

figura/fondo

## **LA FRUSTRACIÓN DEL ANHELO DE LA MATERNIDAD. La influencia de los introyectos y su atención psicoterapéutica desde el Enfoque Gestalt**

---

**Valentina Rojas Nova (\*)**

*“Para poder enfrentar tranquilamente la vejez y la muerte,  
hay que haber tenido un hijo, plantado un árbol y escrito un libro”.*  
(Proverbio chino)

Mi interés por escribir sobre este tema parte de una necesidad personal, durante cinco años estuve intentando embarazarme, padecí un enorme sufrimiento tanto física como emocionalmente, y me di cuenta de las carencias que imperan en el terreno profesional de la medicina, ya que a los médicos lo único que les interesa es lograr embarazos y elevar la estadística. Me sentí objeto de estudio y no persona; nadie me preguntó cómo me encontraba, excepto mi pareja, y yo me arriesgaba cada vez más, mi objetivo era lograr ser madre biológica aun a costa de mi integridad personal.

Recuerdo que tenía constantemente sueños, en los cuales yo cargaba a un bebé, lo alimentaba y lo arrullaba, al despertar me sentía desilusionada. Durante mi asistencia a “Biología de la Reproducción” (especialidad derivada de la ginecología, para lograr la reproducción), observaba a infinidad de mujeres jóvenes y no tan jóvenes sufrir, enojarse, llorar. Su cara reflejaba una profunda tristeza y manifestaba su frustración por no ser madre. Y ahí nos encontrábamos, en la salita de espera, comentando algunos de los sentimientos que teníamos con respecto a las mujeres que sí tienen hijos, expresábamos nuestro enojo, impotencia, celos, de una manera casi imperceptible, había que aguantar y no perder la esperanza de que esta vez sí funcionaría el tratamiento.

También vivíamos con la constante culpa por no ser capaces de darle un hijo a nuestra pareja, y por haber dejado pasar tanto tiempo ignorando nuestro reloj biológico.

---

(\*) **Valentina Rojas Nova.** Profesora de Primaria (SEP). Lic. en Psicología (UNAM). Orientación en Enfoque Centrado en la Persona. Especialidad en Psicoterapia Gestalt (IHPG). Experiencia con adolescentes infractores y en violencia intrafamiliar. Dedicada a la docencia con niños y a la psicoterapia individual.

Sí, así transcurrían los días, y seguíamos en pie de lucha cada una con su

dolor, y nos seguíamos arriesgando, con la esperanza puesta en la gran tecnología científica, para finalmente, regresar con las manos vacías. Yo busqué ayuda psicoterapéutica y sigo en mi proceso de crecimiento, esto me ha permitido decir ¡BASTA! Busqué bibliografía para orientarme y entender lo que me ocurría, mi interés se dirigía a las consecuencias emocionales de no ser madre biológica y también a ¿por qué las mujeres queremos tener hijos? Y no encontré gran cosa, lo anterior me motiva a hablar sobre este tema, el cual considero se trata como un "tabú" pues casi nadie habla de él.

De tal forma, con este artículo pretendo mostrar la influencia de los prejuicios sociales (introyectos) en las mujeres que anhelan ser madres y que por alguna razón se ven imposibilitadas biológicamente, así como las consecuencias emocionales de lidiar con su infertilidad. Abordo las diferentes etapas por las que atraviesan estas mujeres en su proceso de duelo, con sus respectivas características, sentimientos y vivencias, y esbozo un posible tratamiento desde el Enfoque Gestáltico.

## **CULTURA**

---

Para la mayoría de las personas lo "normal" es que cuando se case una mujer tenga hijos. Esto es así porque en nuestra cultura la maternidad forma parte de la identidad femenina; maternidad e identidad femenina se hayan íntimamente vinculadas desde edad muy temprana.

No hay que ir muy lejos, vivimos en un país patriarcal que ha marcado roles muy estrictos para ambos sexos. Durante siglos, se consideró que los roles primarios de la mujer eran el de esposa y madre. Aún hoy, en los albores del siglo XXI la mujer que elige no tener hijos es considerada "anormal" por mucha gente.

La mayoría de las mujeres sueñan con ser madres desde la infancia y esto es fomentado por una cultura como la nuestra, en donde se elaboran y venden juguetes con un claro significado social; basta observar los aparadores con cocinitas, casitas, muñecas que comen y que incluso hablan, vemos como la niña es la madre de las muñecas, las alimenta, las acuna a la hora de dormir y también las regaña. Durante la adolescencia y la temprana juventud el sueño consiste en enamorarse, contraer matrimonio y formar una familia.

En México, los troqueles donde se da forma a la niña le brindan desde pequeña la aceptación del rol maternal. Santiago Ramírez (1977) plantea

figura/fondo

que la niña observa a una madre muy fecunda, pronto se le asignan funciones en el cuidado de sus hermanos menores, y en sus juegos se entrena a hacer la “comidita”. Y agrega que no todas las culturas enseñan a ser madre, hay otras, como la cultura de las Islas Marquesas, en donde se enfatiza el papel sexual de la mujer en oposición a su función maternal. (Kardiner, citado por Ramírez, (1977).

Pero, ¿qué ocurre cuando una mujer crecida en un marco cultural que enfatiza a toda costa la maternidad, y que está absolutamente convencida, se encuentra con que por alguna razón no puede reproducirse? Para poder dar respuesta a esta interrogante, revisemos primero algunos aspectos de género.

## **MATERNIDAD-GÉNERO**

---

El ser mujer u hombre significa formas de vida totalmente diferentes. Siendo niñas se nos enseñan ciertos tipos de tareas propias de lo “femenino” o de lo “masculino”. Es así como muchas mujeres vivimos pensando que una de nuestras funciones es ser madres, porque biológicamente estamos conformadas para tener hijos. De tal modo, ante una maternidad frustrada, nosotras las mujeres la experimentamos de un modo diferente a los hombres; no es que ellos no sufran, pero la presión social sobre la maternidad es mayor para la mujer.

María Izquierdo menciona que:

*“La maternidad es una función biológica, pero es también una función cultural. Biológicamente tiene que ver con el sexo y es capacidad exclusiva de las hembras Culturalmente es uno de los aspectos que caracteriza más claramente al género y en este sentido es una función femenina”.* (Fem. 1985, Año 9, No. 43, pág.6).

En lo referente a la maternidad, la biología señala al sexo femenino como al responsable de la reproducción y, en nuestra cultura, el papel de mujer gestante y luego lactante, se prolonga en el de madre cuidadora, educadora, etc.

*“Por años, y en la mayor parte del mundo, tener hijos ha sido tradicionalmente considerado como la realización de un matrimonio, se daba por hecho que una pareja casada tenía hijos y más tarde nietos”.* (Mc. Cary, citado por Papalia, 1975, pág. 289).

*“Sólo la mujer que llegaba a ser madre se realizaba plenamente, sólo a la mujer que consideraba la sexualidad como fundamentalmente procreativa, le era permitido disfrutarla, y sólo la mujer que quería tener hijos era considerada normal”.* (Papalia y Olds, 1988, pág. 503).

Se producen entonces presiones culturales que hacen que muchas mujeres se sientan impelidas a tener hijos como una respuesta al condicionamiento por parte de los medios masivos de comunicación, en donde existe un bombardeo publicitario de las mujeres “normales” que son felices y se sienten realizadas porque tienen hijos, así como de los ambientes educativos, en donde se muestra a la familia como el núcleo fundamental de la sociedad, y les enseñan a los pequeños que la familia está integrada por los padres y los hijos; también en las familias de origen de los cónyuges, dado que presionan para que les den nietos, sobrinos y primos. ¡Qué decir de la iglesia, la cual proclama a los cuatro vientos que la función de la pareja es la procreación!

Con todas estas presiones sociales es realmente complicado que la mayoría de las mujeres no incorporen el imperativo “las personas normales desean tener hijos”.

## **TEORÍAS**

---

Revisemos ahora algunos planteamientos de los teóricos con respecto a la interrogante ¿Por qué las mujeres quieren tener hijos?

Los teóricos del Psicoanálisis sostienen que las mujeres tienen un profundo deseo instintivo de dar a luz y criar hijos, que de este modo reemplazan a sus propias madres, y que sus bebés son substitutos del pene que nunca tuvieron. En la época victoriana en la que Freud desarrolló sus teorías, no había un interés real por estudiar lo femenino, así que considero que su sustento es endeble. Por otro lado, si esto fuera cierto, todas las mujeres de todo el mundo desearíamos tener bebés, pero hay estudios como el de las Islas Marquesas, (Ramírez, 1977, pág. 135) que demuestran que el aprendizaje tiene mucha influencia, y en ese lugar, el ser madres no es prioridad para las mujeres; no se despierta su “instinto” maternal, más bien son expectativas sociales.

Erikson (psicólogo del yo), define:

*“La maternidad y paternidad en términos de habilidades en crecimiento y de recursos de la personalidad, considerando la*

figura/fondo

*generatividad, o preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación, como una necesidad evolutiva básica*". (Erikson, citado por Papalia, 1988, págs. 503 y 504).

La generatividad en la mujer imposibilitada de reproducirse implicaría falta de dirección o estancamiento, como si la mujer se quedara paralizada ante tal situación. Creo que el ser humano cuenta con una infinidad de recursos, y si bien es cierto que la mujer que no puede reproducirse se verá impedida para formar una nueva generación, esto no quiere decir que deje de crecer como persona, dado que existen otras alternativas, hay otras formas de influir, tal vez orientando a los sobrinos, a los alumnos, o incluso a través de la adopción, en última instancia, no es imprescindible encargarse o cuidar de alguien.

Los sociólogos funcionalistas atribuyen la reproducción a las necesidades de inmortalidad de las personas, las cuales satisfacen reemplazándose a sí mismas con sus propios hijos. He escuchado a algunos padres decir orgullosamente "mi hijo mantendrá vivo nuestro apellido", y realmente se sienten satisfechos de que su prole perdure a través de los años, no obstante, esto implicaría que no se perciben completos y que se resignifican a través de sus hijos; pareciera que con traerlos al mundo basta, y un hijo es un ser único e irreplicable, no la copia parental.

## **INTROYECCIÓN**

---

Creo que la cultura influye en forma importante para que una mujer anhele tener hijos, y que a través de la introyección es como vamos moldeando nuestra forma de ser y comportarnos en el ambiente en el que nos encontramos inmersos.

Perls dice que: "La introyección es el mecanismo neurótico mediante el cual los introyectos estructuran la personalidad, incorporando patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros". (Fritz Perls, 1976, pág. 45).

Así es como los introyectos, al no tener fundamento en la experiencia propia, se oponen a lo auténtico, y son mensajes recibidos del ambiente que nos tragamos sin digerirlos, y por lo tanto son las necesidades de otros. (Myriam Muñoz Polit, 1998, Apuntes de Psicoterapia). Precisamente, las mujeres que anhelan la maternidad, han incorporado introyectos que la cultura provee, estos son algunos de los más fuertes que definen a la mujer como tal:

1. Una mujer debe casarse y tener hijos.

2. Una mujer adulta debe ser madre.
3. Si una mujer no tiene hijos está incompleta.
4. Todas las mujeres incapaces de tener hijos son anormales.
5. La mujer sólo se realiza a través de los hijos.
6. El embarazo es el estado ideal de la mujer.
7. Los hijos son una bendición del cielo.
8. Cuando envejecas los hijos procurarán por ti.
9. Las mujeres sólo sirven para tener hijos.
10. No serás mujer hasta que tengas un hijo.

Para trabajar los introyectos, es necesario explorar la culpa que siente la mujer por no ser madre, ya que al debilitar la culpa se debilita el introyecto. Se trabaja el introyecto de una manera indirecta, ya que es más eficiente porque no despierta tanta defensa, las siguientes son algunas formas para trabajar los introyectos:

1. Hay que pedirle a la persona que concretice qué significan para ella cada uno de los introyectos.
2. Que descubra dónde aprendió estas ideas.
3. Preguntarle para qué le sirve creer eso, cuál es su ganancia.
4. Es importante que descubra las ventajas de no ser madre.
5. Que se de cuenta qué de los introyectos quiere desechar y qué no.
6. Promover el contacto con las sensaciones, sentimientos y necesidades reales para romper con el introyecto.
7. Incluso se puede trabajar con polaridades, la parte “debo tener hijos” con la parte quiero o no tener hijos.

Conozco mujeres que no cubren estos mandatos y que por convicción propia decidieron no tener hijos, y no por ello se sienten incompletas o menos femeninas, en este sentido ellas sí han digerido los introyectos y se responsabilizan de sus propias decisiones, la dificultad es con las mujeres que hacen suyas las necesidades de otros. Realmente cumplir con tremendos requisitos culturales, implica un desgaste enorme en la mujer y las consecuencias son desastrosas.

## **CONSECUENCIAS ANTE LA MATERNIDAD FRUSTRADA**

Para Anilú Elías, “la autoimagen de la mujer que no puede tener hijos se ve sumamente deteriorada, comenta que el 50% de los suicidios femeninos tiene por causa la supuesta esterilidad de la mujer”. (Fem. 1985, Año 9, No. 43, pág. 6).

Cuando algunas mujeres tienen este asunto inconcluso, y reaccionan en forma patológica, pueden incluso robarle el bebé a otra mujer,

figura/fondo

argumentando que la otra tiene varios hijos; su desesperación las lleva a esos niveles. Claramente podemos decir que su enojo, depresión y frustración puede tomar dos giros: lo vuelcan contra ellas (suicidándose), o lo dirigen hacia el exterior. Hasta hace poco se decidía a priori que si la pareja no tenía hijos, la culpable era la mujer. Ejemplo de esto en la literatura es el famoso drama de García Lorca, “Yerma”, en el que una mujer vive su esterilidad como el peor oprobio. La maternidad frustrada es un problema común a todas las religiones, razas, etnias y niveles socioeconómicos.

Linda Hunt (1993, pág. 23) hizo una serie de entrevistas a mujeres que deseaban tener hijos, y que por distintas causas, no pudieron ser madres. Encontró que las mujeres estériles cuyo estado no es reversible a pesar de los avances de la medicina (inseminación artificial, fertilización in vitro), experimentan un dolor aún más amargo, dado que antes de exponerse a estos “adelantos” abrigaban un sentimiento de esperanza.

En México existen pocos hospitales en donde se pone en práctica la ingeniería genética, uno de ellos es el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; aquí comienza el vía crucis de la pareja y en particular de la mujer, hay que cumplir con una serie de requisitos para poder llegar a Biología de la Reproducción; primero se elabora la historia clínica, posteriormente se intenta lograr la fecundación de manera natural; si lo anterior no funciona, inician una serie de análisis de laboratorio para observar el nivel hormonal, que si es bajo, da inicio al tratamiento basado en hormonas para alterar el ciclo normal de la ovulación, (la mujer le da a su cuerpo sustancias ajenas).

Seguramente las parejas que han vivido estas batallas estarán de acuerdo en que se hace hasta lo imposible para concebir un hijo, por ejemplo: tomarse la temperatura basal, tener relaciones sexuales los días más fértiles de la mujer (todo cronometrado) ¡y qué decir de las posturas!, no moverse ni un milímetro, pararse de cabeza, etc. Cuando lo anterior no funciona, entonces la mujer se somete a pruebas cada vez más riesgosas, en detrimento de su salud física, pruebas dolorosas y desgastantes. No importa a qué precio, lo relevante es tener un bebé, tal es el caso de la histerosalpingografía (para observar la permeabilidad de las trompas tubarias), y la famosa laparoscopia (cirugía pequeña a través del ombligo mediante una pequeña cámara para observar órganos internos).

Y si el diagnóstico médico es esterilidad primaria, entonces se alardea con la inseminación artificial, que permite la contribución genética del hombre sin que exista relación con la mujer, sustituyendo el acercamiento físico a

través de una jeringa. La fertilización *in vitro* y los trasplantes embrionarios vienen a ser la contraparte femenina a la esterilidad. Si una mujer no puede concebir, se le extrae un óvulo y se fertiliza fuera de ella, vuelve luego a colocársele en el útero.

Parece ser que la fertilización *in vitro* es el último recurso, ya que en México la legislación no permite que un óvulo fecundado se implante al útero de otra mujer, las parejas ya desgastadas, desilusionadas y frustradas regresan a casa con un gran vacío interno. Según datos del National Center for Health Statistics, la esterilidad en los Estados Unidos se ha triplicado en los últimos 20 años, y en opinión de estos médicos se ha convertido en epidemia, supuestamente provocada por la liberación de conductas sexuales, por el hecho de posponer la maternidad hasta después de los 30 años; o por la supresión de la ovulación debido a una gran actividad física (bailarinas, deportistas), o a la tensión emocional (mujeres profesionistas o ejecutivas con altas responsabilidades).

Podemos observar que la infertilidad en la mujer es multifactorial. No obstante, cualquiera que sea la causa, las consecuencias son las mismas, independientemente de cómo la vivan cada una de ellas. La mayoría de las mujeres cuya maternidad se ha frustrado, no demuestran sus sentimientos en la vida cotidiana, Linda Hunt señala que los sentimientos que afloran en la mujer infértil son: desilusión, tristeza, frustración, vacío, fragilidad, vulnerabilidad, nostalgia, depresión leve o severa, desesperación, culpa, rabia, enojo, vergüenza, autocompasión, envidia, celos, desesperanza, soledad, y sensación de pérdida. La mujer no los manifiesta, los guarda en su interior, y los sufre sola, no los comparte con los amigos íntimos, la familia, incluso tampoco con la pareja, y salvo la mujer que la padece, se oculta a los ojos de todos. Es un tema que la mujer no expresa, lo reprime o niega, para mantener su equilibrio psíquico.

Hay mujeres que se sienten demasiado vulnerables para compartir sus sentimientos, se habla tan pocas veces de la maternidad frustrada en nuestra sociedad que se le ha imbuido de una cualidad que casi es un tabú.

Dorothy Greenfeld, explica que la infertilidad afecta a la persona y pareja inicialmente porque implica destruir ideas prefabricadas sobre la propia vida, afecta la autoconfianza y sensación de control sobre los eventos importantes de la vida y por tanto pone a la persona en un estado de stress que puede afectar sus relaciones de pareja, familiares y sociales. Pone en riesgo la salud emocional y eventualmente también la salud física, sus consecuencias pueden ser a largo plazo en la vida de la pareja.



figura/fondo

(Greenfeld, 1993, págs. 471-482). La misma autora enfatiza que en algunas parejas que no se pueden reproducir se pone en tela de juicio el sentido real del matrimonio, ya que se plantea la incapacidad de cumplir con lo establecido socialmente por algunas culturas y religiones que plantean para un matrimonio y una relación sexual la procreación.

De nueva cuenta nos encontramos con un introyecto directamente relacionado con la religión, dado que la procreación es la finalidad de un matrimonio, y si no hay hijos, entonces la relación de los cónyuges se estanca, se paraliza, la vida en pareja no tiene sentido. La mujer con un problema de infertilidad no está preparada para tal evento, ya que siempre vivió con la creencia de que algún día se casaría y como en automático tendría hijos, por lo tanto, entra en una situación de crisis. Si esta etapa es bien manejada, se extienden las posibilidades de crecimiento y desarrollo de nuevas habilidades, mayor madurez; y se refuerzan el compromiso y vínculo afectuoso con la pareja. Digamos que esto sería lo sano; no obstante, para muchas parejas la infertilidad es el gatillo disparador de otros problemas que hasta entonces habían permanecido guardados.

Con respecto a la pareja, Greenfeld (Ibid.) señala que algunos de los problemas ocasionados por la infertilidad son:

1. La mujer sólo quiere ser fecundada y pierde otro interés en la pareja.
2. Un miembro de la pareja se vuelve como el hijo y el otro toma actitudes parentales.
3. Uno llora por los dos y el otro es solo un observador.

En el terreno de las relaciones sexuales pueden emerger algunas dificultades en la pareja, por tener que acoplarse a las necesidades del tratamiento, tales como:

1. Evitación del encuentro sexual.
2. Anorgasmia.

También algunas personas comienzan a fantasear que:

1. Los problemas sexuales son concomitantes a la infertilidad.
2. El sacrificar la satisfacción sexual puede cambiar la situación de infertilidad.
3. La infertilidad es un castigo por la conducta sexual pasada.

Los factores culturales, étnicos y religiosos presionan más en algunas culturas, aduciendo que la única responsable de la infertilidad es la mujer. A veces la religión es un impedimento para que la mujer opte por un tratamiento médico, y es frecuente que busque en su pasado “pecados”

que la hagan estar en este problema, y entonces se desarrolla la culpa. Los tipos de culpa más frecuentes asociados con la infertilidad son:

1. Relaciones sexuales premaritales.
2. Uso de métodos anticonceptivos.
3. Aborto.
4. Enfermedades venéreas.
5. Infidelidad.
6. Masturbación.
7. Pensamientos y actos homosexuales.
8. Placer sexual.

Así mismo, algunas mujeres infértiles sienten culpa por haber esperado tanto tiempo para embarazarse, ya sea por estudiar una carrera, o por trabajar todo el día. Referente al área familiar, la infertilidad genera problemas de integración específicamente con padres y hermanos, ya que pueden darse al interior del núcleo familiar relaciones competitivas, celos, daño en los lazos familiares por resentimientos. Aunado a lo anterior, en algunos casos los padres de las personas con infertilidad pueden ser un elemento de presión dado que demandan tener nietos, o bien se consideran malos padres por no poder generar un hijo con esas potencialidades.

Socialmente, la pareja tiende a alejarse de sus amistades por considerar a otros insensibles ante su problema, pueden dejar de asistir a eventos sociales, como fiestas infantiles o "baby showers", prefieren reunirse con padres sin hijos o con su mismo problema, esto les genera un aislamiento de grupos afectivamente importantes. Nos damos cuenta de que las consecuencias a corto o largo plazo son bastante serias para la pareja misma, pero específicamente para la mujer, quien al estar tan metida en su dolor; no se percata de lo que sí tiene, lo que le hace figura es lo que no puede tener. Aquí me surge esta pregunta ¿qué pierde la mujer que no puede reproducirse?.

Linda Hunt argumenta que “ante la maternidad frustrada la mujer tiene pérdidas significativas: pérdida del amor, pérdida de amistad y apoyo, pérdida de continuidad, y pérdida de la experiencia.” (Hunt, 1993, pág. 40).

Considero importante analizar cada una de estas pérdidas, dado que es necesario ver de qué se está “agarrando” la mujer para permanecer en esta frustración, también para entender y trabajar con este asunto inconcluso.

**Pérdida del amor:** el hecho de no ser madre equivale a perder un amor permanente e incondicional, así como la intensidad del vínculo madre-hijo,

figura/fondo

cuya fuerza es enorme. En este caso la mujer no podrá ofrecer su inmenso amor, ternura, y cuidados a un hijo. Este amor incondicional también ha sido fomentado por nuestra cultura, formando parte de otro introyecto, al valorar a la mujer sólo en su papel de madre y esposa.

**Pérdida de amistad y apoyo:** si la pareja se divorcia, o uno de los miembros enferma, o llega la vejez, la ausencia de los hijos retoma un significado especial para la mujer. Para ella, la vida carece de una verdadera red de sustentación, cuando no haya hijos para apoyarse o crear una amistad cuando estos crezcan.

**Pérdida de continuidad:** la mujer incapaz de procrear, cuando madura, cuando sus padres envejecen y mueren, sabe que el ciclo de la reproducción no continuará sino que terminará con su muerte.

**Pérdida de la experiencia:** ciertamente el embarazo es una experiencia profunda, difícil y gratificante, dado que constituye una parte desde el punto de vista biológico, natural en la vida de la mujer. Ella suele añorar la preñez, el parto y la lactancia, y sus brazos y su vientre se sienten vacíos. Tener y criar hijos es una experiencia desafiante; ayudarlos a crecer y a transformarse para que sean seres humanos felices y productivos sugiere aprendizaje y maduración para la mujer adulta, las mujeres infértiles pierden la oportunidad de este desafío.

Y se me ocurre agregar otra pérdida que también se da bajo estas circunstancias:

**Pérdida de la pareja:** algunas parejas no soportan la idea de vivir sin hijos, la relación se tambalea, estuvieron tanto tiempo luchando contra la infertilidad, que incluso se descuidaron como pareja. Si los lazos afectivos son pobres, la pareja opta por divorciarse, algunos hombres que han internalizado el introyecto “no serás hombre hasta que tengas un hijo”, abandonan a su pareja, aumentando así el dolor y la frustración de la mujer.

El hijo existe en tanto que es deseo, y el deseo es un introyecto que esclaviza y golpea la autoestima; por lo tanto, es necesario trabajar las fases del proceso de duelo, para facilitar el contacto, el darse cuenta, y la toma de decisiones.

## PROCESO DE PENA

---

De acuerdo con la Dra. Elisabeth Kübler-Ross (1993) el proceso de pena se compone de cinco fases que son:

- 1. Negación:** la primera reacción de la mujer al enterarse de su infertilidad es de incredulidad, las frases características son: “no”, “no es cierto”, o también puede restarle importancia a lo que le está sucediendo “no es para tanto”, “no me importa”. Durante esta fase la mujer niega su infertilidad, una forma de evitar su realidad es, buscando otros diagnósticos médicos, bajo su creencia de que los médicos se han equivocado, de que existe un error. Aquí se da un desgaste emocional y físico muy fuerte, debido a que la mujer se vuelve a someter a estudios que ya se ha practicado y a otros que el médico en turno le sugiera. Así mismo, su economía se ve sumamente afectada, dado que gasta en estudios de laboratorio, ultrasonidos, medicamentos, consultas particulares, etc., y van brincando de un médico a otro. También buscan soluciones místico-religiosas o mágicas, acuden a gente que les aseguran que tomando infusiones de hierbas, o yendo con un quiropráctico que les acomode la cintura, o prendiendo veladoras al “niño de los milagros” quedarán embarazadas. Es muy duro aceptar la cruda realidad, por lo mismo, esta fase actúa como un amortiguador entre el impacto del anuncio y el sentido de la autoestima, es una forma de proteger al yo.

**Intervención psicoterapéutica:** para un tratamiento psicoterapéutico, es necesario respetar a la paciente hasta que ella decida hablar de lo que está viviendo, durante esta etapa es conveniente acompañarla empáticamente.

- 2. Ira o enojo:** Puede ser razonable o irracional, aquí la mujer puede culparse a sí misma, a Dios, a los médicos, o a cualquiera que esté a su alrededor por no tener hijos. Hay coraje hacia la pérdida. Las frases más características en esta fase son: “¿Por qué a mí?”, “El mundo es injusto”, “Otras tienen lo que yo no tengo”, “¿Por qué ellas sí pueden tener hijos y yo no?”.

**Intervención psicoterapéutica:** en esta etapa confrontar no es fácil, lo más adecuado para trabajar es la aceptación positiva incondicional de la persona, mostrarle afecto y respeto, es importante que exprese abiertamente sus sentimientos de enojo, que viva realmente su enojo, que se dé cuenta de con quién está enojada, y a quién está dirigido su enojo, sin enjuiciamientos por parte del terapeuta y respetando el ritmo de la paciente.

- 3. Negociación o regateo:** aquí hay una “negociación” interna. Al

figura/fondo

calmarse la mujer, intenta regatear con la vida, con ella misma, con otra persona, con Dios. Las frases más comunes son: “Tal vez es mejor para mí no tener hijos”, “Quizá debo darme más tiempo”, esto sirve para mitigar un poco sus sentimientos de dolor, sufrimiento, frustración, etc. También en esta fase afloran sentimientos de culpa y el autorreproche, “Me culpo a mí misma”, “Es un castigo de Dios”, “Algo malo pasa conmigo”.

**Intervención psicoterapéutica:** aquí hay que respetar sus diálogos internos, y hacer un experimento en donde pueda expresar lo que le está pasando aquí y ahora. Trabajar con la culpa es importante para el autoperdón, es necesario que se de cuenta frente a quién se siente culpable, que observe a esa persona y vea si tiene la razón, preguntarle ¿Tú aceptas estas acusaciones?. La culpa es un introyecto, cuando la paciente se da cuenta de qué es lo que dice el otro, y se plantea qué es lo que ella quiere hacer, la culpa se diluye dando paso a su necesidad real, así mismo es básico trabajar con su autoestima.

**4. Depresión:** la tristeza es la esencia de la pena, el luto en su máxima expresión. Es tiempo de llorar y eso duele, “humildemente nos rendimos”. Ya no se puede esconder la pérdida, la mujer infértil enfrenta su realidad. Aquí la persona tiene necesidad de compartir y comunicar verbalmente muchas cosas, las frases más comunes son: “Siento que no estoy completa”, “No soy imprescindible para nadie”, “Me siento sola”, “Me siento vacía por dentro”, “Soy víctima del destino, de mi propio cuerpo”.

**Intervención psicoterapéutica:** en esta etapa hay que facilitar la expresión del dolor, mediante reflejos verbales y sobre todo no verbales, (postura, gestos, respiración), es relevante que se dé cuenta de lo que ha perdido, que se dé la oportunidad de vivir su tristeza y su depresión. Incluso se puede hacer un experimento adaptando “la silla vacía”, por “la cuna vacía”, colocando una cuna pequeña frente a ella, y que le exprese a ese bebé sus sentimientos y frustraciones por no tenerlo con ella, por no poder ser su madre; y despidiéndose poco a poco del bebé, siempre graduando el experimento y respetando el ritmo de la paciente.

**5. Aceptación-reconstitución:** una vez que la mujer ha cerrado los ojos, pateado, gritado, negociado, sentido dolor, llega al estado de aceptación; la lucha termina, ahora es libre. Acepta que no será madre biológica, en esta fase hay un ajuste y una reorganización, no es que renuncie o no sienta nostalgia, pero por el momento acepta su realidad.

**Intervención psicoterapéutica:** en esta última fase hay que trabajar con

principios de realidad, facilitar el autoapoyo, autoconfianza, que expanda sus fronteras, que se dé cuenta de que existen otras alternativas como la adopción (aunque este es tema para otro artículo), es momento para que la mujer tome decisiones importantes.

Estas fases no son rígidas, ya que en ocasiones la mujer puede regresar a una de ellas, asimismo los experimentos dependen de la creatividad del terapeuta, lo verdaderamente importante es mantener a la paciente en el aquí y ahora, respetando su propio ritmo, aceptándola tal y como es, y acompañándola en su proceso de duelo.

## **CONCLUSIONES**

---

- En los hospitales hace falta un equipo interdisciplinario, que incluya psicoterapeutas, que a la par con los médicos de Biología de la Reproducción lleven a cabo un tratamiento para facilitar el proceso de la mujer infértil.
- Es conveniente también sensibilizar al equipo médico de esa área, para que se den cuenta que están trabajando con personas y las traten como tales.
- La cultura fomenta la expresión maternal en la mujer, a través de la familia, escuela, religión y medios masivos de comunicación; creo que es tiempo de modificar muchas de estas imposiciones, y aceptar que en la actualidad la mujer se realiza en otros ámbitos.
- Estamos acercándonos a un nuevo siglo, las premisas socioculturales deben ir cambiando conforme una sociedad avanza, lo más importante es que la mujer se dé cuenta de cuáles son sus necesidades reales y decida lo que es mejor para ella.
- En la mayoría de los casos, el anhelo a la maternidad tiene sus fundamentos en la introyección, en donde incorporamos una serie de mandatos que son las necesidades de otros. Por lo mismo, existe un conflicto, ya que no vemos claro si queremos tener hijos por decisión propia o por cumplir con los cánones establecidos por la sociedad.
- Algunas mujeres no cumplen con los preceptos que la sociedad impone, y se responsabilizan de la decisión de no tener hijos, ellas no presentan dificultades o consecuencias ante la maternidad.
- Las mujeres que han crecido en una cultura que le da un valor especial a la maternidad y que son infértiles, presentan consecuencias como (en casos severos) el suicidio, que es una forma de retroflexión, en donde se hacen a sí mismas lo que quisieran hacerle a otros. Así mismo, en formas más patológicas roban niños de otras mujeres, no elaborando así su pérdida, “agarrándose” a lo que no puede ser.

figura/fondo

Con la esperanza de concebir un hijo, las mujeres se exponen a tratamientos dolorosos, desgastantes, tanto física como emocionalmente, haciendo uso de la ingeniería genética, aun con el conocimiento de que no son seguros y con un mínimo de efectividad, además de su costo elevado.

Aunque la esterilidad femenina es multifactorial, el resultado es la no reproducción. Creo que al estar con la fijación de tener un bebé, la mujer no se da cuenta de lo que sí tiene y desperdicia otras oportunidades de crecimiento. Aquí es importante trabajar con su autoestima y fortalecer su autoapoyo para que logre una mayor individuación.

La infertilidad afecta más a la mujer, pero también a la pareja como tal, dado que se rompe con una estructura en la que han vivido por tanto tiempo y en la que han basado su sistema de creencias y modo de vida. Se da un desequilibrio homeostático.

La crisis en la pareja sin hijos puede ser fructífera y enriquecedora para ambos, ya que se incrementa el compromiso que como pareja tienen, sin embargo, en la mayoría de las parejas funciona como el desencadenante de asuntos inconclusos o gestalten abiertas. Para un tratamiento psicoterapéutico, es necesario que la mujer infértil viva su proceso de pena, para elaborar el duelo por la pérdida del hijo que nunca tendrá. La forma para trabajar este proceso de pena es ir respetando las fases para que emerja un darse cuenta de la pérdida, facilitando la expresión abierta de sentimientos, para cerrar una gestalt y que surja otra figura, para que se expandan las fronteras del yo, en donde la mujer se dará cuenta de que existen otras alternativas, y que sea ella la que decida, de acuerdo a su necesidad real. Si quiere vivir la experiencia de ser madre, entonces existe la posibilidad de la adopción. Los experimentos guesálticos, dependen de la creatividad de cada terapeuta y de las necesidades de cada persona. Para mí el de “la cuna vacía” resulta enriquecedor.

Espero que mi artículo haya sido de utilidad para aquellas mujeres que se encuentran atrapadas en un callejón el cual creen que no tiene salida, y que se permitan vivir su experiencia y ampliar sus fronteras para encontrar otras alternativas de crecimiento, cuando reconozcan que cuentan con infinidad de recursos para crecer como personas, como mujeres y en su relación de pareja.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---

**GREENFELD**, Dorothy. (1993). *INFERTILITY AND REPRODUCTIVE MEDICINE CLINICS OF NORTH AMÉRICA. Psychological Issues in infertility.* Volumen 4 No. 3, Intermédica. E. U. A.

**HUNT ANTON**, Linda. (1993) *LA DECISIÓN DE SER MADRE PARA LA MUJER DE HOY. ¿Realización y libertad personal o dolor y frustración?.* Gedisa. Barcelona, España.

**IZQUIERDO**, María Jesús. (1985). *MATERNIDAD. Revista Fem. , publicación feminista bimestral.* Año 9, No. 43. México, D. F.

**KÜBLER-ROSS**, Elisabeth. (1993). *SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS. La enseñanza que los agonizantes ofrecen a los doctores, enfermeras, sacerdotes y a sus propias familias.* Grijalbo. Barcelona.

**PAPALIA**, Diane E., **WENDKOS OLDS**, Sally. (1988). *DESARROLLO HUMANO.* Mc. Graw Hill. México, D. F.

**PERLS**, Fritz. (1976). *EL ENFOQUE GUESTÁLTICO Y TESTIMONIOS DE TERAPIA.* Cuatro Vientos. Chile. Novena reimpresión.

**RAMÍREZ**, Santiago. (1977). *EL MEXICANO, PSICOLOGÍA DE SUS MOTIVACIONES.* Grijalbo. México, D. F.