

ESTUDIO DE UN GRUPO DE MUJERES SUJETAS A TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: UN ENFOQUE CUALITATIVO

Lilia Arranz Lara*, Bertha Blum Grymberg*, Emily Ito Sugiyama*

SUMMARY

The main purpose of this research was to define the way in which psychic representations of the desire of maternity determined the decision of a group of women to be put under complicated reproductive treatments such as *in vitro* fertilization. Patients previously diagnosed with primary sterility, who wanted to try assisted human reproduction (AHR) treatments, specifically those candidates for *in vitro* fertilization techniques (IVF), were remitted to a public health institution. Interviews were made to a hundred candidates, ten of which were selected to be amply studied. The methodology employed was interpretative in a grounded theory design. This instrument helped to build categories that deepened and broadened the phenomenon under study. Two constant factors that affected the decision of the studied group were found: narcissistic personality and the imaginary child. This analysis included the study of other factors such as gender, family pressures, medical institution, and side effects of this treatment. Through rigorous analysis the information was codified by specific methods (axial coding, selective coding) that allowed the design of a preliminar model that explained the founded categories, their relationship and the temporary proces involved. These results could help in further investigations as a tool for gynecologists and professionals of mental health to increase their comprehension of this population. In order to find applications of the previous results, it was suggested to work with a psychotherapy designed for women who underwent such treatments.

Key words: Assisted human reproduction treatments, desire of maternity, grounded theory, narcissistic personality, depression.

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo en mujeres derechohabientes de una institución de seguridad social, a las que se les diagnosticó previamente esterilidad y que se sometieron a estudios y tratamientos ginecológicos con resultados negativos; estas mujeres recibieron como última alternativa, tratamientos de reproducción asistida, especialmente de fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE), en un hospital de tercer nivel.

En este estudio, se investigaron la influencia y el contexto en los que se produjo el deseo de maternidad en las cien pacientes entrevistadas, diez de las cuales fueron estudiadas a profundidad. El propósito de este estudio fue el de establecer los criterios que ayuden a comprender las causas que llevan a una mujer a someterse reiterada e insistentemente a complicados tratamientos de fertilización, con pocas probabilidades de éxito, mismos que aumentan, a su vez, la intensidad de los conflictos anteriores (y la posible aparición de otros), si el embarazo no se produce. Se trabajó desde un enfoque cualitativo-interpretativo, conocido como *teoría fundamentada en los datos*. El objetivo principal de usar este método fue ampliar el conocimiento del tema formando categorías que llevaran a la profundización y a la mejor comprensión del fenómeno estudiado. A partir del análisis de los datos, se encontró que los factores que más influyen en su deseo de ser madres, son: a) la estructura narcisista de la personalidad, b) el hijo imaginario, c) el género, d) las presiones familiares, e) la institución médica, y f) los efectos secundarios del tratamiento. Estos indicadores pueden servir también como una herramienta para que los médicos que las tratan comprendan integralmente la problemática que aparece en esta población y para diseñar modelos específicos de atención psicoterapéutica.

Palabras clave: Técnicas de reproducción asistida, deseo de maternidad, *teoría fundamentada en los datos*, estructura narcisista de la personalidad, depresión.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de reproducción asistida, en especial la de fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE), han tenido desde su creación una gran influencia en las expectativas de las mujeres estériles, sobre todo en las que padecen esterilidad primaria. Sin embargo, en la actualidad, las mujeres estériles todavía se enfrentan a una realidad difícil: Los estudios de detección son largos y algunos de ellos dolorosos, los costos son altos y, sobre todo, son pocas las probabilidad-

* Facultad de Psicología, UNAM. Correspondencia: Dra. Lilia Arranz Lara. Prolongación Canal de Miramontes 348-B-18, Ex Ejidos de Huipulco, Tlalpan, 14360, México DF. E-mail: liliarran@netscape.net.

Recibido primera versión: 27 de noviembre de 2000. Segunda versión: 4 de junio de 2001. Aceptado: 3 de julio de 2001.

des de éxito (14% o menos dependiendo de la institución médica que se encargue de hacer las transferencias). Todo lo anterior hace que el proceso de fertilización sea considerado como estresante y con periodos de ansiedad y depresión (1), lo que se considera en los medios de divulgación como *la montaña rusa emocional* (5). Algunos autores han informado del gran componente de ansiedad que se asocia a los tratamientos reproductivos, y que muchas de las parejas no pueden ajustarse favorablemente a los cambios producidos por dichos tratamientos. Glover (11) señala que mientras más reales sean las expectativas de la pareja en relación con los tratamientos, mejor se recuperan de la ansiedad sufrida. Facchinetti (9), por otra parte, confirma que las expectativas irreales sobre los tratamientos, hacen que, sobre todo la mujer, corra un alto riesgo de desarrollar depresión, ya que el estrés producido por los procedimientos reproductivos se combina con aquel de la infertilidad. En México, los principales estudios sobre el tema se han llevado a cabo en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), que concluyen que es necesario un trabajo psicoterapéutico enfocado a los problemas específicos de la esterilidad, como pueden ser los cambios en la vida cotidiana de la mujer, la pérdida de su autoestima, y su incapacidad para enfrentarse a las nuevas situaciones experimentadas (3). Estos investigadores han determinado que en la esterilidad, los síntomas depresivos no se manifiestan en forma progresiva, sino que se presentan cambios en tres momentos: al principio experimentan una gran inquietud por su incapacidad para concebir. Después buscan poco a poco la satisfacción en otras áreas de la vida cotidiana y, finalmente, después del tercer año, aparecen sentimientos de pérdida y desesperación (14). Si no logran adaptarse a su situación entonces se puede desarrollar lo que Morales-Carmona (13) concibe como «esterilidad de vida», que se manifiesta como el empobrecimiento paulatino de varias áreas de su vida cotidiana. Se producen reacciones emocionales regresivas en las que se cuestiona su incompetencia como mujer, y su esterilidad se convierte en parte de su autodefinición (4). Para este equipo de trabajo, un elemento de suma importancia para evitar caer en esta situación es trabajar con estrategias de afrontamiento, entre las que consideran la «reevaluación positiva» de la esterilidad y la conformación de redes adecuadas de apoyo (3). A partir de estos antecedentes, se consideró pertinente hacer un estudio exhaustivo en algunas mujeres mexicanas sometidas a tratamientos de reproducción asistida en una institución de salud pública, con la finalidad de proporcionar información adicional sobre las condiciones, procesos y circunstancias que rodean a estos tratamientos, y que afectan de manera tan importante

la vida emocional de dichas pacientes. El objetivo principal de este estudio fue el de profundizar y sistematizar los criterios que permitan comprender las causas que determinan que una mujer se someta reiterada e insistentemente a complicados tratamientos de fertilización con pocas probabilidades de éxito, los cuales aumentan, a su vez, la intensidad de los conflictos anteriores, y favorecen la posible aparición de otros, cuando no se produce el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se llevó a cabo en un grupo de mujeres que eran candidatas a someterse a la técnica de FIV-TE en el Área de Reproducción Humana de un hospital de tercer nivel en una institución de salud pública. La población estudiada la conformaban cien pacientes. Se seleccionaron diez casos que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio: a) ser derechohabientes del ISSSTE, b) tener un rango de edad de 30 a 40 años, c) haber recibido el diagnóstico de esterilidad primaria, d) tener escolaridad mínima de primaria, e) tener pareja estable y f) no padecer de ningún trastorno mental severo, el cual fue evaluado por medio de entrevistas psicológicas.

El instrumento utilizado fue la Entrevista Clínica Psicológica en la modalidad abierta y a profundidad, (entre cuatro y seis entrevistas de aproximadamente una hora de duración). Este trabajo se centró en el análisis del deseo de maternidad y en las diferentes representaciones que lo configuran. La observación durante dos años permitió analizar si los problemas de ansiedad y depresión que se manifestaron durante los tratamientos de reproducción asistida se relacionaban de manera significativa con la historia personal de estas mujeres. Por lo anterior, se consideró que el método que permite explicar la complejidad de estos procesos es el cualitativo-interpretativo, y se escogió el enfoque metodológico denominado *teoría fundamentada en los datos* (6,8,10).

El resultado de este proceso de recolección de datos y de análisis es una teoría cuya característica es la de estar cerca de un problema específico o de una población determinada.

RESULTADOS

Después de haber hecho las codificaciones pertinentes a las fases de observación y de codificación axial (5,12) se elaboró un diagrama que muestra la relación que hay entre las categorías, así como los momentos del proceso, de acuerdo con las categorías utilizadas, que

fensas y las angustias propias de estas fallas narcisistas. Estos dos factores que aparecen en el origen de la constitución psíquica de las mujeres estudiadas, influyen de manera significativa en la construcción de su *identidad**.

Dentro del núcleo de la identidad, el género tiene una función legitimadora de una serie de actividades y representaciones culturales con las que se identifican los miembros de un sexo determinado, sobre todo aquellos que equiparan a la mujer con la maternidad. La identidad tiene que estar en concordancia con el proyecto identificador que busca una imagen narcisista de máxima valoración, por lo que el deterioro que encontramos principalmente en la estructura narcisista de la personalidad, produce específicamente un déficit primario de narcisización**, que quedará registrado en la identidad femenina. Citaremos como ejemplo a “Omega”: *“Siempre he sido flaquita, delicada, enfermiza. Mi madre fue neurótica, enferma, frustrada, su depresión la aisló de nosotros. Mi padre siempre estuvo de viaje, ausente. Cuando soy depresiva soy molesta, nadie me quiere hablar. Por dentro me estoy haciendo polvo, soy vulnerable y débil”*.

II. Resultado de las condiciones causales

En un determinado momento de su vida reproductiva, cada mujer tiene que tomar la decisión de si quiere o no ser madre, decisión no del todo consciente, que replantea su identidad genérica que, a su vez, resignifica todo su proyecto identificador. El deseo de maternidad es el fenómeno central en nuestra investigación, ya que éste determina la necesidad de estas mujeres de someterse a los tratamientos de esterilidad, y las induce a tomar la decisión de atenderse en diferentes instituciones de salud, públicas o privadas.

III. Contexto

Un elemento que podemos separar y que acompaña al proceso investigado es la historia de la pareja, entendida ésta como la relación imaginaria que se espera de una pareja, y que se compara y contrasta con la pareja real y los acontecimientos cotidianos y significativos por los que han pasado como pareja. Esta historia es importante para comprender tanto las diferentes de-

cisiones tomadas por las mujeres en relación con el tratamiento, como las redes de apoyo que van a encontrar para continuarlo. Encontramos que el tipo de hombre que predomina como pareja de estas mujeres es sumiso, pasivo, sin un fuerte deseo de ser padre, pero que tolera y colabora con ellas en sus tratamientos. Por ejemplo, el marido de “Eta” dice: *“Mi único anhelo es que ella esté contenta, siempre la he apoyado en todos sus tratamientos, pero si no se logra, estoy dispuesto a vivir sin hijos, siempre y cuando ella así lo quiera”*. Otro contexto que está presente en el proceso es el de la institución médica. Se trata de un hospital del tercer nivel de atención, cuyos objetivos principales son la enseñanza, la investigación, la asistencia y la rehabilitación con procesos complejos y complicados. Los médicos de nuestro estudio son considerados como salvadores y benefactores que les permitirán a estas mujeres obtener ese hijo tan deseado.

IV. Condiciones interventoras

Tanto las creencias y el mito, como los valores culturales, no sólo forman parte de las condiciones causales originarias, sino que intervienen permanentemente como un referente indispensable en las expectativas sociales del medio sociocultural que las rodea. La cultura y las presiones familiares repiten y ejercen un tipo de presión que se enlaza con el deseo de maternidad. Se encontró, así mismo, que en este deseo, tanto la familia — la propia o la política — como otras relaciones significativas son experimentadas por estas mujeres como presiones o exigencias que las llevan a desear someterse a estos tratamientos, buscando así obtener el reconocimiento y la valoración social profundamente anheladas, sobre todo para compensar las fallas narcisistas originarias. Incluimos las palabras de “Sigma”: *“Visito a mi suegra de vez en cuando, pero siempre me reclama: “Ya queremos verte cargando... lo que hace falta es un nieto... ¿Cuándo voy a salir y encontrar la sangre de mi hijo?” También le comenta a sus familiares: “mi hijo se casó con una mula”. Por dentro me siento muy mal”*.

V. Estrategias

El tratamiento al que se someten estas mujeres produce una serie de efectos directos e indirectos, no siempre conscientes, que las convierten en agentes pasivos o activos frente a dichos tratamientos. En los efectos pasivos encontramos de manera evidente, aquellos efectos físicos propios de los tratamientos a los que han sido sometidas, como son el dolor físico y los cambios metabólicos que sufren por los tratamientos hormonales. Entre los efectos psíquicos que manifiestan encontramos sentimientos de tristeza, vacío, desesperan-

*La identidad es la búsqueda de una imagen narcisista de máxima valoración. Según Erickson (7), se forma por la interacción de procesos sociales e individuales, y una vez que se cristaliza, forma tipos psicosociales relativamente estables.

**Déficit primario de narcisización: Sujetos cuyos padres no les aportaron una imagen valorada de sí con la cual puedan identificarse, o bien porque el entorno los vio como inferiores por una condición física o psíquica que les hizo sentirse inferiores desde la infancia temprana. (2)

za, cambios en su estado de ánimo y miedo o ansiedad. Para describirlos, presentamos la narración de "Beta": *"He sufrido demasiado en los tratamientos, he salido muchas veces adolorida, mareada, confusa. Sin embargo todos estos sacrificios valen la pena si consigo un hijo"*. En el grupo estudiado no hemos detectado el deseo manifiesto de abandonar el tratamiento como resultado de las dificultades antes mencionadas. Por otra parte, sus actitudes defensivas ayudan a estas mujeres a persistir en los tratamientos como medio para conservar el valor identificador que marca su deseo de lograr la maternidad. Entre las defensas más importantes aparecen, en primera instancia, la fantasía sobre el hijo esperado e idealizado (imaginario), ya que éste colmaría el vacío interior y compensaría todos los sacrificios sufridos. Tomemos como ejemplo el caso de "Delta": *"Me he obsesionado en tener un niño que se parezca a mi esposo. No toleraría que fuera niña. Quiero que sea karateca y pianista, por eso le dije al médico que hiciera manipulación genética. Tengo envidia de mi hermana, porque ella sí pudo tener hijos."* Específicamente encontramos que este mecanismo va muy unido a otro de victimización denominado masoquismo narcisista*, que hace que ante el sufrimiento y el dolor, estas mujeres vivan una suerte de exaltación y valorización que compensa de alguna forma la frustración producida por la falta de un hijo. "Tau" menciona al respecto: *"He sufrido tanto que a mi 'hijo del tratamiento' lo voy a querer más que si tuviera relaciones con mi marido"*. Así mismo, están presentes otros mecanismos defensivos como es el no tomar conciencia de su realidad ginecológica y de las posibilidades de éxito de los tratamientos a los que se someten (mecanismo de desmentida). "Kappa" señala: *"Yo sé que este programa no tiene mucho éxito, pero Dios siempre hace milagros"*. También aparece en mayor o menor medida la necesidad de proyección y búsqueda de un agresor para justificar el maltrato real o imaginario al que son sometidas. Generalmente el sujeto de este mecanismo es un médico en particular o algunas de las personas que forman parte de la institución médica. Nos habla "Gamma": *"Tengo desesperación y rabia con los médicos; ya llevo años en tratamiento"*.

VI. Consecuencias de las estrategias

Es importante señalar que la fase de análisis dentro de esta investigación comienza a partir del momento en que son candidatas a someterse a las técnicas de reproducción asistida (en especial FIV-TE); este análisis finaliza antes de que sean sometidas a dicha técnica.

*Masoquismo narcisista: Búsqueda consciente o inconsciente de sufrimiento por el placer narcisista que éste entraña. Es un sentimiento de superioridad que se genera a través de la conducta de sacrificio, y eleva al sujeto por encima de los demás (2).

Como la probabilidad de éxito de dicha técnica es baja, proyectamos tres escenarios virtuales: a) Se produce la fertilización exitosa, que determina que las pacientes cambien de institución para controlarlas posteriormente. b) Fracasa la fertilización. Si no se proporciona a estas mujeres una terapia psicológica que las ayude a elaborar el fracaso del tratamiento, puede aparecer, en primer lugar, la resignificación de los déficits narcisistas estructurales, por lo que se presentaría una severa depresión narcisista, de mecanismos de aislamiento y retraimiento que ya padecían algunas de ellas. En el peor de los casos, aparece la falta del deseo de vivir, lo que puede conducir las, en algunos casos, incluso al suicidio. También hay la posibilidad de que insistan, de manera irracional, en buscar tratamientos alternativos (mágicos). En algunos casos intentarán adoptar a un niño de manera "sintomática", pues el nuevo niño cargará con una misión imposible: la de ocupar el lugar del hijo maravilloso y realizar las expectativas inalcanzables que le habían asignado; con las repercusiones psicopatológicas que se pueden inferir de este hecho. c) Si se le ofrece un trabajo psicoterapéutico institucional, éste le permitirá comprender a la pareja las vicisitudes que pueden acarrearle su deseo de ser padres, y podrán lograr ya sea una adopción más consciente y elaborada o la búsqueda de un proyecto identificador alterno que les permita resignificar su historia personal y la haga más compatible con sus posibilidades de realización personal.

Los aportes fundamentales de esta investigación son: analizar el deseo de maternidad de las mujeres estériles que desean someterse a tratamientos de R.A.; la reconstrucción histórica del proceso; un análisis de la situación actual y, finalmente, la elaboración de un pronóstico que incluye un esbozo de psicoterapia focalizada.

DISCUSIÓN

A partir del estudio de los antecedentes teóricos, se buscaron, por medio de un modelo interpretativo, los elementos más significativos dentro de las historias de estas mujeres, lo que permitió elaborar la propuesta de un modelo que demuestra la complejidad del fenómeno central. Este fenómeno, en el que interviene tanto lo social como lo individual, es el deseo de maternidad. Con respecto al enfoque metodológico, se eligió un modelo que permitiera no sólo mostrar las características de los casos, sino fundamentalmente, presentar la complejidad del fenómeno observado y de sus diferentes interacciones y temporalidades, los cuales no han sido considerados en otros enfoques, por ejem-

plo en el de estudio de casos. Se utilizaron las herramientas metodológicas que proporciona dentro de la metodología cualitativa-interpretativa el enfoque denominado *teoría fundamentada*. Este enfoque presenta alguna dificultad para su seguimiento, ya que Strauss y Corbin, junto con otros autores, han ido perfeccionando y haciendo más complejo el modelo a lo largo de diez años de desarrollo metodológico (6,10,15). Puesto que el objetivo principal de este enfoque es generar esquemas teóricos que permitan avanzar en las hipótesis de futuras investigaciones, la finalidad de utilizar este enfoque fue no sólo descubrir las variables o los factores que influyen en el fenómeno principal, sino buscar las relaciones que hay entre éstas, y así mostrar la centralidad o periferia de las categorías encontradas en relación con el fenómeno central. Estos indicadores pueden ser utilizados en la atención psicoterapéutica para explorar aquellas áreas que faciliten o entorpezcan dicho proceso. El empleo de esta estrategia interpretativa en el contexto del marco teórico planteado, y su aplicación a una población que se somete a tratamientos relativamente nuevos, implican nuevos desafíos para las áreas de la psicología clínica y de la psicología de la salud. La aplicación de la *teoría fundamentada* se llevó a cabo en tres momentos metodológicos: inductivo-deductivo-inductivo, ya que a partir de los principios generales del psicoanálisis llegamos a conocimientos específicos sobre la población estudiada; esta lógica temporal nos permitió detenernos, avanzar, cuestionar muchos de los esquemas que se establecieron con base en la nueva información obtenida, así como en la concatenación de los resultados en un análisis de tres momentos del proceso: observación, construcción y pronóstico. Las categorías encontradas pertenecen a diferentes niveles que van de lo social a lo intrasubjetivo, por lo que sólo un método cualitativo de las características de la *teoría fundamentada* permite realizar no sólo la comparación, sino la complementariedad de estas categorías. Esta complejidad también pudo ser estudiada en la llamada matriz condicional a través de los diferentes niveles de interacción que van desde lo internacional y nacional a la acción directa en la que se analiza el fenómeno. Es importante comentar que para abarcar todos los niveles propuestos se requieren nuevas investigaciones interdisciplinarias para interpretar, desde otras perspectivas, el fenómeno estudiado. Dentro de los factores causales son relevantes las categorías denominadas *fallas en la estructura narcisista de la personalidad e hijo imaginario*. Podría cuestionarse si este tipo de interpretación está sesgada por la propia formación del entrevistador, pero después del análisis interpretativo de todos los casos, podemos observar que hay una línea común en todas las historias de estas mujeres (central

y que fue producto del ejercicio hermenéutico que se conoce como modelo analógico, lo que permite conseguir una adecuada proporcionalidad entre la fidelidad del texto y las categorías alcanzadas. Como parte de la investigación, queremos aportar algunos elementos que se pueden tomar en cuenta para intervenir en el tratamiento de las mujeres estériles a las que se les hayan detectado las fallas en la estructura narcisista de la personalidad en las que trabajamos anteriormente, sobre todo buscando ya sea un proyecto identificatorio alterno, o bien una adopción elaborada. Por los resultados de este estudio, consideramos que una de las líneas de investigación que pueden surgir a partir de este trabajo es el desarrollo de un tratamiento psicoterapéutico específico para trabajar en las condiciones que intervienen en el deseo de maternidad de las mujeres estériles, a fin de comprender mejor su peso específico en su insistencia en buscar tratamientos de reproducción asistida. En especial, tendríamos que prestar atención a la centralidad de las fallas narcisistas, al género expresado como imaginario social y a las expectativas que tienen para su hijo por nacer. En este trabajo sugerimos cuestionarse permanentemente las diferencias que puedan presentarse entre el trabajo médico-institucional y las expectativas creadas por estas pacientes, influidas, a su vez, por sus relaciones familiares y sociales. Así mismo, es indispensable tener una posible línea de comunicación con las redes de apoyo. Consideramos pertinente llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico grupal en el que compartan la problemática con otras mujeres que reciban tratamientos similares, para que puedan analizarse sus temores y ansiedades básicos. Así mismo, desmitificar conceptos pertenecientes al imaginario social genérico, como aquel que considera la permanencia de la ecuación mujer = madre, proceso que podríamos llamar deconstructivo. Finalmente, es importante trabajar con la pareja para que intervenga en los procesos psicológicos de la esterilidad y, al mismo tiempo, para que tome en cuenta sus propias ansiedades y frustraciones. Por la complejidad del fenómeno estudiado sugerimos que debe haber cierta flexibilidad en las modalidades terapéuticas, dependiendo del momento del proceso, y una evaluación permanente de la mujer estéril.

AGRADECIMIENTOS

El presente artículo se basa en una investigación para la tesis de doctorado en Psicología de la UNAM, de Lilia Arranz L.; la dirección de tesis estuvo a cargo de la doctora Bertha Blum G., y la asesoría metodológica se llevó a cabo bajo la supervisión de la doctora Emily Ito S., ambas profesoras de carrera de la Facultad de Psicología de la UNAM. Agradecemos al C.M.N. "20 de Noviembre" del ISSSTE, en su área de Reproducción

Asistida, por permitirnos hacer esta investigación. Así mismo, reconocemos la colaboración del CONACYT por el apoyo brindado.

REFERENCIAS

1. ABBEY A, HALMAN J, ANDREWS F: Psychosocial treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fert and Ster*, 57(1): 122-128, 1999.
2. BLEICHMAR H: *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
3. CARREÑO J, MORALES-CARMONA F, MARTINEZ S: Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles. *Per*, 11:176-183, 1997.
4. CARREÑO J, MORALES F, ALDANA E: Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Per*, 14(1):14-21, 2000.
5. COOK S, STREETER R: *Infertilidad, la montaña rusa emocional*. Biblioteca Serono de Educación para pacientes, México, 1997.
6. CRESWELL J: *Qualitative Inquiry and Research Design*. Sage, Londres, 1998.
7. ERICKSON E: *Infancia y Sociedad*. Hormé, Buenos Aires, 1988.
8. HENWOOD K, PIDGEON N: Qualitative research and psychological theorization. *Brit J Psych*, 83:97-111, 1992.
9. FACCHINETTI F, MATTEO M: An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fert Ster*, 67(2):314-319, 1997.
10. GLASER B, STRAUSS A: *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine de Gruyter. Nueva York, 1967.
11. GLOVER L, HUNTER M: Development of the Fertility Adjustment Scale. *Fert Ster*, 72(4):623-628, 1999.
12. LAPLANCHE J, PONTALIS J B: *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor, Barcelona, 1983.
13. MORALES-CARMONA F: Reproducción y crisis maduracional. En: Pérez A: *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. Fontamara, 279-308, México, 1996.
14. MORALES F: El impacto de los factores psicosociales de la esterilidad. *Per*, 10(2):81-88, 1996.
15. STRAUSS A, CORBIN J: Basics of qualitative research. *Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage, Londres, 1990.