

**“Ser madre, mi única opción”. Posibles fantasías inconscientes alrededor de la maternidad**

Paula Franco Vélez  
Manuela Posso Moreno

Directora  
Ana María Mesa Ochoa

Evaluadora  
Ana Cristina Gómez Arango

Pontificia Universidad Javeriana Cali  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Psicología

2024

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Paula Franco**

En primer lugar, le agradezco a mis padres por creer en mí, y apoyarme incondicionalmente para alcanzar cada una de mis metas, su compañía, apoyo y ejemplo fueron motivadores esenciales para mí en este proceso. También agradezco a mi novio, mis mejores amigos, y amigas de la carrera, por el apoyo, por escucharme y mostrar tanto interés en las cosas que he aprendido. Además, le doy gracias a mis docentes de clínica psicoanalítica por despertar en mí el amor por el psicoanálisis, los admiro mucho. Especialmente gracias a Ana Mesa por apoyarnos desde el inicio y decidir acompañarnos en este camino, ha sido una guía esencial, y fue muy gratificante poder aprender más de ella a través de nuestro trabajo de grado. Finalmente, gracias infinitas a Manu por ser la mejor compañera de investigación, y por ser mi psico-amiga. Disfruté cada momento de nuestro trabajo de grado gracias a ella y a la pasión que compartimos por pensar alrededor del psicoanálisis, creo que no pude haber pedido mejor compañera.

### **Manuela Posso**

Durante el último año y medio, ha sido un gran privilegio poder contar con el apoyo de mis seres queridos, mis docentes, mi directora de tesis y especialmente mi compañera de tesis. En primer lugar, quiero dedicar estos agradecimientos a mi familia por comprender, desde un inicio, que todo el tiempo invertido enfrente del computador, iban a valer la pena. Gracias por su apoyo y por estar siempre presentes. A mi pareja y a mi mejor amigo, gracias por escucharme hablar del tema por horas seguidas, por leer mis avances, por darme siempre una retroalimentación y sobre todo por sentirse orgullosos y motivarme en todo momento. A mis docentes de clínica psicoanalítica, mis más profundos agradecimientos por hacerme enamorar de esta rama de la psicología y por enriquecer nuestro trabajo a partir de sus recomendaciones. A Ana Mesa por seguirnos en esta locura, por tratar de entender mis

argumentos confusos y sobre todo por disponer de su tiempo y su conocimiento para que esto fuera posible. Y, por último, a mi compañera de tesis, por ser mi complemento perfecto para analizar, escribir y hacer de este trabajo de grado una experiencia inolvidable. ¡Lo logramos, paulita!

## **TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN .....	1
MÉTODO .....	18
Diseño .....	18
Participantes.....	19
Técnicas de recolección de información e Instrumentos .....	19
Categorías de análisis.....	21
Procedimiento .....	23
Técnicas de análisis de información .....	23
Consideraciones éticas .....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN .....	40
REFERENCIAS.....	51

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías de análisis

18

## **LISTA DE ANEXOS**

### **ANEXOS**

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Instrumento I: Entrevista de apego adulto

Anexo C. Instrumento 2: Entrevista Semiestructurada

Anexo D. Instrumento 3: Entrevista a profundidad

Anexo E. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 1

Anexo F. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 2

Anexo G. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 3

Anexo H. Retroalimentación verbal.

## **Resumen**

El presente trabajo de grado se enfoca en el área de la maternidad por reproducción asistida, por lo cual busca explorar las fantasías inconscientes alrededor de la maternidad en mujeres que son madres a través de técnicas de reproducción asistida (ART). Los objetivos específicos buscan indagar las representaciones de pérdida, maternidad y no maternidad. La metodología seleccionada se enmarca dentro de una investigación cualitativa con un diseño de estudio de caso de 3 madres que realizaron 3 o más intentos de ART. Para la recolección de información se aplicaron tres instrumentos: entrevista de apego adulto, entrevista semiestructurada y entrevista a profundidad. Se encontró que las pérdidas se representan como frustraciones que amenazan su narcisismo y están acompañadas de un componente afectivo negativo. Adicionalmente, que las representaciones de maternidad se inscriben de manera subjetiva en cada participante, pero se encuentran escindidas en una representación positiva y una negativa. Se concluyó que la maternidad es movilizada por un deseo de hijo que termina inclinándose hacia características pasionales y que se encuentra vinculada a fantasías narcisistas, filicidas y edípicas, que explican la insistencia de las mujeres para permanecer en el proceso de ART hasta completar el embarazo.

***Palabras clave:*** Psicoanálisis, maternidad, técnicas de reproducción asistida (ART).

## ***Abstract***

This thesis focuses on the area of assisted reproduction motherhood, aiming to explore the unconscious fantasies surrounding motherhood in women who become mothers through assisted reproductive techniques (ART). The specific objectives seek to examine representations of loss, motherhood, and non-motherhood. The selected methodology is framed within a qualitative research approach, employing a case study design with three mothers who underwent three or more ART attempts. Three instruments were used for data

collection: the Adult Attachment Interview, a semi-structured interview, and an in-depth interview. Findings reveal that losses are represented as frustrations that threaten the participants' narcissism and are accompanied by a negative affective component.

Additionally, the representations of motherhood are inscribed subjectively in each participant, yet in all three cases, they are portrayed through two contrasting connotations. It was concluded that motherhood is driven by a desire for a child, which gravitates towards passionate characteristics and is linked to narcissistic, filicidal, and oedipal fantasies, explaining the women's persistence in continuing the ART process until achieving pregnancy.

**Keywords:** *Psychoanalysis, motherhood, assisted reproductive techniques (ART).*



## INTRODUCCIÓN

La infertilidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad endémica por su alto incremento en los últimos años, afectando alrededor del 15% de las parejas que se encuentran en una edad reproductiva. Es decir, una de cada seis personas en el mundo puede ser diagnosticada con esterilidad (OMS, 2023). De las mujeres que son diagnosticadas con infertilidad, el 49% la consideran como una de las experiencias más perturbadoras y estresantes de sus vidas (Freeman et al., 1985). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS más reciente en Colombia, el 10.2% de las mujeres entre 13 y 49 años tienen problemas de infertilidad (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015). Es así como situar la infertilidad como un desafío de salud mundial y nacional, es el punto de partida para entender la situación problema a la que se ven enfrentadas las mujeres que desean ser madres y recurren a técnicas de reproducción asistida (ART), en la medida en que desafía las expectativas reproductivas y emocionales de estas mujeres. Es así como el enfoque de este estudio se centra en las posibles fantasías inconscientes relacionadas con la maternidad en mujeres que han concebido a sus hijos por medio de estas tecnologías.

Una de las soluciones médicas que se ha logrado por medio de los avances tecnológicos han sido las Técnicas de Reproducción Asistida (ART). Desde finales de los años 70s, a nivel mundial cerca de 8 millones de niños han nacido a través de ART. De hecho, en los últimos 40 años la cantidad de fertilizaciones in vitro a nivel global creció más de 150 veces (Peipert et al., 2023). Por ejemplo, en Estados Unidos, el 2,3% de los nacimientos por año son concebidos por medio de estas técnicas (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2021). De acuerdo con Zegers-Hochschild et al. (2023), por cada millón de habitantes se estima la realización de 143 ciclos de ART en Colombia durante el 2020. México realizó un promedio de 164 ciclos, ubicándose por encima de Colombia y

Bolivia con 132, ubicándose por debajo. Encabezando esta lista, dentro de Latinoamérica, se encuentra Uruguay con 558 por millón de habitantes y Argentina con 490. Esto puede explicarse gracias a que, en estos países, a diferencia del resto, existen leyes que posibilitan el libre acceso a la reproducción asistida y la posibilidad de acudir a planes de financiamiento. Sin embargo, comparando esto con los países europeos, el promedio de procedimientos por ART en Latinoamérica es bajo, logrando solo el 14,6% del total en Europa.

Es así como las innovaciones tecnológicas han impactado significativamente en el alcance de la medicina, pero así mismo en el bienestar físico y psicológico de las mujeres. Por un lado, las mujeres que atraviesan procesos de ART, pueden presentar diversos efectos secundarios, como distensión, dolor abdominal, dolor de cabeza, hematomas (Catherino, 2020; Forman y Lobo, 2022; Tsen, 2020), y hasta pueden llegar a desarrollar cáncer de mama debido a largos tratamientos de fertilización In Vitro (Farhud et al., 2021). A estas complicaciones se les debe agregar que los embarazos por medio de cualquier proceso asistido, suelen ser más difíciles, puesto que hay tasas más altas de embarazos ectópicos, heterotópicos y multifetales, así como abortos y partos prematuros. Además, existe una mayor predisposición a enfermedades maternas como preeclampsia, diabetes, sangrado y anemia, las cuales afectan en el crecimiento intrauterino fetal y la morbilidad materna (Schenker y Ezra, 1994). En otras palabras, estas mujeres suelen ser más propensas a tener complicaciones obstétricas y neonatales (Maehara et al., 2021).

Por otro lado, a nivel psicológico también tiene ciertas implicaciones. De acuerdo con Stanhiser y Steiner (2018), se evidencia el aumento de niveles de estrógeno y progesterona que influyen en el estado de ánimo y la alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos. Aproximadamente el 20%, han sido diagnosticadas con ansiedad y más de la mitad presentan modificaciones severas en su estado anímico (Moreno-Rosset et al., 2009), lo cual afecta la continuidad de sus tratamientos. Por ejemplo, alrededor del primer ciclo de la fertilización In

vitro, los niveles de ansiedad y depresión aumentan hasta el punto de generar renuncias en el tratamiento (Pedro et al., 2017).

Las mujeres que experimentan múltiples ciclos de fertilización in vitro sin éxito obtuvieron puntuaciones más altas de ansiedad y depresión durante su embarazo que las mujeres que lograron concebir en su primer intento asistido (Agostini et al., 2017). Esto relacionado a que las mujeres que conciben a través de ART presentan cambios más irregulares en los síntomas depresivos durante el embarazo comparado con las mujeres embarazadas de manera espontánea (Simoni et al., 2021). Según los informes del Registro de la Sociedad Española de Fertilidad-SEF del 2020, el porcentaje de embarazos por inseminación artificial está entre el 12 y el 13% y por fertilización In Vitro es de 34-35% en las mujeres menores de 40 años. Es decir que las tasas de éxito por ART se encuentran aproximadamente entre el 10 y el 40%, por lo que muchos de los tratamientos no resultan en embarazo (Sociedad Española de Fertilidad SEF, 2020). De hecho, alrededor de un tercio de las parejas fracasan en estos tratamientos (Pinborg et al., 2009), lo que ocasiona altas tensiones psicológicas entre el éxito y el fracaso (Del Rocío et al., 2020). Además, teniendo en cuenta que, debido a los síntomas depresivos de las mujeres, cerca del 30% de las parejas abandonan estos procesos (Pedro et al., 2017).

Sin embargo, existen mujeres que a pesar de enfrentarse a una gran cantidad de implicaciones tanto psicológicas como médicas, hacen múltiples intentos de embarazo por medio de diferentes técnicas de reproducción asistida. A nivel médico, se ha establecido que la cantidad máxima para intentar lograr un embarazo a través de inseminación artificial es alrededor de cinco. Otra técnica más compleja es la fertilización in vitro, respecto a la cual se ha establecido que se realizan como máximo 3 intentos (Homburg et al., 2009).

Adicionalmente según la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, muchos programas de ART determinan una edad límite, de acuerdo a las bajas tasas de embarazo en

mujeres mayores de 40 años y al alto riesgo de aborto espontáneo (Saavedra, 2002). Sin embargo, según Zegers-Hchschild et al., (2023), la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA), calculó que en los últimos 7 años la proporción de mujeres mayores o iguales a 40 años ha aumentado, del 27% al 34%. En relación a esto, el 75,3% de las mujeres tratadas en latinoamérica tienen 35 años o más.

Alrededor de esta temática, hay dos puntos principales a tener en cuenta. Primero, la imposibilidad de ser madre, sea por motivos de infertilidad u otras causas, genera tensiones y alteraciones psíquicas que ponen en conflicto variables internas como los planes a futuro y aspectos de la identidad (Rujas et al., 2021; Carson et al. 2021; Moukhak et al., 2023) y variables externas como presiones sociales, familiares, conflictos de pareja, etc. (Asante-Afari et al., 2023; Wang et al., 2023).

En segundo lugar, las ART traen consigo implicaciones psicológicas importantes para las mujeres que atraviesan estos procesos, tanto positivas como negativas. Por un lado, le brindan la posibilidad de ser madres a las mujeres que biológicamente no pueden serlo, lo cual genera una transformación importante en la mujer por el sentido reparador de esta experiencia (Shaw et al., 2023; Jambersi et al., 2022; Asante-Afari et al., 2022). Pero por el otro lado, puede implicar dificultades en la interiorización del rol de madre (Boz et al., 2021; Graham, 2017; Imrie et al., 2020; Sadeghi et al., 2019; Shaw et al., 2023; Van Berkel et al., 2007) y altos niveles de angustias y temores (Boz et al., 2021; Jambersi et al., 2022; Sadeghi et al., 2019; Shaw et al., 2023). Además, puede implicar manifestaciones negativas como posibles depresiones post parto (Ruiz-Porras et al., 2019), sin embargo, esto no se genera únicamente en las concepciones asistidas y depende de múltiples variables que se presentan en ambos casos (Listijono et al., 2014).

Por otro lado, atendiendo a la teoría psicoanalítica, se han encontrado muy pocos artículos empíricos que se relacionen directamente con las fantasías inconscientes de

maternidad en madres por ART. Esta teoría ha abordado profundamente la maternidad y el vínculo materno-infantil, construyendo bases que permiten comprender el deseo de hijo como la elaboración de un deseo inconsciente. También se han realizado investigaciones con abordaje psicoanalítico relacionadas con las técnicas de reproducción asistida como nuevas posibilidades alrededor de la maternidad, específicamente sobre las implicaciones que puede tener la infertilidad y las ART en la psique de las mujeres. En este sentido, Alkolombre (2014) encontró que la existencia de nuevas posibilidades para las mujeres y/o parejas que presentan dificultades para la reproducción, puede transformar el deseo de hijo, convirtiéndolo en una pasión de hijo. Por lo que la búsqueda del embarazo implica la construcción de un vínculo pasional con el hijo, planteando que hay una intensificación de las demandas de carácter narcisista.

En algunas investigaciones (Alkolombre 2003; Apfel et al., 2002), se ha encontrado que la infertilidad implica un evento traumático para las mujeres que reciben el diagnóstico, y puede generar a nivel psíquico sentimientos de culpa, también envidia respecto a otras figuras femeninas que pudieron convertirse en madres, y otras implicaciones psicológicas como la depresión, ansiedad, elevados niveles de estrés y baja autoestima. En el estudio de Mann (2014), se realizó el análisis de dos casos de mujeres que fueron a consulta psicoanalítica debido a los procesos de reproducción asistida por los que estaban pasando, y se encontró intolerancia a la ambivalencia, es decir una dificultad para lidiar con sentimientos o pensamientos contradictorios, lo cual activa constantemente mecanismos defensivos de represión y afectos negativos hacia la infertilidad.

Por otro lado, se ha encontrado que las mujeres que han atravesado tratamientos de reproducción asistida presentan dificultades para la elaboración e integración de las transformaciones que generan en ellas estos procedimientos. Algunas de estas dificultades se manifiestan como desafíos emocionales, cognitivos y sociales, ya que se enfrentan a cambios

significativos tanto en su identidad, como en sus relaciones interpersonales y en su percepción de la maternidad (Mann, 2014). Además, en la investigación realizada por Apfel et al (2002), se encontró que hay fantasías donde el útero se presenta como un objeto bueno y un objeto malo, estableciéndose así la escisión como un mecanismo de defensa ante el malestar que genera considerar que hay algo funcionando mal en ellas.

Atendiendo a lo anterior y a la búsqueda intensa para alcanzar la maternidad, a pesar de los efectos secundarios que esto podría implicar en ellas, se ha encontrado que en esta necesidad de ser madres hay grandes movimientos que atienden a la pulsión de muerte o Tanatos, representado en cargas agresivas, que se relacionan con el trauma generado a partir de la infertilidad, y la relación con el objeto materno (Alkolombre, 2014). Cabe resaltar que la pulsión de muerte se entiende como un instinto o necesidad primaria, donde predomina la destrucción, la agresión y la desintegración (Freud, 1920). Con relación a lo anterior, algunos hallazgos (Alkolombre, 2014; Mann, 2014), refieren que la búsqueda de la maternidad implica un intento de reparación atendiendo a las experiencias que tuvieron durante su infancia, debido a la relación insatisfactoria, e incluso traumática, que tuvieron con sus madres.

Se ha encontrado una brecha importante a nivel latinoamericano y local. Por un lado, la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (REDLARA), cuenta con más del 90% de los centros de fertilización de la región. Sin embargo no presenta un equipo de psicología, ni divulga contenido relacionado a salud mental de las mujeres que pasan por este tipo de procesos. Y por otro lado, a nivel local, también se puede evidenciar esta brecha con la ausencia de acompañamiento psicológico en pacientes de ART, a pesar de que existan actualmente 2 centros independientes de fertilización asistida en Cali.

Adicionalmente, se encontró una brecha en cuanto a la temática particular de este estudio. En primer lugar, se debe reconocer que una cantidad considerable de estudios han

abordado temas de infertilidad (Carson et al. 2021; Moukhak et al., 2023; Petre et al., 2021; Rujas et al., 2021; Wang et al., 2023) y diferentes aspectos relacionados con las implicaciones psicológicas que se derivan de las ART, tanto positivas (Shaw et al., 2023; Jambersi et al., 2022; Asante-Afari et al., 2022) como negativas (Boz et al., 2021; Graham, 2017; Imrie et al., 2020; Jambersi et al., 2022; Ruiz-Porras et al., 2019; Sadeghi et al., 2019; Shaw et al., 2023; Van Berkel et al., 2007). Sin embargo, la relevancia radica en que muy pocos autores (Mann, 2014, Alkolombre 2003; Apfel et al., 2002) han investigado empíricamente y directamente sobre aquello que moviliza inconscientemente a las mujeres que se someten a técnicas de reproducción asistida y mucho menos a aquellas que insisten múltiples veces.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, la pregunta que orienta la presente investigación es: ¿Cuáles son las posibles fantasías inconscientes alrededor de la maternidad en mujeres que tuvieron hijos por medio de técnicas de reproducción asistida?

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, el objetivo general del presente trabajo es explorar las fantasías inconscientes relacionadas con la maternidad en mujeres que pudieron ser madres, después de múltiples intentos de ART. Y para poder alcanzar el objetivo, se han propuesto los siguientes objetivos específicos. Primero, identificar las representaciones de pérdida relacionadas con los múltiples intentos fallidos de lograr el embarazo a través de ART. Segundo, indagar las representaciones de maternidad y no-maternidad, a través de la forma cómo se inscribe el proceso de ART en la estructura subjetiva de las participantes, a partir de su historia de vida.

La relevancia disciplinar de este estudio aportaría a la investigación de este fenómeno desde la comprensión psicoanalítica, en la medida en que lo indagado a profundidad sobre las fantasías inconscientes que movilizan a las mujeres a ser madres por ART. Además, es importante tener en cuenta que a pesar de que, desde los cimientos de la teoría psicoanalítica,

ya se conocía de la existencia de un niño concebido por esperma donado (Malberg, 2017), el tema no era objeto de exploración desde la disciplina. En contraste con la actualidad, en donde casi 150 años después, las cifras han aumentado significativamente y cada vez el número de mujeres que necesitan acompañamiento durante ART es mayor (Peipert et al., 2023).

Este estudio también es relevante para la prevención de la salud mental, en la medida en que logre construir una visión integral que contemple los puntos claves hacia donde el psicólogo deba prestar más atención para que guíe su comprensión y pueda ayudarle a sus pacientes a prevenir riesgos psicológicos tanto en la madre como en su proceso de maternidad y el vínculo con su hijo. Esto debido a que desde la psicología preventiva en temas de maternidad y crianza se puede contribuir a la salud mental materna y al bienestar dentro de las familias (Raschkovan, 2016). Es así como resulta relevante indagar sobre las posibles fantasías y motivaciones inconscientes de las mujeres que se someten a intentos repetidos de ART.

En este sentido, la presente investigación pretende ser una herramienta para futuras investigación, intervenciones y/o acompañamientos psicológicos para mujeres que se encuentren realizando procesos de ART. Es por esto que el informe final será presentado al área de ginecología y obstetricia de la Clínica Imbanaco. Sin embargo, no se generará un manual de intervención, ni datos generalizables.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo de grado se encuentra dentro del área de la psicología clínica con un enfoque psicoanalítico, vinculado al grupo de investigación Salud y Calidad de vida. Atendiendo a lo planteado por Sánchez (2008), este es un enfoque clínico encargado de la comprensión de los contenidos inconscientes que influyen en el comportamiento de los individuos. Esto con el fin de brindar un acompañamiento a las



personas a través de procesos psicoterapéuticos, que permitan un mayor bienestar y aportar positivamente a su salud mental.

Por lo tanto este estudio estará orientado por los planteamientos de la teoría psicoanalítica, a partir de diferentes abordajes hegemónicos acerca del tema de la maternidad y el deseo de hijo, específicamente sobre las fantasías alrededor de esta. De este modo, se abordarán planteamientos de diferentes autores acerca de la maternidad.

Para poder indagar en las fantasías de la maternidad, se debe comprender el concepto de representación mental. Según Freud (1911) es la forma en que la mente organiza y procesa la información a través de imágenes mentales, pensamientos y asociaciones, conscientes o inconscientes. Estas conforman la base de la vida psíquica pues se convierten en los elementos fundamentales para la formación de los contenidos oníricos, de los deseos, fantasías y conflictos inconscientes. Es así como la fantasía hace referencia a la creación de escenas, imágenes o situaciones imaginarias que pueden tener contenido consciente e inconsciente y tiene como función satisfacer deseos a través de una representación mental. De este modo, las fantasías y las representaciones están interconectadas en la vida psíquica para convertir las necesidades internas en imágenes de gratificación

En este sentido, las fantasías alrededor de la maternidad están dadas por las representaciones mentales que la mujer gesta desde su infancia. Por su parte, Freud (1923), dentro de la teoría del desarrollo psicosexual y el complejo de Edipo, plantea que la niña experimenta deseos amorosos hacia el padre y rivalidad con la madre. Esto relacionado al complejo de castración, donde la niña percibe la falta de pene en ella como una castración y en la madre como la evidencia de ser la responsable, lo cual genera en la niña sentimientos de rivalidad y hostilidad hacia su madre. En este contexto, la niña desea al padre como una forma de compensar su carencia, esperando de él un hijo que pueda representar simbólicamente lo que ella siente que le falta. En este sentido, la maternidad le permite a la

mujer superar la castración a través de su bebé, que le puede proveer aquello que le quitaron, resolviendo así el Edipo.

Partiendo de la elaboración del Edipo, se puede plantear la estructuración de la personalidad, que se puede encontrar bajo tres organizaciones: neurosis, limítrofe, psicosis. Para la presente investigación se hace énfasis en la estructura neurótica, la cual se puede clasificar en obsesiva o histérica (Dor, 2000). Atendiendo a Dor (2000), la neurosis histérica se caracteriza por una problemática entre el tener y no tener, debido a la castración, por lo que el sujeto asume que fue privado del falo de manera injusta. Por lo tanto, en sujeto presenta una queja con relación al amor de madre, percibiendo que no es amado suficientemente por el otro. Esto genera que se presente una identidad insatisfactoria, ya que se representa a sí mismo como un objeto desvalorizado e incompleto, en comparación a un objeto ideal que corresponde al falo. En este sentido, en la neurosis histérica, el sujeto está en constante búsqueda del valor fálico, con el objetivo de ser un objeto ideal para el Otro.

Por otro lado, la estructura obsesiva, de acuerdo a Dor (2000) se enmarca en el contexto de una persona que se sintió excesivamente amada por su madre o por el objeto de amor primario, lo que la convierte en un objeto privilegiado del deseo materno, que se construye a partir de una investidura fálica. Esta investidura fálica se comprende desde la idea de que el niño desarrolla la creencia psíquica de que la madre encuentra en él, lo que espera y no encuentra en el padre. Es decir, que el niño se representa imaginariamente como quien suple este deseo materno, quien le brinda a la madre aquello que su padre le brinda de manera insatisfactoria o no le brinda. Es así como la posición de suplencia en la que el niño se posiciona frente a la madre, se manifiesta en una identificación fálica por parte del niño. De este modo, se crea una fijación erótica que está relacionada al temor de la castración, a posibles conflictos frente a la pérdida y a la ley del padre (Dor, 2000).

Las fantasías inconscientes, planteadas por Freud (1905) alrededor de la maternidad, están relacionadas con las experiencias infantiles, los deseos y temores internos de la madre, que influyen en la relación con sus hijos, en la medida en que afectan la forma como perciben a su hijo y el cómo deben relacionarse con él. No obstante, estas fantasías están vinculadas a la forma en cómo la madre haya resuelto el Edipo y de este modo haya logrado identificarse con su madre para la formación de su feminidad y para la internalización de los roles maternos, los cuales construyen su propia representación de maternidad.

Dentro de esas fantasías, Mussali (2016) ha identificado posibles rasgos filicidas, donde se evidencia que la relación entre los padres y sus hijos pueden estar cargadas de cierta ambivalencia, caracterizada por un amor profundo y a la vez agresiones inconscientes, vinculadas a la pulsión de muerte. Especialmente dentro del amor maternal esta ambivalencia es evidente, puesto que se ha encontrado sentimientos hacia el hijo relacionados a frustraciones que la llevan a desear que el hijo regrese al vientre y siga siendo parte de sí misma. Según los planteamientos de esta autora, esto se evidencia en la parentalidad filicida, cuando no se le da un espacio simbólico al hijo, imposibilitando su existencia psíquica para los padres.

Por otro lado, Helene Deutsch (1945) propone la maternidad como concepto importante dentro del desarrollo de su teoría de la psicología de la mujer. La define como la relación entre la madre y su bebé como el conjunto de factores sociológicos, emocionales y físicos que conforman un todo. Deutsch (1945) establece que la maternidad inicia con la concepción, y se extiende a los diferentes momentos propios del embarazo, el parto, la lactancia y el cuidado del bebé. Además, trae consigo reacciones emocionales.

Así mismo, autoras más contemporáneas como Zelaya et al. (2015), construyen el concepto de la maternidad a partir de los planteamientos de Amanti-Mehler al describir el inicio de la maternidad desde la infancia de la mujer al relacionarse con su propia madre. Es

decir, que el núcleo psicológico de la maternidad no inicia únicamente en el embarazo ni mucho menos en la concepción, sino a través de las fantasías que construye la mujer, desde el primer modelo de madre que conoce, sobre cómo ser madre. Por lo tanto, afirman que estas fantasías inconscientes explican el hecho de que existan diferencias en las experiencias de maternidad, tanto entre diferentes madres como experiencias diversas entre embarazos e hijos de una misma mujer. Con relación a esto, es importante mencionar que Recalcati (2018) establece que la maternidad no implica únicamente una cuestión biológica, sino que es en sí misma un evento del deseo, por lo que surge del inconsciente, y trae consigo sueños, deseos inconscientes y expectativas.

Desde esta misma mirada, Langer (1976) planteó el valor emocional, psicológico y social de ser madre, y que las fantasías juegan un rol fundamental. Por ejemplo, la idea de que la maternidad solucionará las necesidades emocionales o los conflictos internos de la madre. Sin embargo, el logro de la felicidad en las mujeres que no se establecen como madres, no depende necesariamente de la concreción de la maternidad, sino más bien de la posibilidad de encontrar formas alternativas de canalizar y satisfacer ese impulso maternal de manera equilibrada y sin mayores conflictos internos (Langer, 1976). En la presente investigación esto se entenderá como *no-maternidad*.

Por otro lado, Stern (1995), en su teoría sobre la constelación maternal, establece que la mujer, al convertirse en madre entra en una nueva organización psíquica, la cual empieza a presentarse durante el embarazo. Plantea que la constelación maternal es el conjunto de cuatro temas que surgen en la mujer al convertirse en madre: la vida y el crecimiento, la relación primaria, matriz de apoyo, y la reorganización de la identidad. Para efectos de la presente investigación, se hará énfasis únicamente en la matriz de apoyo y la reorganización de la identidad. Respecto a la matriz de apoyo, se establece que la madre genera una necesidad de construir y aceptar una red de apoyo que brinde sostenimiento y protección

durante el inicio del proceso de maternidad, la cual se presenta como una red conformada principalmente por las figuras maternas.

En cuanto al tema de la reorganización de la identidad, se presenta una necesidad en la madre de transformar su identidad, donde los diferentes roles que tenía son desplazados ahora hacia la maternidad. En este sentido, Stern (1995) establece que ese proceso es causa y efecto de la relación que construye con las figuras maternas que hacen parte de su red de apoyo, ya que la nueva madre presenta la necesidad de tener modelos, por lo que se reviven las identificaciones que presentó con su madre y con otras figuras maternas.

Atendiendo a esto, este autor propone el modelo de estar-con, el cual se basa en la experiencia interactiva de estar-con una persona determinada de una forma particular. Las representaciones se basan en las experiencias interactivas de la madre, que pueden ser reales o fantasías, y se refieren a la experiencia subjetiva de estar-con otra persona. Por lo que propone una serie de redes de modelos estar-con, que incluyen: el bebé, ella misma, la pareja, su propia madre, la familia de origen.

Debido a la nueva organización psíquica que tiene la madre, se genera un modelo muy importante con la propia madre. Dentro de este modelo, Stern (1995) establece que la nueva mamá genera nuevas valoraciones a nivel consciente o inconsciente sobre su propia madre, donde emergen nuevas redes comprendiendo sus papeles como madre cuando la nueva madre era niña; como esposa, mujer y ahora en su nuevo papel de abuela. Estas representaciones sobre la propia madre durante la infancia, influirán en el tipo de maternidad que ella va a ejercer, las cuales pueden atender a un modelo negativo, donde se espera no repetir las mismas acciones, o a un modelo positivo. Una forma de explorar dichas representaciones es a través del discurso de la madre sobre su propia madre. Sin embargo, es posible que se genere un modelo con figuras parentales sustitutorias, como tías, hermanas, o

abuelas, que permite compensar experiencias negativas que se vivieron con los padres (Stern, 1995), lo que se comprenderá como figuras primordiales.

En cuanto al modelo con la pareja, la relación sufre una alteración, ya que se convierte en una tríada, y las representaciones sobre la pareja se dividen en su pareja como pareja, como persona y como padre. Estas nuevas representaciones van a influir también en las que se crean sobre el bebé, por lo que estarán directamente relacionadas. Stern (1995) plantea entonces que estas van a variar en diferentes momentos del embarazo y la maternidad, presentándose en el embarazo predominantemente positivas, ya que en las fantasías de la mujer hay un mayor parecido entre su pareja y su futuro bebé. Sin embargo, luego del nacimiento estas se reversan, transformándose en negativas, convirtiendo a la pareja en “la piedra angular del sistema de ayuda que facilita el papel primordial de la madre” (Stern, 1995, pg. 38).

No obstante, el linaje materno no es el único responsable de las representaciones de maternidad. Desde una perspectiva lacaniana, también es fundamental tener en cuenta la estructura subjetiva de cada persona en la cual se inscribe una representación a partir de un significante, en este caso la maternidad. Esto debido a que la mirada del otro es un elemento central en la composición del sujeto, donde el sujeto es sujeto a través del otro, a partir de cómo sea nombrado (Dor, 1994). Es por esto, que la mirada de la figura paterna también se presenta como un factor primordial a tener en cuenta para la comprensión de las formas como se representa al mundo. De este modo, la forma como el padre y la madre (o las figuras primordiales correspondientes) desearon a su hijo, influirá en la forma como este se relacione con su entorno. Por lo tanto, la forma como el sujeto fue deseado y fue nombrado es clave para comprender las representaciones de maternidad y parentalidad que ha podido desarrollar.

Adicionalmente pueden existir eventos particulares de la historia subjetiva de cada persona que tengan relación con dichas formas de representar al mundo y representarse en él.

Por ejemplo, la infertilidad o la imposibilidad de ser madre a través de relaciones sexuales es un evento que se puede inscribir de formas diferentes en la vida de cada sujeto dependiendo de la estructura subjetiva y los significantes que constituyen las representaciones y fantasías alrededor de la maternidad.

Las técnicas de reproducción asistida (ART) hacen referencia a los distintos procedimientos que hoy en día la medicina ofrece a las mujeres que no pueden ser madres por medios biológicos y desean lograr el embarazo (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2015). Estos tratamientos se clasifican en tres tipos: la Inseminación Intrauterina (IUI), la fecundación in vitro (IVF) y los procedimientos con intervención de terceros. La IUI es la introducción de los espermatozoides masculinos en el útero de una mujer utilizando un dispositivo delgado y alargado. La IVF consiste en que los gametos femeninos y masculinos de la pareja son co-incubados en un laboratorio para generar un embrión, el cual posteriormente es transferido al útero de la mujer por un profesional de la salud. Por último, para otros casos donde no se puede conseguir un embarazo por ninguno de los medios anteriores, se puede involucrar la colaboración de terceros para alcanzar la gestación (Sociedad Americana de Medicina Reproductiva, 2012).

Es así como en la actualidad las familias han sufrido diferentes modificaciones, las cuales son reconocidas por el enfoque psicoanalítico como neoparentalidades (Alkolombre, 2019). Las neoparentalidades se entienden como las nuevas formas de acceder a una familia, o de conformarla, por lo que entre ellas se encuentran las familias monoparentales, las ensambladas y homoparentales (Alkolombre, 2019). A estas se suman las familias que se constituyen a través de ART que se mencionaron previamente. Desde el psicoanálisis, las ART pueden implicar transformaciones psicológicas en las mujeres en transiciones de maternidad, puesto que desde este enfoque se reconoce la importancia del deseo de hijo como un movilizador en la elección de ser madre. Este hace referencia a la elaboración de un deseo

inconsciente que permite establecer las bases de la representación del objeto hijo incluso antes de que este exista (Alkolombre, 2019; Vives et al., 1994).

No obstante, Alkolombre (2019) plantea que el deseo de hijo puede transformarse en una pasión de hijo, en los casos donde el embarazo se busca con una intensidad y firmeza particular, a pesar de las implicaciones médicas y psicológicas a las que se deben enfrentar en estos procesos, en donde se pueden evidenciar movimientos tanáticos y sacrificiales. Esto se puede diferenciar del deseo de hijo, en la medida en que en este el hijo se representa como un objeto diferenciado del *self*, implicando el abandono de una posición narcisista. Mientras que en la pasión de hijo, se presenta más un deseo de embarazo, en el cual el hijo se asume como una extensión del sí mismo, restaurando la unidad narcisista.

Atendiendo a lo anterior, es importante tener en cuenta la forma cómo estas mujeres afrontan pérdidas y elaboran duelos, puesto que la maternidad implica la pérdida de una posición narcisista. Freud (1923) plantea que existen pérdidas que no son tangibles, que hacen referencia a los ideales. Es decir, que el hecho de que un individuo tenga un sentido o un valor determinado y lo pierda por alguna situación, lo hace enfrentarse a una pérdida y su respectivo duelo. El duelo será el responsable de que el sujeto pueda entender y aceptar la pérdida. Para esto, será necesario que se experimente la realidad de la falta para aceptar que la pérdida es irreversible. Otros autores, como Allouch (1996) expresan que lo más costoso psíquicamente de atravesar este proceso es el enfrentarse a no solo perder a alguien o a algo, sino a la parte de sí mismo que se pierde junto con ese alguien o ese algo. Adicionalmente, para Klein (1940) el poder elaborar un duelo va a depender de la forma como en edades tempranas el niño logra salir de la posición depresiva en donde teme la pérdida de sus objetos amados que son atacados en su fantasía. De este modo, se plantea que el sujeto debe pasar por trabajos de duelo desde edades muy tempranas. Por lo tanto, la elaboración de un duelo



importante en la adultez implica la reelaboración de duelos previos donde se haya enfrentado a la separación con sus objetos primarios.

De acuerdo a lo propuesto anteriormente con relación a la maternidad y las técnicas de reproducción asistida, se continuará con el apartado método, donde se describe la metodología seleccionada que fue diseñada específicamente para garantizar el rigor de la investigación y la respuesta a los objetivos planteados.

## MÉTODO

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo de grado se realizó desde el enfoque cualitativo, bajo el paradigma hermenéutico interpretativo. Atendiendo a Hernández et al. (2010), este enfoque de investigación busca descubrir, construir e interpretar una realidad mental, cuya forma y contenido puede variar dependiendo del sujeto. Consecuentemente, busca comprender y describir los fenómenos atendiendo a procesos subjetivos de los individuos, es decir, su experiencia. Por lo tanto, se hizo énfasis en los discursos de las participantes con relación a la maternidad, atendiendo a la individualidad de sus experiencias.

### **Diseño**

El diseño de la presente investigación es fenomenológico. De acuerdo a Hernández et al. (2010), este diseño está enfocado en las experiencias subjetivas de los individuos con relación a un fenómeno específico. Se fundamenta en la comprensión y descripción de dicho fenómeno desde el punto de vista de los sujetos, dándole sentido a través de los discursos de las personas según su experiencia.

Dentro de los diseños de tipo fenomenológico, se encuentra el estudio de caso, del cual se hizo uso en el presente trabajo de grado, más específicamente el de tipo instrumental. Un estudio de caso hace referencia a una investigación detallada y a profundidad de un individuo, grupo, evento o situación particular. El tipo instrumental tiene como propósito describir la finalidad de este, la cual es el poder ofrecer información relevante para abordar un tema o problema de investigación específico, desarrollar o mejorar una teoría existente, y/o adquirir experiencia en el manejo de otros casos similares. (Hernández et al., 2010).

## **Participantes**

Las participantes del estudio fueron 4 mujeres, una de ellas participó como prueba piloto, la edad estaba entre los 30 y 50 años, fueron madres a través de técnicas de reproducción asistida y realizaron múltiples intentos para alcanzar la concepción. Fueron seleccionadas por medio del muestreo por conveniencia y por bola de nieve (Quintana y Montgomery, 2006). Su participación fue voluntaria, por lo que firmaron un consentimiento informado (ver anexo A). Para esta selección se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: (i) ser madre a través de reproducción asistida, (ii) ser mayor de edad, (iii) haber realizado 3 o más intentos de concepción. Además, se planteó como criterios de exclusión: (i) el proceso se realizó hace 1 año o menos, (ii) se encuentren en proceso de duelo por una pérdida reciente.

## **Técnicas de recolección de información e Instrumentos**

En la presente investigación se obtuvo la información a través de tres técnicas: una adaptación de la entrevista de apego adulto, una entrevista semiestructurada y una entrevista a profundidad.

La entrevista de apego adulto (ver anexo B) evalúa los recuerdos que un adulto tiene con sus figuras de apego y la forma cómo se relacionan con ellas. Para esto se empleó una guía de preguntas dividida en dos partes (George et al., 1985 en Crowell et al., 1995). La primera parte (Parte I) consta de una pregunta abierta que busca explorar la constitución familiar e identificar las dos figuras primordiales de la participante. La segunda parte (Parte II) cuenta con seis preguntas que exploran la categoría de maternidad, a través de 5 adjetivos que describen la relación con las figuras primordiales y episodios de relación que den cuenta de ello.

La entrevista semiestructurada (ver anexo C) se basa en una guía de preguntas abiertas, cuyo orden está sujeto a posibles cambios de acuerdo con la dinámica de la sesión

(Bonilla et al., 1997); en donde se exploró detalladamente las vivencias de pérdidas que las mujeres enfrentaron antes y durante el proceso de ART. Este instrumento explora la categoría de duelo, a través de una guía de 27 preguntas, dividida en cuatro partes. La primera aborda los datos sociodemográficos, y cuenta con 8 preguntas. La segunda explora el proceso de reproducción asistida, enfocándose especialmente en las técnicas que se realizaron las participantes, contando con 7 preguntas. En cuanto a la tercera parte, se exploran las vivencias de pérdida relacionadas a la posibilidad de ser madre por medio de una relación sexual, con 6 preguntas. Finalmente, la última parte aborda los intentos realizados previos a la concepción, con 6 preguntas.

La entrevista a profundidad (ver anexo D) se caracteriza por conversaciones orientadas a rastrear detalladamente temas específicos que respondan a un propósito en particular, en donde el investigador pueda explorar detalladamente los elementos que vayan apareciendo y que sean relevantes para los intereses de la investigación (Taylor et al., 1987). Esta tuvo como objetivo ampliar los elementos claves que surgieron de los anteriores dos instrumentos a través de la historia de vida de las participantes. A partir de este se exploraron las categorías de duelo y maternidad.

Para la validez de los instrumentos se contó con la revisión por parte de dos evaluadores expertos. Uno a nivel disciplinar, desde el enfoque psicoanalítico, con el objetivo de revisar la pertinencia de los instrumentos para indagar contenidos inconscientes a partir de un formato específico de evaluación (ver anexos E, F, G). El otro evaluador que cuenta con experticia en el área de la salud, vinculado a procesos de ART, realizó una evaluación cualitativa a través de una retroalimentación verbal, con el objetivo de revisar la estructura de las preguntas y la forma como se dirigían específicamente a esta población (ver anexo H). Además, fueron sometidos a una prueba piloto, donde se evidenció la necesidad de adaptar el segundo instrumento. Inicialmente este era un formato adaptado del instrumento Tema

Central del Conflicto de Relación- CCRT (Luborsky, 1998). Sin embargo, se encontró que la consigna no fue clara para la participante, por lo que no respondió a una parte de esta.

Durante el análisis posterior a la sesión, se evidenció que la ausencia de respuesta a esta parte del instrumento no era significativa para dar cuenta del objetivo de investigación. Por lo tanto, se tomó la decisión de cambiar el instrumento a una entrevista semiestructurada.

### **Categorías de análisis**

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías de análisis, junto a la definición conceptual de las mismas (ver tabla 1).

*Tabla 1. Categorías de análisis*

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Duelo	Pérdida de aspectos de sí mismo
Es el conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que permiten entender y aceptar una pérdida. La pérdida se entiende como la experiencia de separación entre el sujeto y un sentido o valor determinado que solía tener (Freud, 1917). En esta investigación se trabajará con pérdidas intangibles que hacen referencia a los ideales.	Se entiende como la pérdida física como partes del cuerpo o capacidades sensoriales y cognitivas o como pérdidas psicológicas que pueden relacionarse a ideales, valores y deseos (Cabodevilla et al., 2007). Se hará énfasis en la pérdida de ser madre a través de una relación sexual o de manera biológica-natural.
	Pérdida por intentos fallidos de ART
	Hace referencia a la pérdida psicológica (Cabodevilla et al., 2007) de la ilusión de un proceso de concepción exitoso y la posibilidad de ser madre, debido a la experiencia de un fallo de implantación.
Maternidad	Figuras primordiales

---

Experiencia biológica y psicológica que se gesta desde la infancia de la mujer, a través de fantasías, deseos inconscientes y modelos de crianza internalizados (Langer, 1976; Zelaya et al., 2015; Recalcati, 2018).

Hace referencia a las personas más significativas para un niño en sus primeros años de vida, al ser las encargadas de brindarle cuidado, protección y seguridad, por lo que cumplen con un papel crucial en su desarrollo emocional y psicológico (Bowlby, 1995).

---

#### Modelos estar-con

Hace referencia a la experiencia interactiva de la madre de estar-con una persona determinada de una forma particular. Estas experiencias pueden ser reales o fantasías inconscientes, y surgen de la experiencia subjetiva de la persona al estar en relación con otro (Stern, 1995).

---

#### Deseo de hijo

Se entiende como la elaboración de un deseo inconsciente que permite establecer las bases de la representación del objeto hijo y que puede presentarse como un movilizador en la elección de ser madre. Este se puede transformar en una pasión de hijo, el cual hace referencia a los casos donde el embarazo se busca con una intensidad y firmeza particular, a pesar de las implicaciones médicas y psicológicas a las que se deben enfrentar en estos procesos (Alkolombre, 2019).

---

#### No-maternidad

En este estudio se entiende como la forma en que una mujer representa psicológicamente su identidad en ausencia del rol materno.

---

---

## Infertilidad

Incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección (OMS, 2023).

---

Nota: Elaboración propia

### **Procedimiento**

Inicialmente se realizó una revisión de literatura para lograr un mayor acercamiento al tema de investigación y poder corroborar la calidad y eficacia de los instrumentos para alcanzar los objetivos de investigación. Posteriormente se realizó una prueba piloto que estuvo dividida en tres sesiones, con una duración entre una y dos horas cada una. Dos sesiones se realizaron de manera virtual y una presencial, y estuvieron distribuidas en un periodo de 2 semanas. Después de esto se ajustó el formato del segundo instrumento a través de preguntas que dieran amplitud a las respuestas principales. Por esto, se realizaron 3 sesiones con cada participante, las dos primeras de aproximadamente 1 hora en modalidad virtual y la tercera de dos horas de manera presencial. Posteriormente, se realizó el análisis de información y la elaboración del informe final.

### **Técnicas de análisis de información**

La información obtenida se analizó a través de un análisis temático (Mieles et al., 2012). El proceso de análisis aplicado en este estudio se desarrolló durante seis fases. Primero se realizó la transcripción, lectura detenida y anotación de las ideas generales de las diferentes sesiones. En una segunda etapa, se organizó la información a partir de las categorías de análisis propuestas. Posteriormente, se realizó una búsqueda sistemática de temas emergentes que fueron relevantes para responder a la pregunta de investigación. De este modo, se logró determinar y clasificar los temas más significativos (Mieles et al., 2012).

### **Consideraciones éticas**

Los aspectos éticos del presente estudio se derivan de la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud que regula la investigación con seres humanos, así como de la Ley 1090 de 2006 que decreta el Manual Deontológico y Bioético del ejercicio del psicólogo.

1. Se procura el respeto a la integridad del ser humano, buscando el bienestar de las participantes.

2. Las participantes serán informadas del estudio, explicándoles los siguientes aspectos, de forma que puedan comprenderlos: a. La justificación y objetivos de investigación. b. Los procedimientos a utilizarse y su propósito. c. Los riesgos esperados. d. Los beneficios que pueden obtenerse. e. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta antes y durante el proceso. f. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. g. La protección de sus datos de identificación y la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. h. El compromiso de proporcionarle información obtenida durante el estudio. i. Las participantes firmarán un consentimiento informado en el que se especifican los aspectos mencionados anteriormente, y recibirán una copia de este. j. El estudio se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, debido a que se busca realizar un registro de datos de las personas de manera voluntaria y además las participantes no pertenecen a una población vulnerable. En esta investigación se evaluarán los discursos de las participantes con relación a la maternidad a través de reproducción asistida, teniendo en cuenta la individualidad de sus experiencias. k. En los anexos se adjuntará el protocolo de atención en crisis.



## RESULTADOS

En este apartado se describen los resultados en cada participante atendiendo a las categorías de análisis.

### Participante 1

La participante 1 (P1) realizó tres intentos de inseminación artificial. Optó por la reproducción asistida como parte de un tratamiento experimental de células madre para una enfermedad oncológica avanzada. Además, le suministraban un medicamento que suspendía la menstruación, por lo que quedar embarazada por medio de una relación sexual era inviable. Además, se pensó inicialmente que el embarazo no llegaría a término por la baja probabilidad de parto en pacientes oncológicos. Esta participante ya había tenido un embarazo previo no planeado en la adolescencia, por lo que actualmente tiene dos hijos, uno por ART.

A continuación, se presenta lo encontrado en P1 al respecto de la categoría de Duelo. En cuanto a las **pérdidas por intentos fallidos**, se encontró que estas se relacionaban al tratamiento de su enfermedad y aparentemente no se genera un movimiento emocional, por lo que se resolvían con la decisión de iniciar un nuevo intento de manera inmediata: “Un día me levanté a bañarme cuando salió el cosito, el feto y nada. Pues la verdad normal fue como, bueno no se dio” (P1); “Nada, simplemente como de ah, no se dio. Bueno, sigamos para el segundo.” (P1).

Después del segundo intento, aparece la representación del hijo en la pérdida, lo que generó culpa en ella. Sin embargo, esto no cambia la determinación por iniciar un siguiente intento. Lo cual se evidencia en la siguiente cita textual:

No era justo de que yo estuviera sacrificando vidas, por decirlo así, simplemente para estar bien. Entonces me sentía un poco como culpable. Pues la verdad, me sentía muy culpable porque eh, allá iban muchas mujeres a tratar de conseguir quedar en

embarazo (...) y no podían y lloraban y (...) Eso me hizo sentir bastante como culpable. Como insensible. (P1).

Sin embargo, para el último intento fallido, apareció la desesperanza y el cansancio. No obstante, su pareja le insistió en continuar con el tratamiento. Como se ve en la siguiente cita textual:

Estaba yo en la cocina cuando sentí pues que bajó algo, cuando me fui a mirar sangre y otra vez. Y fue entonces ahí dije ya no más. Yo no pendejeo con esto, ya que pase lo que tenga que pasar. Entonces (pareja) fue el que me dijo no te des por vencida tan rápido. La tercera es la vencida. (P1).

Con respecto a las **pérdidas por aspectos de sí misma**, se encontró una pérdida relacionada a la salud, ya que se enfrenta a una enfermedad terminal. Por otro lado, este proceso generó pérdidas económicas y del estilo de vida: “Teníamos una calidad de vida muy buena. Y a raíz de la inseminación, que te digo que es costosa (...), nos tocó vender absolutamente todo. (...) Fue muy duro. Me sentía desesperada” (P1). Sin embargo, la vivencia de pérdida se ve interrumpida por la necesidad de actuar, tomando la decisión de manera inmediata de volver a realizar un siguiente intento, como refiere: “O sea el segundo yo dije bueno, pues el primero no pasa nada, el segundo sí, sin problema. Yo bueno, preparémonos para el segundo” (P1).

Con relación a la categoría de maternidad, a continuación se presentan los hallazgos respecto a las subcategorías: figuras primordiales, modelos estar-con, infertilidad, deseo de hijo y no maternidad.

En cuanto a los **modelos de estar con**, P1 reconoce a su madre y a su abuela materna como sus cuidadores primarios. Por un lado, la relación con la madre se caracterizó por la distancia emocional, falta de apoyo y compañía, y dinámicas violentas: “Yo me di cuenta un sábado (del primer embarazo), y le conté el domingo y ella me echó de la casa. Desde esa

edad yo salí de la casa” (P1); “Entonces ella pues se vino a pegarme y pues yo levanté la mano a cogerla para pues para que no me pegara, entonces ahí hubo como un forcejeo” (P1); “me tocaba irme sola a pie, porque pues mi mamá no me daba pa’l pasaje ni nada de eso” (P1).

Por otro lado, la relación con la abuela materna es más cercana, lo que genera la sensación de haber recibido apoyo y protección por parte de esta figura: “Entonces también pues cuando el embarazo ella me defendió a capa y espada” (P1); “Yo necesitaba hacer cualquier cosa, una cartelera por ejemplo, y tocaba borrar “venga yo borro y usted haga lo otro, no se quede quieta, hágale” (P1). En cuanto a su padre, manifiesta que solo vivió con él en su primer año de vida, y a sus ocho años fallece, por lo que tiene pocos recuerdos de él.

A pesar de que las representaciones de P1 sobre su padre están construidas alrededor de adjetivos negativos como “Juepucha mi papá es un vago, ladrón, nunca estuvo ahí” (P1), ella manifiesta que con la figura que se identifica es con su padre, a partir de lo que le han contado sus familiares sobre él: “La repostería me encanta. Y me di cuenta que (...) todos los pasteles de cumpleaños que tuve (...) fueron hechos por mi papá. Entonces mi tía me dijo a tu papá le encantaba la repostería” (P1). “Siento que me identifico con mi papá”(P1).

Con respecto a la dinámica con su pareja, se encontró que el esposo brinda apoyo y soporte, mientras que ella toma las decisiones dentro de la relación: “Entonces mi pareja fue el que me dijo no te des por vencida tan rápido. La tercera (inseminación) es la vencida.” (P1); “Él me decía cálmate (cuando pensaba en el bebé) y yo le decía no, cálmate no ¿y si le gustan los vestidos? ¿y si este? ¿y si lo otro?” (P1). Finalmente, atendiendo a la relación con su hija, se encontró que no pensaba en ella durante el embarazo, pero al confirmar su nacimiento, aparecieron miedos. Esto se evidencia cuando dice:

Para mí no pasaba nada. O sea a mí me dijeron “estás en embarazo, no hay posibilidad de que tu cuerpo tolere, no va a nacer”. Entonces ¿para qué me voy a cuidar si no hay nada? (P1)

La reprimí mucho. (...) pues yo oculté el embarazo, yo me ponía ropa normal, o sea, yo utilizaba jeans o sea, yo hacía de cuenta que yo no estaba en embarazo. (P1)

Como les comenté yo no soy muy femenina, soy un poco tosca, (...) En cambio las niñas son como que la colita... entonces eso me mortificaba. Obviamente ella apenas tenía 2 meses 1 mes y yo “¿y si le gusta el rosado? ¿y si le gusta esto? ¿y cómo voy a hacer para peinarla?” (P1)

Adicionalmente, la relación con su hija inicialmente se caracterizó por ser distante, y el foco de atención estaba puesto en su primer hijo. Sin embargo, hubo un cambio cuando su hija pasó por una crisis psiquiátrica, por lo que P1 decidió construir una relación más cercana y presente: “Me cuenta cosas, algo que de pronto no hacíamos (...) entonces ahora ya de pronto ella llega de estudiar y me encuentra ahí, me cuenta con pelos y señales” (P1)

Pasó algo a los dos meses de ella haber nacido. (...) Para finales de enero a mi hijo le dio peritonitis, entonces tuve que dejar a mi hija por dos meses en cuidado de una prima. Yo no más iba (...) una vez diaria iba, la alimentaba y me devolvía. (P1)

Entonces a raíz de eso pues yo dejé todo y (...) la relación empezó bien. Pues siempre por cuestiones laborales mantengo demasiado ocupada y eso me hizo pues como despertar, y dejar a un lado un poco el trabajo. (P1)

Respecto a la **infertilidad**, en P1 se encontró que esta se relaciona de manera directa con la enfermedad. Por lo tanto, se comprende como parte de un tratamiento para su enfermedad, sin generar un movimiento emocional. Esto se puede evidenciar cuando afirma: “Pues no se podía (...). Lo primero a una persona que tiene leucemia es aplicarle

medicamento para que el periodo no llegue (...), entonces prácticamente uno se vuelve menopáusica. Entonces por eso sí o sí debía ser una inseminación” (P1).

En cuanto al **deseo de hijo**, se encontró que previo a su primera experiencia de maternidad, había un deseo de hijo. Sin embargo, debido a la experiencia negativa con su primer embarazo y la aparición de su enfermedad, por lo que niega la idea de tener otro hijo. Es así, como el embarazo producido por ART se plantea como un tratamiento médico, ya que había una negociación con el personal médico de realizar el tratamiento, sin el nacimiento del bebé: “Había un trato básico, pues yo le servía de conejillo de indias, ellos asumían todos los costos y (...) me habían asegurado que el bebé no iba a nacer” (P1).

Yo ignoraba completamente el tema. (...) Para mí no pasaba nada. O sea a mí me dijeron “estás en embarazo, no hay posibilidad de que tu cuerpo tolere, no va a nacer”. Entonces ¿para qué me voy a cuidar si no hay nada? (P1)

Sin embargo, en el discurso se encontró de fondo la presencia del deseo de hijo. Esto se puede evidenciar en las siguientes afirmaciones:

Es que yo me adelanto mucho. Yo empiezo “¿y si no sale?”. Un poco pesimista. “¿Y si no sale? ¿si es una niña?” Bueno “es una niña, ¿cómo la voy a vestir? (P1)

De hecho yo creo que en el subconsciente yo sí sabía que mi hija iba a nacer, porque en el primer tratamiento de células, en la primera sesión de cultivo yo subí de peso, yo empecé a tolerar comida. Y ahí fue donde mi cuerpo como que pudo tolerar el embarazo. (P1)

Atendiendo a lo anterior, en la **no maternidad** se encontró que para P1 se presentaba como una posibilidad dentro de su proyecto de vida, después de su primer embarazo.

Además, se evidencia que el ser madre y tener su vida en riesgo generaba temor en ella, por lo que la no maternidad le brinda seguridad al enfrentar su enfermedad: “¿qué voy a hacer yo

con... y si no funciona? no solo voy a dejar a uno de 4, sino que voy a dejar es a dos. Es que no quiero” (P1)

## Participante 2

La participante 2 (P2) realizó dos intentos de inseminación artificial, un intento de fertilización In-vitro, y cinco intentos con la Inyección Intracitoplasmática (ICSI), en Cali. Se optó por ART debido a un bajo recuento de espermatozoides en su pareja. Finalmente, esta participante tuvo dos embarazos por reproducción asistida, en el primer embarazo tuvo un niño, y en el segundo tuvo mellizos, una niña y un niño.

A continuación se presenta lo encontrado en P2 a partir de las subcategorías de duelo: pérdidas por intentos fallidos y pérdidas por aspectos de sí mismas. En cuanto a las **pérdidas por intentos fallidos** se encontró que estos intentos generan frustración y tristeza, ya que frustra momentáneamente las posibilidades de ser madre. Además, se encontró que estos intentos se sentían como algo injusto y generaban culpa: “Es agotador (...). Yo cuando acababa de pasar un ciclo y una noticia negativa, yo estaba parada en un semáforo y yo veía a una mujer embarazada y yo me ponía a llorar” (P2). Sin embargo, esta participante plantea que el embarazo se había convertido en un reto para ella:

Cuando fui a hacer el cuarto ciclo, que no crecieron los embriones, me dijo (pareja) no más, no más, y yo le dije no, sí más. Yo voy a hacer, vamos a hacer el último intento. Se me había convertido en un reto (P2.).

Por lo tanto, se encontró que a pesar de que hay un impacto emocional negativo, se presenta una tendencia a actuar de manera inmediata, tomando la decisión de un siguiente intento, junto con el apoyo de su pareja: “no te preocupes, lo seguimos intentando, no vamos a desfallecer, tú eres una luchadora, tú has logrado superar muchas cosas” (P2).

En cuanto a las **pérdidas de aspectos de sí misma**, se encontró que hay una vivencia de pérdida frente a la dificultad de conseguir el embarazo. A pesar de que inicialmente la

limitación proviniera de su pareja, el no poder conseguir un intento exitoso fue comprendido por P2 como una limitación en ella, lo cual generó culpa: “Eso yo lo asumía como culpa mía . El hecho de que los embriones no hubieran crecido, yo no sé por qué, yo me apersoné, yo dije (...) pues eso no creció, fue por mi culpa” (P2). Sin embargo, se encontró que la acción interrumpe la vivencia de pérdida, ya que este reto la moviliza a realizar un nuevo intento. Lo anterior se puede observar a partir de la siguiente cita: “A mí se me había convertido como en un reto. Y más que todo, porque, pues, la última vez, digamos, sí era como, yo lo asumía como culpa mía” (P2).

Atendiendo a lo anterior, se encontró que hubo otra vivencia significativa de este tipo de pérdida. Durante la adolescencia, P2 tuvo un accidente cerebrovascular (ACV) que le causó una hemiplejía derecha. Este evento representó en P2 una pérdida de aspectos funcionales de su cuerpo, de ilusiones relacionadas al proyecto de vida y del estilo de vida, tal como lo menciona:

Yo era una niña de 17 años, alta, mona, ojiverde, deportista, y decían, ay, qué pesar esa niña, esa niña no va a recuperar la mano. Yo las escuchaba, y yo (...) en medio de mi confusión, yo decía, ¿cómo que yo no voy a recuperar la mano?. (P2)

En este sentido, se encontró que para enfrentar esta pérdida, P2 decidió asumirla como un reto: “Y a mí eso me caló (...) tanto, que cuando yo empiezo mi recuperación física, (...) iba la fisioterapeuta y me decía, (...) ¿qué me tenés hoy de nuevo? (...) yo me había pasado horas enteras, horas enteras, tratando de mover este dedo” (P2). Con esto se logró evidenciar que esta participante asume las pérdidas como situaciones retadoras que va a poder superar. Lo anterior se ratifica a partir de la siguiente cita:

Lo intenté hasta cinco veces y el médico me decía me quito el sombrero, porque ha sido la paciente que más lo ha intentado (...). Y pues yo te digo yo desde que me dio mi

derrame, yo he sido muy de objetivos y de que uno puede, o sea aquellos imposible es lo que no intentas. (P2)

Con relación a la categoría de **maternidad**, a continuación se presentan los hallazgos respecto a las subcategorías: figuras primordiales, modelos estar-con, infertilidad, deseo de hijo y no maternidad.

Con respecto a los **modelos de estar-con**, P2 reconoció como figuras primordiales a su madre y a su padre. A su madre la relaciona con dos connotaciones diferentes. Por un lado, se presenta como un apoyo, protección, resguardo y compañía. “Ella era la que siempre me apoyaba, la que me decía vamos, tú puedes. (...) O sea, me caía, entonces ella cogía y me levantaba.” (P2). “La verdad es que mi mamá es una compañía bien importante” (P2). “Y eh digamos que fui más protegida por mi mamá, porque él era muy duro conmigo. Entonces mi mamá digamos dio su manto de protección hacia mí” (P2). No obstante, también se encontraron connotaciones de distancia y dureza, junto a dinámicas violentas con la madre. Esto a partir de las siguientes citas textuales:

Me pegaba, y me pegaba bastantes correazos y los contaba, y los contaba, “y uno, dos, tres, cuatro”. La otra vez me pegó 15 correazos, y me pegó el dieciseisavo y me dijo “¡y la ñapa!” (P2)

Ella era haciendo así con la correa y me decía “y te lo comés todo”. Y me servían un vaso de leche de este tamaño, y a mí que ni me entraba pues, y me decía “y se lo toma todo, todo”. Em... sí, ella ha sido bastante dura conmigo. (P2)

Mis padres nunca fueron muy cariñosos conmigo, más vale distantes, los dos. Nunca me cogieron, me apapacharon, me contemplaron, ¿me entiendes? Digamos que siempre era yo la que (...) siempre era yo como la que daba. (P2)

En cuanto a la figura paterna se encontró connotaciones en su mayoría negativas relacionadas a las dinámicas violentas y a las sensaciones de dureza y rechazo. Sin embargo,



P2 se presenta ante su padre con una actitud obediente y sumisa. “Él como que dijo “cállense, cállense”, nosotros no nos callamos, y él se levantó de su puesto, y me quebró el plato en la cabeza” (P2). Esto también se muestra en la siguiente cita textual:

    Mi papá siempre fue muy duro conmigo y todo y yo estaba convencida que fue por esa decepción que tuvo cuando yo nací (el padre quería un niño), a pesar de que yo siempre fui la más cercana a él la más cercana. Yo nunca, nunca, nunca me le enfrenté. Mi papá era muy bravo, nunca me enfrenté, nunca. (P2)

Respecto al modelo de estar-con la pareja, se evidenció que dentro de la relación es la pareja quien asume una figura de apoyo que brinda soporte y aliento. “Mi esposo pues empieza a decirme, (...) lo mismo de siempre, vas a ver que lo vamos a lograr, no te desanimas, lo vamos a lograr” (P2). Mientras que, quien asume un papel activo y toma las decisiones, especialmente en el proceso de ART es P2. “Cuando fue a ser el cuarto ciclo, que no crecieron los embriones, me dijo no más, no más, y yo le dije no, sí más. Yo, voy a hacer, vamos a hacer el último intento, le dije yo” (P2).

Finalmente, su modelo de estar-con su primer hijo por ART es conflictivo y distante. “Mi relación con mi hijo, entonces, chocamos bastante. Porque él es muy parecido a mí, como te digo, es impaciente como yo, es agresivo como yo...” (P2) “Él gritaba, yo gritaba más, él volvía y gritaba más, entonces yo gritaba más. Y fue una relación tóxica.” (P2). “Ya no es mi adoración, te lo digo sinceramente, o sea, es mi primogénito, es mi hijo mayor, pero (...) Si tengo que pedirle favor a alguien, a la última persona que le pido es a él.” (P2).

Adicionalmente se encontró que para P2 su relación con su hijo se vio influenciada por el afecto que él recibió por parte de su abuela paterna y su tía. “Tanto amor es malo, o sea, el tanto cuánto, cuánto amor es suficiente, y tanto amor es malo, (...) O sea, literal, mi suegra y mi cuñada, se tiraron a mi hijo” (P2).

En cuanto a la **infertilidad**, se encontró que hay una comprensión frente a las condiciones de base de su pareja que impiden la concepción del embarazo. Esto se evidencia cuando dice: “Pues, yo estaba enamorada de él, ¿no? No de su semen. No, y yo sabía que había otras opciones, pues, de reproducción” (P2). Sin embargo, la infertilidad genera en ella un movimiento emocional importante, sintiéndose triste y frustrada, ya que la vive como una dificultad para cumplir su deseo de ser madre, aunque no sea un obstáculo para lograrlo. Esto se observa cuando afirma:

Yo estaba casi convencida de que pues su nivel de fertilidad no era el mismo. ¿Sí me entiendes? Yo esa parte la tenía clara, la tenía clara. Lo que no sabía es que iba a ser tan difícil el embarazo (P2)

En cuanto al **deseo de hijo**, se encontró que inicialmente la idea de ser madre aparece por el ginecólogo: “Me hace la pregunta a mí el ginecólogo (...) ya tienes 31, ¿para cuándo lo bebés? (...) Pues ya no tienes 15, ya no tienes 20, ¿para cuándo lo bebés?” (P2). Además, se encontró que para esta participante el ser madre se presentaba como el único escenario posible, por lo que no se tomaban en cuenta las probabilidades de éxito de un ciclo de fertilidad, y se convirtió en un reto el alcanzar el embarazo, a pesar de que el proceso implicara sufrimiento físico y psicológico. En este sentido, el haber logrado el embarazo se representa como una victoria frente a las limitaciones. Esto se puede evidenciar en las siguientes citas:

Entonces pues se me creó como un conflicto y ese conflicto yo lo asumí como un reto, entonces por eso yo decía, no, yo me tengo que embarazar, yo me tengo que embarazar , y se me volvió como una obsesión (P2)

Porque cuando te empiezan a contar la historia, a contar el proceso y todo lo del procedimiento de la fertilización asistida, uno está como tan enfocado, y no solamente

me pasó a mí, también lo discutí con varias mamás. Uno está como tan enfocado y con el objetivo de su embarazo que uno eso no lo escucha. (P2)

Y ellos lo han sabido y para ellos ha sido un motivo de orgullo porque obviamente yo se los he contado con todos los pelos y con todas las señales de que fue muy difícil, de que después de cinco intentos y no sé qué, y ellos lo saben y se saben el cuento al derecho y al revés. (P2)

Con relación a la **no maternidad**, en esta participante se encontró que la idea de no lograr el embarazo era negada, ya que al plantearse la situación hipotética de no haber logrado ser madre a través de ART, se encontró que buscaría otra alternativa como la adopción o tener una mascota. Esto se evidencia cuando dice: “Pues me hubiera quedado con el perro. O de pronto, de pronto yo creo que hubiera podido adoptar” (P2). Por otro lado, se encontró que al comparar la no maternidad con su vida actual, P2 reconoce que esta puede dar lugar a mayor libertad dentro del matrimonio y en su vida personal, cuando dice: “Les confieso (...) una es la vida de casados y otra es la vida (...) con hijos. Yo a las personas que se están casando yo les digo disfrútenlo (...) antes de tener hijos, porque a uno le cambia la vida” (P2).

### **Participante 3**

La participante 3 (P3) realizó seis intentos de inseminación artificial, cuatro en Bogotá y dos en Cali. Optó por la reproducción asistida debido a una infertilidad inexplicada. Esta participante tuvo dos embarazos, de los cuales nacieron tres hijos a través de ART.

A continuación se presenta lo encontrado sobre duelo en P3 a partir de las subcategorías pérdidas por intentos fallidos y pérdidas por aspectos de sí misma. Con relación a las **pérdidas por intentos fallidos**, se encontró que frente a la noticia de un intento fallido había una reacción emocional fuerte, caracterizada por tristeza, frustración y sensación de injusticia, que generaba en ella malestar. Establece que:

Lloraba mucho ese día y por ahí una semana seguida, cualquier cosa me hacía llorar, todo me parecía injusto, inexplicable, entonces imagínate de 4 semanas una siempre es de tristeza, de ¿por qué yo?, ¿por qué me pasa a mí? (P3)

Sin embargo, no tomaba estos intentos fallidos como un obstáculo para poder alcanzar la maternidad. Se entendían como dificultades que hacían parte del proceso: “Pues uno tiene que eventualmente secarse las lágrimas y volver a arrancar y seguir” (P3). Por lo tanto, la vivencia de pérdida es interrumpida por la toma de decisión inmediata de continuar con la reproducción asistida.

Con relación a las **pérdidas de aspectos de sí misma**, se encontró que P3 enfrenta estas pérdidas de manera positiva y práctica, en donde se enfoca en encontrar una posible solución que permita llenar el vacío de esa pérdida: “Yo creo que ninguno de los dos nunca pensó en culpa o de quien es el problema, sino cómo lo superamos, es ver cómo superar esto”

Entonces ahí es donde uno dice “bueno, vuelvo y trabajo, trabajo más, me vuelvo la super mega ejecutiva. Eh, ¿con qué va a llenar uno como ese espacio? ¿no?”

Uno en la vida siempre escoge como ve las situaciones en las que uno está, es una elección, tú escoges, me amargo “ay no, voy a seguir sufriendo, tras de que me tocó eso ahora me tocó esto”, eso es una elección. (P3)

Adicionalmente, se encontró que este tipo de pérdidas amenazan su forma de auto percibirse. Se evidencia cuando vincula el periodo de no lograr el embarazo con el incidente histórico de las torres gemelas: “Eran como las misma circunstancias, uno siempre se da cuenta generalmente al final de el día o muy temprano por la mañana que te vino la regla y no te funcionó el tratamiento y las torres gemelas fue así” (P3). “Estados Unidos siempre ha sido como el referente del poderío (...) yo decía qué es esto tan loco, no puede estar pasando, como le pasó eso a los gringos.” (P3)

Con relación a la categoría de maternidad, a continuación se presentan los hallazgos respecto a las subcategorías: figuras primordiales, modelos estar-con, infertilidad, deseo de hijo y no maternidad.

En cuanto a los **modelos de estar-con**, es importante resaltar que P3 reconoció como figuras primordiales a su madre y su padrastro, aunque dentro del discurso surgen representaciones con el padre que son importantes. Con relación a la madre, se encontró que la ve como un ejemplo de fortaleza, dureza y perseverancia, que brinda protección y compañía: “Mi mamá siempre ha sido una persona que ha estado muy presente en mi vida, muy presente. Ha sido un apoyo incondicional, permanente” (P3); “Una mujer muy trabajadora y echada para delante, y eso fue algo con lo que crecí viendo, que uno no se arruga con nada.” (P3).

No obstante, se encontraron dinámicas violentas y distantes en la relación con su madre: “Trabajaba durísimo. Increíble. Me acuerdo que salía tempranísimo de la casa y se iba a trabajar a Yumbo y de venida nos recogía donde mis abuelos para seguir a la casa” (P3) “Y me devolví con el primo de mi amiga y casi me mata. Entonces ya aprendí que no podía seguir como infringiendo las reglas de ella.” (P3). Esto también se muestra en la siguiente cita textual:

Me acuerdo que chiquita una vez me pegó por grosera, obviamente porque dije que no me iba a tomar la sopa de espinaca y boté el plato al piso y por ahí derecho sacó la correa y no me olvido. (P3)

Su modelo de estar con el padre se relaciona con connotaciones negativas caracterizadas por la distancia, la ausencia y la inexistencia. “Inexistente. No tuve ninguna relación con mi papá” (P3). “Mi papá se fue de Colombia (...) Y nada...pues ¿qué puede hacer un papá cuando lo ve a uno cada seis meses? Nada” (P3). No obstante, se encuentra en el padrastro adjetivos positivos como amoroso e incondicional, así mismo como connotaciones de firmeza y exigencia: “Pero era una persona muy amorosa. O sea, por ejemplo, él jugaba con

nosotros en la piscina, le encantaba meterse a la piscina a jugar con nosotros.” (P3). Esto también se observa en la siguiente cita textual:

Obviamente que la primera vez que no los mandé me llamó la atención y me dijo que así no podía trabajar. Más o menos me dio un ultimátum, me dijo o te ciñes por las reglas que tenemos aquí o no puedes trabajar. (...) Ajustar yo mi actitud y mis tiempos.  
(P3)

En P3 el modelo de estar-con la hija se caracteriza por connotaciones positivas relacionadas a la confianza y la cercanía: “Tenemos una relación muy linda, hablamos varias veces al día, cuando me pide consejos ahí estoy” (p3). No obstante, se evidenció que fue ausente para sus hijas, lo que muestra una diferencia en la relación con sus hijas y su hijo.

Pobrecitas mis hijas en general que les tocó pues una mamá muy ausente, muy enfocada en el hijo, y ellas todavía me dicen que es que el favorito de la casa es él, lo que pasa es que la relación de uno con el hijo hombre es muy diferente que con las hijas mujeres en general. (P3)

Porque las mujeres somos muy distintas a los hombres, las mujeres somos más fregadas, más cositeras. Los hombres son descomplicados, no hacen rollos y son así desde chiquitos. (...) Lo que pasa es que pues es distinto la comunicación que tengo con él, con cada uno de ellos es distinta la comunicación, entonces es así. Y él se arruncha y él todavía quiere dormir conmigo y arruncharse. (P3)

Respecto a la **infertilidad**, se encontró que, a pesar de no haber explicación sobre las dificultades para conseguir el embarazo, P3 aceptó la condición y buscó alternativas. Sin embargo, esto generó en ella tristeza y frustración, especialmente relacionado al tiempo que ella considera perdido. Esto se puede evidenciar cuando dice:

No pues es una cosa más como que lo mortifica uno. Entonces el ginecólogo me decía “no haz de cuenta que no estás buscando bebés. Haz de cuenta que estás de novia,

quítate el estrés de encima”. Claro ¿qué pasa? A medida que va pasando el tiempo se te va acumulando esta angustia de pensar que de pronto no vas a quedar embarazada.

(P3)

En cuanto al **deseo de hijo**, se encontró que la idea de ser madre fue movilizada por el grupo social, y se sintió una presión relacionada al tiempo y la edad: “Pero si uno no se había casado era “ah ¿cuándo te casas?”, y si te casas es “¿cuándo vas a tener bebés?” Entonces por todo lado se llena uno como de esta presión eh digamos sí social” (P3). Adicionalmente, fue el esposo quien tuvo la iniciativa de iniciar la búsqueda para tener hijos, “La primera presión me la puso él a mí, él fue el que llegó a decirme que él quería tener hijos”. También se encontró que el proceso de ART es desgastante para su salud mental y física, generando tristeza, frustración y estrés. Sin embargo, no hay una renuncia al proceso, porque lograr el embarazo se convierte en el único objetivo. El haber conseguido el embarazo se representa como un logro, por lo que el tema se comparte abiertamente en familia. Esto se puede observar en las siguiente cita:

Porque uno dice “uy me voy a someter a una cosa, pues qué dicha que fuera como más alta la probabilidad de éxito”. Pero... pero bueno, como eso se le vuelve a uno como el único... la única meta de la vida es esa (P3)

Con respecto a la **no maternidad**, se encontró que P3 acepta de manera parcial la idea de no ser madre. Al plantearse la situación hipotética de no haberlo logrado por ART, su solución sería buscar una alternativa o diferentes formas para poder llenar ese vacío. Esto se puede observar mejor en las siguientes citas: “¿En una palabra? Alternativa. Me tocaría buscar una alternativa” (P3); “trabajo más, me vuelvo la super mega ejecutiva. Eh, ¿con qué va a llenar uno como ese espacio? ¿no?” (P3).

## DISCUSIÓN

A continuación se presentará la discusión de los datos obtenidos a partir de los objetivos planteados. Con relación al primer objetivo específico, enfocado en identificar las representaciones de pérdida relacionadas con los múltiples intentos fallidos de lograr el embarazo a través de ART, se encontró que las pérdidas se representan de manera diferente, por un lado P2 y P3 las representan como frustraciones a la posibilidad de ser madre, mientras que en P1 la frustración se relaciona con la posibilidad de curar su condición de salud. Sin embargo, para las tres esto genera inevitablemente un movimiento emocional, caracterizado por tristeza, frustración, desesperanza, angustia y culpa.

Lo anterior concuerda con lo encontrado por Moreno-Rosset et al., (2009) al afirmar que las mujeres que enfrentan procesos de ART presentan modificaciones severas en su estado de ánimo. Adicionalmente Pedro et al. (2017) encontraron que después del primer ciclo, la deserción aumenta por el incremento en los síntomas ansiosos y depresivos de las mujeres, sin embargo, esto no sucede en las participantes, debido a que la determinación para continuar con el proceso es la única variable que se mantuvo constante.

Alrededor de este proceso, las mujeres se enfrentaron a cambios que implican pérdidas relacionadas al estilo de vida y a la economía, que dificultan significativamente su experiencia de ART. Estas pérdidas de partes de su esencia o valores fundamentales las lleva a reaccionar de manera similar, buscando superar las limitaciones que enfrentaban, como una forma de reafirmar su sentido de capacidad personal. Tanto en las pérdidas de aspectos de sí mismas como en las pérdidas de intentos fallidos, se identificó un patrón común de negación del duelo a través de la acción. Teniendo en cuenta a Freud (1923), los duelos solo pueden ser elaborados si se experimenta la realidad de la falta, ya que esto permite aceptar que la pérdida es irreversible.



Este punto en común puede deberse a que la pérdida se percibe como un sinónimo de vulnerabilidad que amenaza las capacidades, posibilidades y deseos de las participantes, desafiando la imagen que tienen de sí mismas como mujeres capaces de lograr cualquier meta que se propongan. Lo cual se entiende como una amenaza a un aspecto que compone el valor de sí mismas. Según varios autores, esta amenaza se puede relacionar a que su identidad como mujer y su proyecto de vida pueden verse alterados debido a esa imposibilidad de ejercer un rol materno, como se evidencia en P2 y P3. (Moukhak et al., 2023; Carson et al. 2021; Rujas et al., 2021; Mann, 2014, Alkolombre 2003; Apfel et al., 2002.). En cuanto a P1, esta vulnerabilidad se relaciona con la enfermedad que está amenazando su vida, en la cual su capacidad de autocuidado y de omnipotencia se ven alteradas.

Con relación a lo anterior, se puede evidenciar que la infertilidad es uno de los factores que dan lugar al duelo por pérdidas de sí misma, que es negado por las participantes a través de la acción. A pesar de que la infertilidad no se presente para las participantes como un obstáculo para alcanzar la maternidad, sí genera un movimiento emocional que, atendiendo a lo planteado por Alkolombre (2003) y Apfel et al. (2002), implica sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, y también envidia sobre otras figuras femeninas que se convirtieron en madres.

En este sentido, las representaciones sobre las pérdidas en las participantes atienden a frustraciones que amenazan su narcisismo, acompañadas de un componente afectivo negativo. Es por esto que el duelo no se elabora en su totalidad, pues es negado a través de la acción, manifestado en la toma de decisión inmediata sobre un nuevo intento. De este modo, la falta no se percibe como una pérdida irreversible, sino como un obstáculo superable que les permite fortalecer su imagen narcisista inicialmente amenazada.

Por otro lado, el segundo objetivo específico pretende indagar las representaciones de maternidad y no-maternidad, a través de la forma cómo se inscribe el proceso de ART en la

estructura subjetiva de las participantes, a partir de su historia de vida. De acuerdo a la literatura (Stern, 1994; Freud, 1923, 1925), estas representaciones son gestadas desde la infancia a partir de la relación con las figuras primordiales.

De este modo, las tres participantes resaltan a la madre como una figura primordial, con la cual se construye un vínculo significativo, que cuenta con dos connotaciones contrarias, positivas y negativas. Es decir que, el objeto materno cuenta con una escisión, en la que hay un objeto idealizado y un objeto denigrado. Por un lado, se encontró una idealización que da cuenta de la sensación de protección y compañía por parte de la madre en P2 y P3, y proyectada en la abuela en P1. A su vez hay una perspectiva negativa sobre este objeto que se caracteriza por dinámicas de violencia, ausencia y rechazo en las tres participantes.

En este sentido, con respecto al objeto materno, se encontró que la dinámica de la relación, específicamente en P2 y P3, tiende a caracterizarse por una sensación de apoyo, protección, compañía y seguridad, presentándose como una experiencia en su mayoría positiva. Sin embargo, las tres participantes coinciden en la identificación de múltiples episodios que dan cuenta de una dinámica con conductas violentas, las cuales se pueden presentar a partir de castigos físicos, el rechazo, la ausencia y la exclusión por parte del objeto materno. En P2 y P3, el contacto con el objeto denigrado resulta profundamente angustiante, mientras que en P1 esta representación se manifiesta con mayor frecuencia en su discurso. Además, la figura primordial de la madre se representa como un objeto femenino que atiende a la fortaleza y la dureza, las cuales se manifiestan en las participantes como características predominantes durante la insistencia para continuar con el proceso de ART. Cabe resaltar que estas características adquieren una connotación positiva o negativa dependiendo de cuál de ellas predomine en la representación del objeto materno.

En concordancia con lo planteado por Stern (1994), las representaciones que tienen estas mujeres sobre sus madres durante la infancia, influyeron en el tipo de maternidad que ejercen actualmente con sus hijos. En este sentido, se puede evidenciar en las participantes que las dinámicas relacionales con sus madres se replican en el vínculo con sus propios hijos. Por ejemplo, en los primeros años de la relación entre P1 y su hija, se presentó un distanciamiento emocional significativo que se relacionaba también a una falta de tiempo para vincularse con ella, de la misma forma que hubo un distanciamiento durante su infancia con su madre.

En el caso de P2, la carencia de demostraciones de afecto que experimentó en su infancia, generó que la forma en la que otras figuras maternas se relacionaban con su hijo se presentara para ella como un conflicto, debido a las muestras abundantes de amor que su hijo recibía de ellas. Esta situación se muestra problemática para P2, ya que su ejercicio de maternidad no se podía basar únicamente en tales expresiones, en la medida en que una demostración excesiva de amor se relacionaba con una práctica de crianza inapropiada.

Por el lado de P3 hay representaciones positivas alrededor de la madre y la relación con ella durante la infancia, donde se resalta su fortaleza y compañía, por lo que dentro de la dinámica con sus hijos se evidencia que hay confianza, es una persona presente de manera activa en la vida de sus hijos y que brinda apoyo. Sin embargo, también se encuentran dinámicas de ausencia por parte de la madre durante su infancia, que se replican en la relación con las hijas específicamente, ya que la relación más cercana y más presente la tiene con su hijo.

Es así como estos modelos de estar-con la madre influyeron en las representaciones de maternidad que construyeron las participantes, pues así como lo afirma Stern (1995) esto es causa y efecto de la relación que construye con las figuras maternas que hacen parte de su red de apoyo. En este sentido, para las participantes la maternidad se representa a través de

estos dos polos, en donde una madre es aquella que acompaña, escucha, apoya, aconseja y protege, pero a su vez, establece la norma, lo que puede manifestarse en dinámicas de autoridad, distancia y en ciertas limitaciones del amor que debe ser brindado.

Esto quiere decir que el rol materno se compone tanto de funciones maternas de cuidado, como de funciones paternas, relacionadas a la norma. El hecho de que la maternidad asuma funciones paternas se puede relacionar con las representaciones denigradas del objeto paterno, las cuales emergen a partir de experiencias de violencia en las dinámicas relacionales en la vida de P2 con su padre. Por otro lado, en P1 y P3, esta connotación negativa se vincula a la ausencia del padre durante gran parte de su desarrollo. De este modo, las representaciones del objeto paterno se construyen a partir de connotaciones negativas, enmarcadas en una relación caracterizada por la distancia, la falta de afecto y la ausencia.

Adicionalmente, según la clasificación estructural de Dor (2000), se puede comprender la interiorización de las funciones paternas dentro de la maternidad como una defensa frente a la pérdida e inexistencia de la ley del padre, o a la falta de amor del otro en la infancia. Atendiendo a lo primero, la personalidad de P1 y P3 se organiza en una estructura obsesiva, pues ambas participantes vivieron sus primeros años de vida con una figura paterna ausente, lo cual las ubicó como un objeto privilegiado del deseo materno, donde se relacionan con sus madres como el reemplazo del padre o el dispositivo de suplencia de este deseo materno. Esto genera que desde la infancia se gestó una identificación fálica en P1 y P3 como defensa ante el conflicto relacionado a la pérdida y a la ley del padre.

Por otro lado, la estructura de personalidad de P2 tiene una tendencia más histérica, debido a que su posición se construye desde una relación distante en afecto con la madre y violenta y castigadora con el padre, lo que se representa como un conflicto entre el tener y a la vez no tener. Esto generó que desde la infancia existiera una percepción por parte de la participante de no sentirse lo suficientemente amada por el otro. Adicionalmente, P2 explica

el rechazo que recibió de su padre, desde la creencia de que él la deseaba niño. Esto evidencia que hubo una vivencia de rechazo por no haber nacido con falo. Esta castración representa la identidad de P2 como insatisfactoria, generando una actitud de búsqueda constante del valor fálico que se manifiesta en su representación de la maternidad, que es construida también a partir de una investidura fálica (Dor, 2000).

Por otro lado, en las tres participantes el deseo de hijo se evidenció desde edades muy tempranas, en donde la idea de ser madre se vinculaba a sus proyectos de vida. Sin embargo en P1, este deseo se deja de manifestar después de su primer embarazo y antes de iniciar ART. El proceso de ART inicia como un tratamiento médico que enfrentaría la enfermedad que estaba atravesando. A pesar de que las otras dos participantes (P2 y P3) optaran por la reproducción asistida como una alternativa para lograr ser madres, la iniciativa de iniciar este proceso, fue en las tres, desde una fuente externa. En P1 como alternativa de tratamiento médico por parte de los médicos, en P2 como insistencia de su médico ginecólogo por temas de edad y en P3 como presión por parte de su esposo y el grupo social. Esto evidencia, cómo el tema de la maternidad está relacionado a tensiones entre variables externas como presiones sociales, familiares y/o conflictos de pareja (Asante-Afari et al., 2023; Wang et al., 2023).

Atendiendo al deseo de hijo, dentro del proyecto de vida de P1 no estaba el volver a ser madre debido a experiencias negativas alrededor de su anterior embarazo, y además estaba enfrentando una enfermedad que amenazaba su vida. Esta amenaza implica de manera directa un temor a la muerte, generando una angustia frente al panorama de la vida. Es así como P1 se aproxima al proceso de ART como un tratamiento médico que busca principalmente salvar su vida, negando la existencia del embarazo. Esta negación se presenta como una defensa que reprime el deseo de hijo, ya que el entrar en contacto con ese deseo genera malestar emocional, angustias y miedos vinculados a la idea de ser madre y cuidar a otro, mientras su vida corría peligro. Sin embargo, dentro del proceso se presentan fantasías

alrededor de la maternidad que permiten ver que hay un deseo de hijo latente en la vivencia del tratamiento médico, cuando se imagina físicamente a su hija antes de nacer, y cuando se presentan los temores alrededor del vínculo con ella.

Este deseo que moviliza la decisión de ART, influye en la determinación de lograr el embarazo sin importar la cantidad de intentos que sean necesarios. De este modo, el embarazo se representó para las participantes como una meta a cumplir, en donde el resultado primaba por encima del proceso. De este modo, el sufrimiento y el riesgo psicológico y físico que atravesaban las participantes a medida que iban aumentando el número de intentos, era un sacrificio aceptable, si se lograba con el objetivo. Esto, según Alkolombre (2014) y Mann (2014), se entiende como movimientos que atienden a la pulsión de muerte, al presentar cargas agresivas y tanáticas hacia sí mismas. Es decir, no importa qué tanto sufrimiento se deba soportar con tal de lograr el resultado final.

Adicionalmente, el carácter pasional de este deseo, que se caracteriza por esta firmeza e intensidad particular, en la que cada intento fallido se afronta como un obstáculo a superar y en donde el embarazo se asume como un reto y una obsesión, se puede alinear más con la pasión de hijo. De este modo, el deseo de hijo se va transformando durante el proceso en una pasión de hijo, en la medida en que el hijo llega como un objeto indiferenciado, como una extensión de sí mismas para satisfacer un deseo narcisista (Alkolombre, 2014). Por un lado, para P2 y P3, lograr ser madre, y para P1 poder salvar su vida.

El logro de ser madre se asocia al valor y sentido que la maternidad guarda dentro de su identidad como mujeres, especialmente ante la mirada del otro. Atendiendo a Freud (1923, 1925), en P2 este logro se pudo representar como la superación inconsciente de la castración y resolver el Edipo, a través de su bebé que le pudo proveer aquello que le quitaron. Y, el poder salvar su vida, se relaciona con el hecho de que el feto iba a poder brindarle a P1 las

células madre para su tratamiento médico. En ambos casos el embarazo logra satisfacer una necesidad personal.

En este sentido, se puede establecer que la no maternidad para las participantes, especialmente P2 y P3, generaba un malestar, ya que el resultado final del proceso de ART para ellas debía ser un embarazo exitoso, alcanzando así la maternidad. Es por esto que al plantearse la idea de no haber sido madres genera una sensación de extrañeza, porque esta no era una opción dentro de sus planes. Sin embargo, frente a los casos hipotéticos las participantes buscaban alternativas como la adopción, el trabajo o tener una mascota. Esto concuerda con los planteamientos de Langer (1976), cuando afirma que la forma de canalizar y satisfacer el impulso maternal es a través de encontrar otra alternativa que sea equilibrada y una forma en la que las mujeres no se establecen como madres.

En cuanto a P1, la no maternidad parecía ser la opción ideal, teniendo en cuenta que estaba atravesando una enfermedad que amenazaba su vida. En este sentido, la no maternidad funciona como defensa para reprimir el deseo de hijo y brindarle seguridad a esta participante frente a las angustias que se presentaban alrededor de la vida y la ilusión de su embarazo.

Es así como las representaciones de maternidad guardan cierta diferencia entre las participantes, debido a que se inscriben de manera subjetiva en su propia experiencia de vida. Sin embargo, se encontró que en las tres participantes la maternidad se representa a partir de dos polos, uno positivo que protege y apoya, y uno negativo que presenta la norma. Esto debido a la presencia de un objeto materno escindido (idealizado y denigrado) y a la interiorización de la función paterna. Por otro lado, esta representación de maternidad se ve movilizadora latentemente por un deseo de hijo que se origina desde edades tempranas. Sin embargo, no es la causa directa de la decisión consciente de embarazo. Así mismo, en las tres participantes este deseo tiene una tendencia de transformación hacia la pasión de hijo, debido

a su intensidad, el sufrimiento soportado relacionado a la pulsión de muerte, el componente agresivo y la satisfacción de una necesidad individual a través del hijo.

En cuanto a la no maternidad, se puede evidenciar que esta se representa como una pérdida en las tres participantes. A pesar de que en el discurso se presenta una aceptación y una búsqueda activa de otras opciones y posibilidades, a nivel latente la maternidad era el único resultado posible. Es así como la no maternidad es también una pérdida que debe ser negada.

En conclusión, lo anterior permite dar respuesta al objetivo general que busca explorar las fantasías inconscientes relacionadas con la maternidad en mujeres que pudieron ser madres, después de múltiples intentos de ART. Esto debido a que las representaciones son el elemento fundamental para la formación de una fantasía (Freud, 1911). Por un lado, la pérdida de la posibilidad de ser madre y las otras pérdidas a las que se enfrentaban, se representan como un obstáculo superable en el que la falta se vive parcialmente y el duelo se ve interrumpido por la acción. Esto permite comprender la fantasía de la maternidad como un escenario anhelado, debido a que la maternidad les permite satisfacer una necesidad individual, que atiende a fantasías narcisistas, edípicas y filicidas.

En las tres participantes se pueden evidenciar fantasías narcisistas alrededor de la maternidad, puesto que se evidencia durante el proceso de ART que la carga libidinal está dirigida hacia el yo, por lo que el hijo está cargado de libido narcisista entendido como una extensión de sí mismas que les permite completar una necesidad interna en particular. De esta forma, lograr el embarazo a pesar de la infinidad de dificultades, se puede entender como una fuente de satisfacción que refuerza su yo idealizado y que las convierte en objetos de admiración y poder. Esto permite comprender la insistencia dentro del proceso de ART, donde un intento fallido amenaza esta fantasía narcisista, pero también la fortalece al



presentarse como un obstáculo que puede ser superado, incrementando la sensación de grandeza ante el logro.

Estas necesidades internas varían de acuerdo a la forma subjetiva en la que se inscribe el proceso de ART en sus experiencias de vida. Es por esto que en P1 y en P2 esta fantasía narcisista se presenta en conjunto con otro tipo de fantasías. En cuanto a P1, el bebé llega como una posibilidad para que la madre pueda seguir viviendo, lo cual podría plantearse como una fantasía filicida, en la cual sacrificar al hijo es la forma para que ella pueda vivir. Teniendo en cuenta que el bebé es representado como una extensión de sí misma, el sacrificar esta parte de sí, le permite evadir la muerte y así mismo reforzar su ideal narcisista. En cuanto a P2 se evidencia una fantasía edípica, donde el bebé se presenta como un objeto que la completa, que le otorga eso que alguna vez le quitaron. Esto debido a que se vio castrada del amor de su padre por su falta fálica, por lo que su bebé le otorga el valor fálico que le devuelve la mirada del padre.

Teniendo en cuenta esto, las fantasías alrededor de la maternidad permiten evidenciar que el deseo de hijo en términos inconscientes sufrió una transformación que se puede inclinar hacia la pasión de hijo. A pesar de que su contenido manifiesto evidenciara rasgos cercanos al deseo de hijo, como el reconocimiento del proceso de ART como la alternativa que les brindó la oportunidad de ser madres, y la recuerdan con gratitud, como plantean Shaw et al. (2023), Jambersi et al. (2022) y Asante-Afari et al. (2022). Sin embargo, el contenido latente implica que, tanto la pulsión de muerte manifestada en las autoagresiones y el sufrimiento sacrificial, como la necesidad narcisista en la que el hijo llega a satisfacer una necesidad individual y el carácter de firmeza e intensidad con el que se asume el proceso de ART desde el reto y la obsesión, le otorguen al movilizador de la maternidad una característica pasional.

Teniendo en cuenta lo presentado anteriormente, la presente investigación pretende ser una guía que le permita al personal que trabaja con mujeres en procesos de ART, tener en cuenta estos temas como posibilidades temáticas para el análisis y acompañamiento clínico. Sin embargo, al ser un estudio de caso, estos datos no son generalizables ni mucho menos pretenden ser un protocolo de intervención clínica o dar respuestas causales a problemas de salud mental durante los procesos de ART. Por lo tanto, se recomienda continuar investigando alrededor de este tema con el fin de profundizar y explorar datos que puedan dar lugar a la construcción de un manual de intervención, haciendo uso de una muestra representativa.

Además, si se desea continuar con la elaboración de estudios de caso basados en los instrumentos empleados en la presente investigación, se recomienda iniciar con la entrevista semiestructurada, abordando directamente la reproducción asistida. Esto debido a que el instrumento de apego adulto fue invasivo para ser el primer acercamiento que se tuvo con las participantes, limitando la cantidad y calidad de la información que se pretendía recolectar a través de este. Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones puedan enfocarse en el vínculo materno-infantil luego de un embarazo por ART para explorar si estas fantasías alrededor de la maternidad tienen implicaciones sobre el bebé y las dinámicas familiares.

## REFERENCIAS

- Agostini, F., Monti, F., Paterlini, M., Andrei, F., Palomba, S., & La Sala, G. B. (2017). Effect of the previous reproductive outcomes in subfertile women after in vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic sperm injection (ICSI) treatments on perinatal anxious and depressive symptomatology. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(1), 29-37.  
<https://doi.org/10.1080/0167482x.2017.1286474>
- Allouch, J. (1996). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: Edelp
- Alkolombre, P. (2003). Parentalidad y nuevas técnicas reproductivas. *Revista de Psicoanálisis*, 765-677.
- Alkolombre, P. (2014). El deseo de hijo en las parentalidades actuales: Infertilidad y técnicas reproductivas. *Vertex Revista Argentina de psiquiatría*, 25(117), 382-386.
- Alkolombre, P. (2019). Deseo de hijo, parentalidades y filiación. *Controversias en psicoanálisis de niños y adolescentes*.
- American Society for Reproductive Medicine. (2015). Assisted reproductive technologies: A guide for patients.
- American Society for Reproductive Medicine. (2012). Inseminación intrauterina.
- American Society for Reproductive Medicine. (2012). Reproducción con Donante (Donación de espermatozoides, óvulos, embriones y vientre de alquiler: Guía para pacientes.)
- Apfel, R., & Keylor, R. (2002). Psychoanalysis and infertility—Myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*
- Asante-Afari, K., Doku, D. T., & Darteh, E. K. M. (2022). Transition to motherhood following the use of assisted reproductive technologies: Experiences of women in Ghana. *PLoS ONE*, 17(4), 1–13.

- Asante-Afari, K., Nantomah, B., Yendaw, E., & Borbor, F. M. (2023). Going through treatment: experiences of women who sought assisted reproductive technology treatment in five selected hospitals in Ghana. *Culture, Health & Sexuality*, 1-12.
- Boz, İ., Teskereci, G., & Akgün, M. (2021). The experience of becoming a mother following successful in vitro fertilization: A grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 4170–4183. <https://doi.org/10.1111/jan.14958>
- Bonilla, E y Rodríguez, P. (1997). Capítulo 5. En: Bonilla, E y Rodríguez, P. *Más allá del dilema de los métodos. La Investigación en ciencias sociales* (pp, 118 – 130). Grupo Editorial Norma.
- Bowlby, J. (1995). *El Vínculo Afectivo, formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176.
- Carson, A., Webster, F., Polzer, J., & Bamford, S. (2021). The power of potential: Assisted reproduction and the counterstories of women who discontinue fertility treatment. *Social Science & Medicine*, 282, Article 114153.
- Catherino, W. H. (2020). Reproductive endocrinology and infertility. In L. Goldman & A. I. Schafer (Eds.), *Goldman-Cecil medicine* (26th ed., Chapter 223). Elsevier.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2021). *ART Success Rates / CDC*. <https://www.cdc.gov/art/artdata/index.html>
- Crowell, J. A. & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4, 294-327.
- Del Rocío, G. R. I. M., Antonio, C. A. J., & De Granada Programa de Doctorado En Psicología, U. (2020). Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación in vitro hasta la

donación de gametos. Universidad de Granada.

<http://hdl.handle.net/10481/59848>

Deutsch, H. (1945). Motherhood, Motherliness and Sexuality. En *The Psychology of Women*:

Vol. II (pp. 19-55). Gruñe & Stratton.

Dor, J. (1994). Introducción a la lectura de Lacan II. Editorial Gedisa S.A

Dor, J. (2000). Estructuras clínicas y psicoanálisis. Amorrortu Editores

Farhud, D. D., Zokaei, S., Keykhaei, M., Hedayati, M., & Zarif Yeganeh, M. (2021). In-Vitro

Fertilization Impact on the Risk of Breast Cancer: A Review Article.

*Iranian journal of public health*, 50(3), 438–447.

<https://doi.org/10.18502/ijph.v50i3.5583>

Forman EJ, Lobo RA. (2022). In vitro fertilization. En Gershenson DM, Lentz GM, Valea

FA, Lobo RA, eds. *Comprehensive Gynecology*. 8th ed. Elsevier; 2022:

chap 41.

Freeman, E., Boxer, A., Rickels, K., Tureck, R., & Mastroianni, L. (1985). Psychological

evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo

transfer. *Fertility and sterility*, 43 1, 48-53 .

[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48316-0](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48316-0).

Freud, S. (1911). Formulaciónes sobre los dos principios del funcionamiento psíquico. En J.

Strachey (Ed. y Trad.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of*

*Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 213-226). Hogarth Press. (Obra original publicada en

alemán).

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En: S, Freud. *Obras Completas*. Amorrortu Editores

Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Freud, S. (1923). El yo y el Ello. En: S, Freud. *Obras Completas*. Amorrortu Editores

Graham, S. (2017). Being a ‘good’ Parent: Single women reflecting upon ‘selfishness’

- and ‘risk’ when pursuing motherhood through sperm donation. *Anthropology & Medicine*, 25(3), 249-264.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Homburg, R., Meltcer, S., Rabinson, J., Scharf, S., Anteby, E. Y., & Orvieto, R. (2009). Is there a limit for the number of in vitro fertilization cycles for an individual patient?. *Fertility and sterility*, 91(4), 1329-1331.
- Imrie, S., Jadvá, V., & Golombok, S. (2020). “Making the Child Mine”: Mothers’ thoughts and feelings about the mother–infant relationship in egg donation families. *Journal of Family Psychology*, 34(4), 469-479.
- Imrie, S., Lysons, J., Foley, S., Jadvá, V., Shaw, K., Grimmel, J., & Golombok, S. E. (2023). A longitudinal study of families created using egg donation: Family functioning at age 5. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication.
- Jambersi, M., Cruz Shibukawa, B. M., de Oliveira Demitto, M., Harumi Higarashi, I., & Garcia Lopes Merino, M. D. F. (2022). Percepciones de madres sobre vivencias de la maternidad y el cuidado del bebé. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(1)
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados Maníaco – Depresivos. En *Obras Completas*. Tomo 2. Paidós.
- Langer, M. (1976). *Maternidad y sexo*. Editorial Paidós.
- Listijono, D. R., Mooney, S., & Chapman, M. (2014). A comparative analysis of postpartum maternal mental health in women following spontaneous or ART conception. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(2), 51-54.  
<https://doi.org/10.3109/0167482x.2014.911281>

- Luborsky, L., & Crits Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Maehara, K., Iwata, H., Kimura, K., & Mori, E. (2021). Experiences of transition to motherhood among pregnant women following assisted reproductive technology: a qualitative systematic review. *JBI evidence synthesis*.  
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00545>.
- Malberg, N. (2017). And three made one: psychoanalytic work with a Three-Year-Old girl in the context of reproductive assisted technology. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(8), 535-548.
- Mann M (2014) Psychoanalytic Understanding of Repeated In-Vitro Fertilization Trials, Failures, and Repetition Compulsion. *Reprod Syst Sex Disord* 3: 140.  
 doi:10.4172/2161-038X.1000140
- Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74, 195-22
- Ministerio de Salud y Profamilia (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud- ENDS 2015
- Moreno Rosset, C., Antequera Jurado, R., Jenaro Río, C., & Gómez Sánchez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la necesidad del psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90.
- Moukhah, S., Ghorbani, B., Zahra, B. M., Zafardoust, S., Azadeh, H. P., Alinaghi, E., & Moukhah, R. (2023). Perception of female identity in women with premature ovarian insufficiency: A qualitative study. *Journal of Reproduction & Infertility*, 24(1), 49-57.
- Mussali, A. R. (2016). Reflexiones sobre la parentalidad y la destructividad

transgeneracional. *Cuadernos de Psicoanálisis XLIX*: 1 y 2

Organización Mundial de la Salud-OMS (2023). La OMS alerta de que una de cada seis personas padecen esterilidad. Comunicado de prensa.

Pedro, J., Sobral, M. P., Mesquita-Guimarães, J., Leal, C., Costa, M. E., y Martins, M. V.

(2017). Couples' discontinuation of fertility treatments: A longitudinal study on demographic, biomedical, and psychosocial risk factors. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 34(2), 217-224.

<https://doi:10.1007/s10815-016-0844-8>

Peipert, B. J., Adashi, E. Y., Penzias, A. S., & Jain, T. (2023). Global IVF utilization: How does the United States compare? *F&S reports*.

Petre, L. M., Gemescu, M., & Bulgari, D. (2021). Using artistic activities within experiential psychotherapy to alleviate the psychological consequences of female infertility.

*The Arts in Psychotherapy*, 73, Article 101758.

Pinborg, A., Hougaard, C., Nyboe Andersen, A., Molbo, D., y Schmidt, L. (2009).

Prospective longitudinal cohort study on cumulative 5-year delivery and adoption rates among 1338 couples initiating infertility treatment. *Human Reproduction*, 24(4), 991-999.

<https://doi:10.1093/humrep/den463>

Quintana, A. y Montgomery, W. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa.

*Psicología: Tópicos de Actualidad* 47-84.

Raschkovan, I. (2016). *Psicoanálisis, prevención y crianza*. VIII Congreso Internacional de

Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de

Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del

MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos

Aires.



- Recalcati, M. (2018) *Las manos de una madre*. Editorial Anagrama.
- Ruiz-Porras, D., Ruiz-Porras, L., & Cruz-Repiso, V. (2019). La depresión en su relación con las técnicas de reproducción asistida y la influencia del asesoramiento profesional durante el proceso. *Psicología y Salud*, 30(1), 15-23.
- Rujas Bracamonte S, Serrano Gallardo P, Martínez Marcos M. (2021). Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95
- Saavedra, J. (2002). Cirugía tubárica frente a reproducción asistida. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53(2), 185-200. <https://doi.org/10.18597/rcog.649>
- Sadeghi, T., Mohammadi, N., Mohammadpour, A., & Abbasi, M. (2019). Over-challenging Mothers: Motherhood after Assisted Reproductive Technology. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(3), 1795-1805.  
doi: 10.22038/jmrh.2019.25070.1273
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. Editorial El Manual Moderno
- Schenker, J. G., & Ezra, Y. (1994). Complications of assisted reproductive techniques. *Fertility And Sterility*, 61(3), 411-422.  
[https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(16\)56568-6](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)56568-6)
- Shaw, K., Bower-Brown, S., McConnachie, A., Jadv, V., Ahuja, K., Macklon, N., & Golombok, S. (2023). “Her bun in my oven”: Motivations and experiences of two-mother families who have used reciprocal IVF. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 72(1), 195–214.
- Simoni, M., Gilstad-Hayden, K., Naqvi, S. H., Pal, L., & Yonkers, K. A. (2021). Progression of depression and anxiety symptoms in pregnancies conceived by assisted reproductive technology in the United States. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 214-223.

<https://doi.org/10.1080/0167482x.2021.1971193>

Sociedad Española de Fertilidad, 2020. Registro Nacional de Actividad 2020-Registro SEF:

Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2020

Stanhiser, J., & Steiner, A. Z. (2018). Psychosocial Aspects of Fertility and Assisted Reproductive Technology. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 45(3), 563-574.

<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.006>

Stern, D. N. (1995). The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy. Basic Books.

Taylor, S.J., Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. *Editorial Paidós Básica*. 100-132

Tsen LC. (2020). In vitro fertilization and other assisted reproductive technology. In: Chestnut DH, Wong CA, Tsen LC. *Chestnut's Obstetrics Anesthesia*. 6th ed. Elsevier; 2020:chap 15.

Van Berkel, D., Cândido, A., & Pijffers, W. (2007). Becoming a mother by non-anonymous Egg donation: Secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 97-104.

Vives, J. & Lartigue, T. (1994). Génesis del vínculo materno infantil. En *Apego y vínculo Materno Infantil*. (Cap. 2 pp 26-51) Universidad de Guadalajara.

Wang, J.-Y., Lv, X.-Q., Wu, J.-M., Tang, W.-Q., Luo, G.-Y., Liang, C.-M., Wang, D.-N., Hong, J.-F., & Cao, Y.-X. (2022). Sexual function, self-esteem, and quality of life in infertile couples undergoing in vitro fertilization: A dyadic approach. *Psychology Research and Behavior Management*,

15, 2449–2459

Wang, X., Yu, H., Zeng, W., Hong, Y., Huang, F., Xu, Y., & Wang, Y. (2023). Psychological Well-being of patients in Reproductive Medicine Center: Clinicians' perspectives.

*Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-14.

Zegers-Hochschild, F., Crosby, J., Musri, C., Petermann-Rocha, F., De Souza, M. D. C. B.,

Martinez, A. G., Azambuja, R., Roque, A., Estofán, G., & Croker, M. V. (2023).

ART in Latin America: the Latin American Registry, 2020. *Reproductive*

*Biomedicine Online*, 47(2), 103195.

<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2023.03.00>

Zelaya, C. R., Talledo, J. M., & de Dupuy, E. S. (Eds.). (2015). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Cauces Editores.

## ANEXOS

### **Anexo A. Consentimiento informado**

Estimada participante,

Desde la asignatura Trabajo de Grado 2, a cargo por el docente Víctor Hugo Charria y la dirección de Ana María Mesa, las estudiantes Paula Franco y Manuela Posso, pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo el trabajo de grado “Ser madre, mi única opción: Posibles fantasías inconscientes alrededor de la maternidad”, dado que se busca indagar sobre las experiencias de maternidad en mujeres que son madres a través de técnicas de reproducción asistida.

Se le invita a participar en la investigación, para la cual se aplicarán tres instrumentos de tipo cualitativo, distribuidos entre tres y cuatro sesiones con una duración de 1 hora cada uno. Las cuales serán grabadas de manera audiovisual, si las participantes expresamente lo aceptan, en caso de que no, las sesiones serán registradas de manera escrita. Los beneficios que usted podrá obtener por su participación son: recibir la investigación una vez esté terminada y aportar a una mejor comprensión de estos procesos para brindar un mejor acompañamiento psicológico a las mujeres que estén pasando o deseen iniciar un proceso de reproducción asistida. Adicionalmente, se cuenta con el riesgo de que se presente una crisis emocional debido a la posible sensibilidad de los temas abordados dentro de la investigación. La participación en la investigación consta de al menos 3 sesiones presenciales por las cuales se reconocerá el transporte y el refrigerio durante el tiempo de aplicación. Antes de aceptar o rechazar su participación en la investigación, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La decisión de dar el consentimiento para su participación en la investigación es completamente PERSONAL, LIBRE y VOLUNTARIA.
- Sus datos personales y la información obtenida son completamente

CONFIDENCIALES, por lo tanto, se utilizará un pseudónimo para identificarla. En tal sentido, la información no se revelará en la institución, usando nombres propios o datos sociodemográficos que pueda identificarla.

- En el transcurso del estudio usted podrá SOLICITAR información actualizada sobre el mismo.
- En el transcurso del estudio usted podrá RETIRARSE en cualquier momento, sin necesidad de informar sus razones.
- Usted cuenta con la posibilidad de recibir atención psicológica en caso de ser necesario.
- NO recibirá ningún beneficio económico por su participación.
- NO tendrá que hacer un gasto económico durante su participación.
- En caso de que las autoras de la investigación consideren la posibilidad de escribir artículos para su publicación, los resultados figuran de modo general o particular, sin especificar nombres de las participantes o de la institución.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la **Ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006**, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 5, 8, 10, 11, 12, 14, 15 y 16 de la **Resolución No. 008430 de 1993** que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para participar en la investigación. En tal sentido, la firma del

consentimiento informado, implica autorización para la realización de las tres o cuatro sesiones y su registro audiovisual.

Yo \_\_\_\_\_, identificada con CC \_\_\_\_\_ declaro que he sido informada de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma **AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTO** la participación en esta investigación.

Se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año 2024.

\_\_\_\_\_

**FIRMA PARTICIPANTE**

**Nombre:**  
**CC:**  
**Teléfono:**

\_\_\_\_\_ Firma del **ESTUDIANTE 2**

**NOMBRE**  
**CC**  
**CORREO**  
**TELÉFONO**

\_\_\_\_\_ Firma del **ESTUDIANTE 1**

**NOMBRE**  
**CC**  
**CORREO**  
**TELÉFONO**

Firma del director/a del trabajo de grado que podrán contactar en caso de tener dudas o comentarios sobre el proceso de investigación o el proyecto.

\_\_\_\_\_

**NOMBRE**  
**CÉDULA DE CIUDADANÍA**  
**CARGO**  
**CORREO INSTITUCIONAL**  
**OFICINA**  
**TELÉFONO**

## **Anexo B. Instrumento I: Entrevista de apego adulto**

### **Primera parte: Figuras primordiales.**

1. ¿Podría contarme sobre cómo estaba constituida su familia cuando usted era niña?
2. ¿Habían otras personas cercanas a usted en su niñez y/o en su juventud?

### **Parte dos: Relación con las figuras primordiales.**

3. ¿Podría describirse la relación con su madre (o figura primordial #1) a partir de los recuerdos más tempranos que tengas?
4. Ahora, me gustaría que elija cinco palabras o adjetivos que describan la relación con su madre (o figura primordial #1) cuando era pequeña.
5. Usted dijo que la relación con su madre (o figura primordial #1) era (primer adjetivo).  
¿Puede contarme una situación específica en donde se pueda ver que la relación era así? Intente pensar hacia atrás, lo más que pueda.
6. ¿Podría describirse la relación con su padre (o figura primordial #2) a partir de los recuerdos más tempranos que tengas?
7. Ahora, me gustaría que elija cinco palabras o adjetivos que describan la relación con su padre (o figura primordial #2) cuando era pequeña.
8. Usted dijo que la relación con su padre (o figura primordial #2) era (primer adjetivo).  
¿Puede contarme una situación específica en donde se pueda ver que la relación era así? Intente pensar hacia atrás, lo más que pueda.

## **Anexo C. Instrumento 2: Entrevista Semiestructurada**

### **Primera parte: Datos sociodemográficos.**

1. Nombre
2. Edad
3. Teléfono/celular
4. Lugar de residencia y nacimiento
5. Ocupación
6. Embarazos previos o abortos
7. Diagnósticos psiquiátricos
8. Familia:
  - a. ¿Cómo se compone su familia? ¿Con quién vive?
  - b. ¿Cuántos hijos tiene?
9. Contacto de emergencia.
10. EPS

### **Segunda parte: Datos de ART.**

11. ¿Por cuál o cuáles técnicas de reproducción asistida (ART) pasó?
12. ¿Cuántos intentos realizó?
13. ¿Cuántos hijos ha tenido por ART?
14. ¿Cuál fue la causa para empezar un proceso de ART?
15. ¿Cómo fue el proceso de ART?

### **Tercera parte: Pérdida de ser madre a través de una relación sexual.**

16. ¿Cuándo se enteró que presentaba dificultades para concebir un embarazo de manera tradicional?
17. ¿Cómo fue esta noticia? ¿Cómo se sintió? ¿Qué pensó?
18. ¿Qué significó para usted no poder ser madre a través de una relación sexual?



19. ¿Cómo vivió esto con su pareja?
20. ¿Cómo se enteró de la reproducción asistida?
21. ¿Que significó la reproducción asistida para usted en ese momento?
22. ¿Cómo fue el periodo desde que se dio cuenta que no podía ser madre de una manera tradicional hasta que tomó la decisión de pasar por un proceso de ART?
23. ¿Cómo fue la toma de decisión para iniciar un proceso de ART?

**Cuarto parte: Pérdidas por intentos fallidos.**

24. Narre 5 episodios o situaciones que considere importantes durante el periodo de intentos que no fueron exitosos.
  - a. ¿Qué ideas previas tenía sobre la concepción y las probabilidades de éxito?
  - b. ¿Cómo fue enterarse que no había quedado embarazada? ¿Hubo algún cambio con las anteriores veces?
  - c. ¿Con quién estaba? ¿Qué hizo en ese momento? ¿Cómo se sintió?
  - d. ¿Qué significó para usted que en este intento no haya quedado embarazada?
  - e. ¿Cómo toma la decisión de realizar otro intento?

### **Anexo D. Instrumento 3: Entrevista a profundidad**

Las preguntas surgirán a partir de la información obtenida por cada instrumento y de acuerdo a la necesidad de cada caso para profundizar en el duelo, la maternidad, la no maternidad y la infertilidad. Esto se hará a partir de su historia de vida, que estará organizado temporalmente de adelante hacia atrás para privilegiar la asociación libre y evitar discursos prefabricados propios de contenidos conscientes.

#### **Primera parte: Adulthood.**

Vínculo con hijo(s)

Vínculo con pareja

Vínculo con la familia

Eventos significativos (Parto, Embarazo, Proceso de ART, Toma de decisión)

#### **Segunda parte: Juventud.**

Vínculos significativos

Eventos significativos (formación, independización, ideas de ser madre)

#### **Tercera parte: Infancia.**

Vínculos significativos

Eventos significativos

Ideas sobre su concepción y el deseo de sus padres

## Anexo E. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 1

### FORMATO VALIDACIÓN DE CONTENIDO EVALUADORES EXPERTOS -INSTRUMENTO 1.

Nombre del evaluador: JUAN ESTEBAN PAZ Ocupación: PSICÓLOGO CLÍNICO

Profesión: PSICÓLOGO CLÍNICO Fecha: MAYO 18 2024

**Claridad:** Hace referencia a construcción gramatical de las preguntas que componen el instrumento, en aspectos relacionados como: redacción, puntuación, ortografía, uso de términos adecuados y apropiados de acuerdo a la población de investigación.  
Donde: (1) Es claro, (2) No es claro.

**Pertinencia / Esencial:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría.  
Donde: (1) Es pertinente, (2) No es pertinente.

**Ubicación:** Se refiere al orden lógico en el que se ubica cada reactivo con relación a las categorías.  
Donde: (1) Es adecuada, (2) Es inadecuada.

**Suficiencia:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión de la variable a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes, necesarios y haya equilibrio entre las categorías propuestas para su medición. Puede sugerir preguntas complementarias que midan en mejor forma la categoría.  
Donde: (1) Es suficiente (2) Es insuficiente.

		partir de los recuerdos más tempranos que tengas?							
Relación con las figuras primordiales	4	Ahora, me gustaría que elija cinco palabras o adjetivos que describan la relación con su madre (o figura primordial #1) cuando era pequeña.	X		X		X		
	5	Usted dijo que la relación con su madre (o figura primordial #1) era (primer adjetivo). ¿Puede contarme una situación específica en donde se pueda ver que la relación era así? Intente pensar hacia atrás, lo más que pueda.	X		X		X		
	6	¿Podría describirse la relación con su padre (o figura primordial #2) a partir de los recuerdos más tempranos que tengas?	X		X		x		
	7	Ahora, me gustaría que elija cinco palabras o adjetivos que describan la relación con su padre (o figura primordial #2) cuando era pequeña.	X		X		X		
	8	Usted dijo que la relación con su padre (o figura primordial #2) era (primer adjetivo). ¿Puede contarme una situación específica en donde se pueda ver que la relación era así? Intente pensar hacia atrás, lo más que pueda.	X		X		X		
<b>Suficiencia</b>									1

DEFINICIÓN CATEGORÍA	No. Pregunta	PREGUNTA	Criterios de Evaluación Favor señalar con una X						Observaciones o comentarios
			Claridad		Pertinencia/ Esencial		Ubicación		
			1	2	1	2	1	2	
Figuras primordiales	1	¿Podría contarme sobre cómo estaba constituida su familia cuando usted era niña?	x		x		x		
	2	¿Había otras personas cercanas a usted en su niñez y/o en su juventud?	X		X		x		
<b>Suficiencia</b>								1	

## Anexo F. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 2

### FORMATO VALIDACIÓN DE CONTENIDO EVALUADORES EXPERTOS -INSTRUMENTO 2

Nombre del evaluador: JUAN ESTEBAN PAZ Ocupación: PSICÓLOGO CLÍNICO

Profesión: PSICÓLOGO CLÍNICO Fecha: MAYO 18 2024

**Claridad:** Hace referencia a construcción gramatical de las preguntas que componen el instrumento, en aspectos relacionados como: redacción, puntuación, ortografía, uso de términos adecuados y apropiados de acuerdo a la población de investigación.  
Donde: (1) Es claro, (2) No es claro.

**Pertinencia / Esencial:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría.  
Donde: (1) Es pertinente, (2) No es pertinente.

**Ubicación:** Se refiere al orden lógico en el que se ubica cada reactivo con relación a las categorías.  
Donde: (1) Es adecuada, (2) Es inadecuada.

**Suficiencia:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión de la variable a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes, necesarios y haya equilibrio entre las categorías propuestas para su medición. Puede sugerir preguntas complementarias que midan en mejor forma la categoría.  
Donde: (1) Es suficiente (2) Es insuficiente.

#### Instrumento 2: Entrevista Semiestructurada

DEFINICIÓN CATEGORÍA	No. Pregunta	PREGUNTA	Criterios de Evaluación Favor señalar con una X						Observaciones o comentarios
			Claridad		Pertinencia/ Esencial		Ubicación		
			1	2	1	2	1	2	
Datos Sociodemográficos	1-10	Nombre, Edad, Teléfono/celular, Lugar de residencia y nacimiento, Ocupación, Embarazos previos o abortos; Diagnósticos psiquiátricos; Familia: ¿Cómo se compone su familia? ¿Con quién vive? ¿Cuántos hijos tiene?; Contacto de emergencia; EPS	X		X		X		
<b>Suficiencia</b>									1
Datos de ART	11	¿Por cuál o cuáles técnicas de reproducción asistida (ART) pasó?	X		X			X	
	12	¿Cuántos intentos realizó?	X		X		X		
	13	¿Cuántos hijos ha tenido por ART?	X		X		X		
	14	¿Cuál fue la causa para empezar un proceso de ART?	X		X			X	Sugiero considerar ubicarla en posición 11
	15	¿Cómo fue el proceso de ART?	X		X		X		
<b>Suficiencia</b>									1
Pérdida de ser madre a través de una relación sexual	16	¿Cuándo se enteró que presentaba dificultades para concebir un embarazo de manera tradicional?	X		X		X		
	17	¿Cómo fue esta noticia? ¿Cómo se sintió? ¿Qué pensó?	X		X		X		
	18	¿Qué significó para usted no poder ser madre a través de una relación sexual?	X		X		X		
	19	¿Cómo vivió esto con su pareja?	X		X		X		
	20	¿Cómo se enteró de la reproducción asistida?	X		X		X		

	21	¿Que significó la reproducción asistida para usted en ese momento?	X		X		X			
	22	¿Cómo fue el periodo desde que se dio cuenta que no podía ser madre de una manera tradicional hasta que tomó la decisión de pasar por un proceso de ART?	X		X		X			
	23	¿Cómo fue la toma de decisión para iniciar un proceso de ART?	X		X		X			
<b>Suficiencia</b>									1	
Pérdidas por intentos fallidos	24	Narre 5 episodios o situaciones que considere importantes durante el periodo de intentos que no fueron exitosos.	X		X		X			
	<i>(siguientes preguntas por episodio narrado)</i>									
	25	¿Qué ideas previas tenía sobre la concepción y las probabilidades de éxito?	X		X		X			
	26	¿Cómo fue enterarse que no había quedado embarazada? ¿Hubo algún cambio con las anteriores veces?	X		X		X			
	27	¿Con quién estaba? ¿Qué hizo en ese momento? ¿Cómo se sintió?	X		X		X			
	28	¿Qué significó para usted que en este intento no haya quedado embarazada?	X		X		X			
	29	¿Cómo toma la decisión de realizar otro intento?	X		X		X			
<b>Suficiencia</b>									1	

## Anexo G. Formato de validación psicólogo clínico- Instrumento 3

### FORMATO VALIDACIÓN DE CONTENIDO EVALUADORES EXPERTOS -INSTRUMENTO 3

Nombre del evaluador: JUAN ESTEBAN PAZ Ocupación: PSICÓLOGO CLÍNICO

Profesión: PSICÓLOGO CLÍNICO Fecha: MAYO 18 2024

**Claridad:** Hace referencia a construcción gramatical de las preguntas que componen el instrumento, en aspectos relacionados como: redacción, puntuación, ortografía, uso de términos adecuados y apropiados de acuerdo a la población de investigación.  
Donde: (1) Es claro, (2) No es claro.

**Pertinencia / Esencial:** Hace alusión al grado de correspondencia o coherencia entre lo que evalúa el reactivo y el constructo a evaluar en cada categoría.  
Donde: (1) Es pertinente, (2) No es pertinente.

**Ubicación:** Se refiere al orden lógico en el que se ubica cada reactivo con relación a las categorías.  
Donde: (1) Es adecuada, (2) Es inadecuada.

**Suficiencia:** Aporte o contribución individual del ítem a la comprensión de la variable a evaluar en cada categoría, de forma que los ítems que la conforman sean suficientes, necesarios y haya equilibrio entre las categorías propuestas para su medición. Puede sugerir preguntas complementarias que midan en mejor forma la categoría.  
Donde: (1) Es suficiente (2) Es insuficiente.

#### Instrumento 3: Entrevista a profundidad -Historia de vida

Las preguntas surgirán a partir de la información obtenida por cada instrumento y de acuerdo a la necesidad de cada caso para profundizar en el duelo, la maternidad, la no maternidad y la infertilidad. Esto se hará a partir de su historia de vida, que estará organizado temporalmente de adelante hacia atrás para privilegiar la asociación libre y evitar discursos prefabricados propios de contenidos conscientes.

DEFINICIÓN CATEGORÍA	Tema de preguntas	Criterios de Evaluación Favor señalar con una X						Observaciones o comentarios
		Claridad		Pertinencia/ Esencial		Ubicación		
		1	2	1	2	1	2	
Adultez	Vínculos con hijo(s)	X		X		X		
	Vínculo con pareja	X		X		X		
	Vínculo con familia	X		X		X		
	Eventos significativos (Ej. Parto, Embarazo, Proceso de ART, Toma de decisión)	X		X		X		Sugiero indagar (directivamente) escolaridad, trabajo, y qué motiva las elecciones que ha tomado en los diferentes ámbitos de su vida.
Juventud	Vínculos significativos	X		X		X		
	Eventos significativos (ej. formación, independización, ideas de ser madre)	X		X		X		
Infancia	Vínculos significativos	X		X		X		
	Eventos significativos	X		X		X		
	Ideas sobre su concepción y el deseo de sus padres	X		X		X		

## **Anexo H. Retroalimentación verbal.**

Héctor Izquierdo Gurdinola.

Médico director de la clínica Tambre. Especialista en fertilidad y cuidado de la mujer.

H: Estuve revisando la matriz y me parece un buen elemento de aproximación como manera de obtener información para interpretar apegos, estrés, etc. Creo que esto ya es vuestra experticia. Sin embargo, hay 3 definiciones importantes a considerar: cuando se transfiere un embrión y el test de embarazo es negativo, es un fallo de implantación. Cuando se transfiere y el test da positivo pero luego no se desarrolla el embrión, es un embarazo bioquímico. Y cuando el test da positivo y luego se desarrolla el embrión y se ve en la ecografía, ya se trata de un aborto.