espermatozoides, en ese momento descanse y supe que íbamos a tener hijos porque con esa reserva que hicimos yo sabía que con un tratamiento íbamos a poder tener hijos. Para el sí fue difícil, hasta que no nació la primer hija no estaba tranquilo.

¿En que momento deciden comenzar con el tratamiento?

Fue todo muy raro y muy simple para nosotros, porque la verdad yo llegue al médico y le dije: “vengo para hacer un ICSI”, y el médico me dijo: “Bueno a ver para, porque un ICSI”. Bueno cuando hicimos la reserva ahí nos dijeron que teníamos que hacer un ICSI, viste que para llegar a un ICSI agotas primero otras instancias como inseminación y el ICSI es lo último, es la más científica, por que seleccionan un espermatozoide y lo fecundan con el óvulo. De lo poquito que había, por que en la muestra no se había logrado sacar mucho, nosotros sabíamos que la única opción era el ICSI, ya nos habían dicho, entonces cuando llego a la consulta con este médico y le digo lo del ICSI el dijo: “bueno pero vamos a probar otra cosa” y nosotros le dijimos que no podíamos otra cosa y le contamos el caso. Y de ahí empecé con lo previo, fue muy fácil como muy aceptado por nosotros por que ya sabíamos que iba a ser de esa manera.

¿Cómo iban tramitando todo esto en la pareja?

Como vos dijiste, como un trámite. Porque hasta tuvimos la suerte que en la primer transferencia yo ya quede embarazada, entonces no tuve esa sensación de decir y sino quedo embarazada y si no tengo suerte y si da negativo, si después del primer embarazo tuve otros intentos y no quedé, es un garrón.

¿Qué te pasaba ahí?

Y es medio frustrante, pensar en que no iba a poder, por ahí descansaba un poco porque sabía que ya tenía a la nena, entonces nunca tuve esa sensación de vacío de decir, no podré ser madre, lo tenía medio resuelto porque como te dije ya tenía a la nena. No es lo mismo porque yo hubiera querido tener ahí nomás el otro. Obvio que me hubiera gustado que todo fuera mas natural, no tan programado. Ese es un poco el embole de decir porque dependemos tanto de la ciencia y no puede ser algo mas natural. Es un poco angustiante, pero yo no lo puedo magnificar porque dentro de todo siempre tuve suerte, en el primer intento quedé, si después tuve algunos negativos pero después quedé de nuevo. De todas maneras no es lo mismo encarar el primer tratamiento que el segundo, el primero es todo incertidumbre. De todas maneras como siempre supimos que iba a ser así nunca fue un problema para nosotros, ni siquiera en lo económico.

¿Cómo manejaban todo esto en la pareja?

Y siempre con mucho amor, al saber desde el principio como iba a ser todo, eso nos fortaleció como pareja. Para él fue distinto, para él fue toda una bendición el momento en que llego nuestra hija, él si lo vivió como ¿qué pasa si no podemos tener un hijo? Con lo que me paso a mí. Yo daba por sentado siempre de que íbamos a tener hijos, solo que de esta manera, y tuve la suerte de que la primera vez quedé, si bien después algunos intentos dieron negativos, yo sabía que seguía teniendo la chance. Era una cuestión económica, de poder hacer otro intento, o un embole por las inyecciones que te tenés que poner, pero yo no lo viví muy traumático.

¿Cómo vivenciaban el tratamiento?

Con mucha ilusión, no fue para nada traumático porque eso es lo que teníamos que hacer si queríamos tener un bebé, de hecho para mi fue simple, no fue para nada pesado ni agotador, si por ahí los viajes a Córdoba. Fue todo más simple de lo normal. Yo antes no sabía lo que era in ICSI, ni tratamientos de fertilidad, fue todo como tan novedoso para el entorno, yo fui la primera que tuve que asistir a un médico por esto, las vacunas.

¿Cuál era ese entorno?

Amigos, familiares, todos sabían, todo el mundo sabia, después uno aprende a no comentarlo tanto, después las segunda vez que lo intente y no quedé, por ahí te comes un garrón de contarlo tanto por que genera tanta expectativa en los demás y en vos misma y te va mal tenés que consolar a todo el resto, porque se acongojan por lo que uno esta viviendo, por esperar un segundo bebé y al final termina uno consolando a los otros, eso es pesado.

¿Hubo diferencias entre el primer bebe y el segundo?

Sin ninguna duda si, primero porque después de la primera hicimos varios intentos con los embriones que nos habían quedado y no quedé y a parte el primero siempre lo vivís con mas miedo, con mas expectativas, después que nace la primera y estuvo todo bien, bueno ahí dijimos: “Vamos por uno mas” y no tuvimos suerte entonces tuvimos que empezar el tratamiento de nuevo y ahí nomás quedé del segundo bebé o sea que tampoco renegué tanto con el segundo. También después quise de nuevo con lo que nos

había quedado y no quedé mas, y ahora yo quiero y mi marido dice que no, que ya esta bien con dos, ya no quiere otro bebé en casa, pero si quisiéramos tendríamos que empezar de nuevo otra vez.

¿Cómo fueron los embarazos?

De diez, nunca tuve nada, me sentía muy bien, la verdad que yo disfruto de los embarazos a mi me encanta estar embarazada, siempre discutimos con mis amigas porque algunas dicen que es el peor estado porque estas horrible, gorda, con nauseas y para mí todo lo contrario, me encanta, lo disfrutaba.

¿Cambio la percepción de maternidad que tenias previa a la llegada del bebe y la de hoy?

No sigue siendo lo mismo, de hecho yo tendría mas hijos, me cuesta desde lo personal, de hecho estoy por empezar terapia por una cuestión mía, esto de relajarme con los chicos, de compartir espacios con ellos, estoy yo atravesando una cuestión personal que me hace no poder disfrutarlos a pleno pero sin ninguna duda reconozco en mí que son lo más importante por eso quiero generar algunos cambios en mi, para poder disfrutar de esto que siempre quise, y me digo pero si tengo lo que siempre quise y busqué y listo, y para mi la maternidad y mis hijos son lo mas importante. Antes y ahora.

¿Vos crees que hay algún momento específico para ser madre?

Para mi si hay un momento, en mi vida en mi situación particular yo nunca lo postergue por nada, siempre lo espere, dije bueno ya esta, quizás antes porque estábamos de novios, pero después que nos casamos dijimos bueno ahora ya esta vamos por los hijos, nunca se me ocurrió postergarlo por nada, ni por lo económico, ni por lo profesional, ni por lo laboral. Siempre acomodamos las cosas para que esto sucediera lo más rápido posible.

¿Como ves a la maternidad? Como mandato social, algo personal.

Para mí es una decisión personal de cada uno, yo nunca dude de eso, es como que nace en mi la maternidad, nunca se me ocurrió priorizar otras cosas.

¿En la balanza de tu vida la prioridad son tus hijos?

Si, son lo principal. Mis hijos me completan como persona. Si bien estudie, tengo una profesión, en este momento no ejerzo de eso, trabajo de otra cosa y no me molesta, lo profesional es importante, de hecho mis viejos sin un mango me mandaron a estudiar y la remé mucho para tener el título, pero sin ninguna duda nada reemplaza a mis hijos, no postergaría ni portegué nunca la maternidad por eso. Digamos que esta en mí y en mi pareja que lo más importante de nuestras vidas son nuestros hijos, y nuestra vida se acomoda a eso, todo va en función a la prioridad de los chicos, nos mudamos a un lugar más tranquilo para que los chicos vivan mejor, priorizo la familia, sea natural o no. Siempre dije que si no hubiera podido tener hijos adoptaría sin ninguna duda para nosotros los hijos nos completan como persona y como pareja, no hubiese elegido una vida sin hijos, como sea que llegaran, primero intentamos los tratamientos porque había posibilidades, y eso que es difícil poner el cuerpo, es frustrante muchas veces y no solo es el cuerpo sino también las expectativas. Pero igualmente nunca dude, ni de mi pareja ni de lo que teníamos que hacer y enfrentar, para mi marido si fue mas angustiante pensar que quizás no íbamos a poder tener, hasta que llego nuestra primera hija, para el fue muy importante y tiene debilidad por ella, yo en cambio lo viví como muy natural yo me programo y le doy para adelante, creo que es parte de mi personalidad, las cosas son así y hay que hacer así y bueno ahí vamos para adelante, al final lo vivimos como un tramite hacer el tratamiento y tuvimos la suerte de que siempre nos fue bien, entonces no tuve esos momentos de fracaso o tristeza por intentar y no quedar, si en algunas transferencias que me dieron negativo pero era pasajero para nosotros la tristeza porque ya teníamos una hija y sabíamos que íbamos a poder solo había que intentar de nuevo.

En toda tu relación de pareja ¿Cuál fue el momento mas duro?

Sin duda fue su enfermedad, el cáncer, fueron esos meses, esos años, en donde se hizo quimioterapia, la palabra cáncer es difícil. Todo resulto bien después, fue todo muy

rápido, el diagnóstico, la operación, quimioterapia. No te digo que no fue duro pero como después todo salió bien.

¿El se hace controles todavía?

Si, una vez al año.

El tema de los hijos siempre fue un tema que teníamos resuelto, que ni siquiera esta enfermedad de él era un obstáculo, obvio porque salió todo bien y fue todo tan rápido, le dijeron mañana operamos y hoy hacemos una biopsia de testículo para retirar espermatozoides y congelar y eso que estábamos de novios y ni estaba todavía la idea de los hijos.

Caso 4

Nombre: Vero

Edad: 29

Profesión: docente

Pareja: si

Hijos: una, por tratamiento.

¿Qué diagnóstico tienen?

Sería anovulación, o sea ausencia de ovulación, y tengo deformidad en las trompas. No tengo las trompas tapadas, pero si son deformes. Una en vez de tener forma de v corta, una hace un espiral y en vez de ir hacia el ovario, va hacia el útero, y la otra es muy alta, en vez de doblar la v, es alta para arriba. También se trataba mi marido, porque el porcentaje de espermatozoides no era el apto, era como que éramos incompatibles entre nosotros. Lo de las trompas no tenía solución, tampoco era grave porque con una inseminación se llegaba, pero lo de la ovulación si fue lo que costó. Incluso, para provocar una ovulación estuve casi un mes y medio con inyecciones porque no había forma de generar un óvulo.

En tu adolescencia, antes de estar en pareja y tener hijos, ¿qué significaba para vos una maternidad?

Fui criada un poco a la antigua, entonces era como que uno se tenía que casar y tener hijos. No estaba dentro de los planes no tener hijos. Siempre tuvimos con mi mamá y mi papá una charla cercana, tanto sobre sexualidad como de lo que implica tener un hijo, inclusive tener un hijo de adolescente. Siempre lo tomé como que era un sueño tener hijos.

Era como un mandato familiar

Sí, tal cual. Nunca fui de pensar quiero tener 5 hijos, no. Es más siempre pensé en uno o dos. Después pensé que uno era poquito y que se quedan solitos, pero ahora para mí con Victoria ya está.

Una vez en pareja, ¿cuándo comienza la búsqueda de hijos?

Yo ya venía arrastrando mi problema, yo menstruo cada 7 u 8 meses. Entonces cada vez que yo iba al ginecólogo o al endocrinólogo preguntaba que iba a pasar el día que quiera tener hijos, y me decían que iba a costar un poquito por el mismo hecho de no saber cuando ovulaba. Así y todo, siempre con mi marido nos cuidamos, pero bueno, uno no sabía. Con mi marido nos fuimos a vivir juntos primero y nos casamos en marzo de 2010, y un año antes yo deje de tomar las pastillas y no nos cuidamos más, que sea lo que Dios quiera. Si quedaba embarazada y estaban los planes de casamiento, de última se postergaba. Yo ya tenía 27 años y ya estábamos los 2 en una edad linda que si sucedía, venía bárbaro. Cuando hicimos la primera consulta con el especialista fue lo primero que nos preguntó, cuánto hace que están buscando y no sucede, y ya hacía un año y unos meses. Ahí nos pidió todos los estudios para ver donde radicaban mis problemas.

¿Ibas a tu ginecólogo?

Yo primero hice el tratamiento con mi médico, y eso fue un error. Porque cuando yo me traté con el especialista, me dijo que las pastillas que mi médico me dio me podrían haber provocado una sobreovulación y podría haber generado 6 óvulos. Entonces, a lo mejor se provocaba un embarazo riesgoso y malo, y entonces a lo mejor me provocaba un embarazo que después no se iba a poder llevar a cabo. Hice ese tratamiento con mi médico y ya cuando vio que no daba resultados, me derivó a un especialista, porque él no podía solucionarlo. De hecho tampoco nunca iba a poder quedar embarazada por el tema de las trompas. Cuando el doctor vio como tenía las trompas, se dio cuenta que las tenía una que era como un espiral que nunca llega al ovario aunque sí la otra.

¿Cómo iban con tu pareja viviendo esta situación?

Pasó que en diciembre, nos pidieron estudios a los 2. Mientras estábamos en esa etapa, y todavía no estaba nada definido, uno tiene muchas esperanzas esperando que salga todo bien. La primera consulta que hicimos con el especialista fuimos los dos. Yo siempre le decía al doctor que cuando yo estaba bien, él me tiraba para abajo, y cuándo yo estaba

para abajo, él te tiraba para arriba y decía que iba a salir todo bien, él siempre decía que hacía eso por el hecho de que no sabía como iba a salir el resultado, para que después si algo salía mal el golpe no sea tan fuerte.

¿Esto antes de saber el diagnóstico?

Sí. Hicimos dos consultas primero y fue ahí cuando les llevamos los resultados de los estudios que me hice en Córdoba, nos dan el informe y ahí vemos que estaba todo excelente. Al de mi marido no lo entendíamos, pero igualmente calculábamos por los valores referenciales que estaba todo bien. Y no, cuando el especialista vio las trompas y empezó a explicarnos el recorrido que hacía y demás, nos dijo que ese informe no le servía, que era totalmente errado y nos explicó bien como era todo el funcionamiento. Ahí salimos de la consulta, subimos al auto y no hablábamos ninguno de los dos. A parte que el doctor le dijo a mi marido que era un problema de los dos, no era sólo exclusivo de la mujer. Yo interiormente pensé que era mío el problema porque a mi marido le habían dado vitamina E para tomar. En ese momento, fue como que a mi marido le chocó. Teníamos que llegar al 14 % de espermatozoides buenos, y mi marido tenía el 8 %. Ahí a él le golpeó.

¿Qué pasó entre ustedes, en la relación?

Salimos de la consulta, subimos al auto y nada. Yo llegué al trabajo y me largué a llorar, y me preguntaba por qué a mí. Ese sentimiento tenía, no se lo deseo a nadie, pero solo me preguntaba eso, por qué a mí. Y empezás a ver un montón de cosas, como gente que tenían hijos y los regalaba, o veías en la tele que dejaban un bebé abandonado. En las reuniones familiares también nos preguntaban, para cuando nosotros con hijos, la respuesta nuestra era, che nos casamos hace poco, aunque ya hacía 7 años que estábamos juntos. Llega un momento que te da ganas de decir, qué le importa a los otros para cuando nosotros. Además, también me hacían el típico chiste que me hacían mí, pero que me molestaba mucho, y era “tenés que cambiar de gallo”, y mi marido me miraba, pero pobre aunque no decía nada, yo decía por dentro que gente estúpida porque si yo tengo un problema que no puedo quedar embarazada, de última es él que me tiene que cambiar a mí. Pero bueno, la gente tampoco lo hace adrede, pero son comentarios que a veces molestan.

¿Compartían este momento con su entorno?

Si, con todos. La familia de mi marido y mi familia, todos sabían y nos acompañaban, obvio que sin meterse demasiado, porque es un tema complejo.

¿Te hicieron inseminación?

A mi me hicieron la inseminación más básica. Y ese tipo de tratamiento lo podíamos hacer hasta 5 veces. Y sino funcionaba ya teníamos que ir a un In Vitro o a la ICSI, que son de alta complejidad. Cuando salimos de la inseminación que fue adentro del consultorio, muy simple, como si me hicieran un PAP, en realidad me pusieron un espéculo, con una jeringa y sonda larga. Mi marido ya había dejado su muestra a las 8 de la mañana y a mi me habían citado para las 9. De hecho ahí a mi marido se la analizan a la muestra y ya daba por arriba del 14 % de espermias buenos. El doctor me da toda la indicación como para empezar de cero. Entonces, me decía Vero, “si dentro de 15 días o 20 vos menstrúas, ahí empezás con las inyecciones y las pastillas de nuevo”, entonces yo le decía que me tenía poca fe. Pero él me aclaraba que eso era algo que podía suceder, y por ende continúo de modo re frío a darme nuevamente todas las indicaciones por si salía todo mal.

¿Si quisieran tener un próximo bebe es lo mismo?

No en realidad, lo que me dijo doctor, un bebé de probeta arregla todo lo que no funcionaba.

¿Pero el problema en las trompas persiste?

Sí el tema es que desde que tengo a mi bebé, estuve 30 días y no menstrué. Está bien estoy con lactancia y demás. Igualmente tendré que hacerme controles. Aunque si llegamos a ver que no puedo quedar de nuevo embarazada, tendríamos que empezar con el tratamiento de nuevo. Después el doctor nos mandaba mails de charlas y experiencias que daba él muy enfocada a nuestra problemática.

¿Ese médico es de acá?

No, en Córdoba. Sólo viene una vez por mes acá a Río Cuarto. Pero después todos los tratamientos que él nos pidió si los hicimos en Córdoba. Incluso, el estudio de las trompas que me hicieron que no fue para nada agradable. Es feo y por momentos doloroso.

Igualmente, ¿ya no haría falta o sí?

No. Puede suceder que se tape o una trompa o algo así, igualmente no me lo hago. A parte al principio, me acuerdo que me agarró una enfermera jovencita y como que me tuvo paciencia y después vinieron otras enfermeras y les dije háganme el estudio sea como sea, porque necesito los resultados. Ese mismo día mí marido también se fue allá a hacer el espermograma, nos encontramos en la mitad de camino, me pregunto como me fue y le dije que ni me preguntes. Los dos estábamos ahí. No es fácil. Pero es tan grande el amor y el deseo de tener un hijo que no te importa nada, en le momento por ahí hay cosas físicas que te molestan o no son muy agradables pero eso después pasa y te queda el regalo mas grande que uno puede tener que es un hijo, va eso es lo que yo pienso.

Encima en ese tiempo mi hermana queda embarazada que ella tampoco podía y quedo naturalmente y otro caso de unos amigos que se estaban por separar y ella quedo embarazada entonces yo pensaba uy Dios porque pasan estas cosas, porque ellos y el resto si y yo no puedo.

¿Buscaban información a parte o solo lo que les decía el médico?

No. Porque fue una de las primeras cosas que me pidió el doctor que no buscará en Internet porque la información allí estaba muy confusa. Porque empezás a leer casos y empezás a ver cosas que son jodidas y todos los casos son diferentes. Otra cosa que nos jugaba en contra era el tema de las relaciones sexuales. Al principio, mi doctor nos decía tienen que tener relaciones en tal fecha, y no había forma. “Este miércoles, jueves y viernes tienen que tener relaciones”, nos decía. No había forma, teníamos pero viste es como cuando te cuesta todo y se hace horrible. Muy mecánico. Y después tuve toda una etapa con la que empecé con el tema de la culpa. Si bien el doctor nos decía siempre que

era un problema de los 2, la que no ovulaba era yo. Yo decía, por qué tengo que hacer vivir esto a mi marido, no se lo merecía, y yo pensaba que por ahí con otra persona podría tener hijos sin tener que pasar por todo lo que pasamos. Después, también se te viene la idea a la cabeza de que si no funciona, después de probar, lo dejo libre.

¿Qué era culpa o enojo?

Con mi marido culpa, porque yo decía porque le tengo que hacer esto. A parte también era desgastante, porque en definitiva él para hacer la muestra, mal y pronto se tiene que hacer una masturbación, que tiene que ser muy cuidada. Por que uno le puede dar una mano pero no más q eso, no puede haber contaminación y tenías q entregarla a las 8 de la mañana y te tenés q levantar a las 7 de la mañana con la cabeza puesta que a las 8 tenés q entregar esa muestra y mi marido que es muy estructurado, es conservador.

Y después te juega el tema de la guita. A nosotros no nos significó mucho pero es, hay otros tratamientos que son mas costosos y sino la tenés a la plata que haces con el deseo de tener un hijo.

¿La mutual no les cubría?

Yo tengo la mutual X y el mi marido la mutual XX, me cerraron las puertas lo único q cubría fueron los estudios pero tuvimos que poner otro diagnóstico. No se q diagnóstico puso el médico la mutual de mi marido nos reintegró el 50 pero tenés q viajar, el hotel, todo es carísimo, nosotros gastamos casi 8000.

¿Qué tratamiento hiciste?

A mí me hicieron una inseminación y ahí nomás quedé me hice el test y no daba positivo, me dio negativo lloraba ahí en el baño, entonces el especialista me pide un análisis de sangre y me da hormonalmente positivo, ya estaba de 20 días.

¿Cómo fue el embarazo? ¿Cómo lo iban viviendo?

Al ser un embarazo por inseminación son de riesgos, yo hasta el primer trimestre me hice todos los controles con el especialista, el en un momento dijo bueno a partir de ahora es un embarazo normal, yo me tenía q poner pastillas para la retención q me

molestaba bastante son como unos óvulos, casi durante 2 meses me tuve q colocar esas pastillas. Fue de lo más cuidado el embarazo tengo hechas mas de 14 ecografias, una vez q te dan lo valores pasa a ser un embarazo normal, el problema que tuve el último mes fue que el bebé no crecía, fue un error ecográfico, la bebe nació a la semana 42. Yo quería ir a parto natural y no tenía dilatación no rompí bolsa y bueno esperamos hasta el último y provocamos el parto, el tema fue que en Noviembre me piden una ecografía y nota que la bebé no había tenido crecimiento y ahí empezamos hacen el estudio de todos los flujos sanguíneos que le llegan cómo le llegan al cuerpo al riñón a todos los órganos, 2 me hicieron y los dos me salieron bien, en el últimos mes tuvimos muchas dudas, que la placenta estuviera todo bien por que me querían hacer la cesárea en noviembre y yo no quería, yo sacaba la cuenta y todavía me faltaba, iba a ser ochomesina ..Aguantamos yo urgente hice la consulta con el especialista y estaba todo bien. Con mi marido re unidos, sexualmente re alejados porque él no podía, era como que estaba embarazada le generaba ternura y cuando se enteró que era una nena mas todavía, viste q te digo que el es re estructurado. El primer trimestre no podíamos hacer nada por recomendación médica y después cuando me empezó a aflorar la panza nada. Sexualmente nada. Mi marido siempre respetuoso a lo mejor disfrutábamos más de mimos a la panza y ver como te pateas y como se mueve.

Siempre re acompañados por parte de la familia, más de la familia de mi marido, porque yo en mi familia tengo chicos yo tengo 3 sobrinos, y esta se robó el corazón de todos

¿Qué es para vos hoy la maternidad, es lo que te imaginabas?

Pasé por varias etapas, los primeros días no me encontraba, estaba perdida decía en que me metí, me preguntaba si no tenía instinto maternal porque no sabía q hacer, la nena lloraba, no la podía calmar y todos esperan que vos la calmes, decía q mala madre que soy. No era lo que me imaginaba al principio en esto de no saber que hacer con ella, como desenvolverme. Pero pasando los días me fui encontrando con esto de ser madre y fui conociéndola a mi bebé y la verdad es lo mas lindo que me paso en la vida, ella es todo para mi, llena mi vida en todos mis aspectos. Si bien yo trabajo bastante pero lo tengo que hacer, cuando llego a casa soy feliz con mi hija. Aparte también con mi marido compartimos otras cosas, ahora somos tres, una familia y nuestra vida gira entorno a ella.

¿Como lo vivís vos?

Te digo al principio no me encontraba, entraba al baño y lloraba supongo q era un proceso, los pechos chorreaban leche, la herida tener q limpiarla, el sangrado, entraba al baño y al ratito me decía mi marido: dale Vero salí del baño..., además ella es súper llorona y con la única que se calma es conmigo. Todo esto con le tiempo pasa y te acomodas. La maternidad me súper sensibilizó.

¿Creés q existe un momento justo para la maternidad?

Yo por ahí pensaba siempre ser mamá antes de los 30 o a los 30 y fui justo a esa edad, pienso q si hubiera hecho si hubiese sido mamá de mas chica, pienso que cada cosa tiene que ir en su momento, si hubiese sido antes le hubiera puesto el pecho y lo hubiera tenido

Formulario descriptivo del Trabajo Final de Graduación

Identificación del Autor

Apellido y nombre del autor: **Caillet Bois Ana Valentina**

E-mail: **valen_pato@hotmail.com**

Título de grado que obtiene: **Licenciada en Psicología**

Identificación del Trabajo Final de Graduación

Título del TFG en español: **“Deseo de maternidad en mujeres en mujeres que no pueden tener hijos de manera natural”. Efectos Psicológicos.**

Título del TFG en inglés: **"Desire for motherhood in women who cannot have children naturally." Psychological Effects**

Tipo de TFG (PAP, PIA, IDC): **PIA**

Integrantes de la CAE: **Reyna Teresa y Giorgi Amalia**

Fecha de último coloquio con la CAE: **7 DE Diciembre de 2012**

Versión digital del TFG: contenido y tipo de archivo en el que fue guardado

Autorización de publicación en formato electrónico

Autorizo por la presente, a la Biblioteca de la Universidad Empresarial Siglo 21 a publicar la versión electrónica de mi tesis.

Autorización de Publicación electrónica:

S inmediatamente

S después de mes(es)

N autorizo Inmediata

Firma del alumno
