



DOCTOR
CLAUDIO F. CHILLIK

¿por qué
no podemos
tener un hijo?

**GUÍA MÉDICA PARA PAREJAS
CON PROBLEMAS DE FERTILIDAD**

ATLANTIDA

Cuarta Parte

Capítulo

XV

Aspectos psicológicos
de la infertilidad

por Darío Fernández y Leticia Urdapilleta

Si bien en un importante número de casos la infertilidad obedece a causas orgánicas, cuando la pareja que la padece recurre a un médico para solucionar su impedimento físico está buscando, además, poder formar una familia y dejar atrás el dolor producido por la dificultad para tener hijos. Algunas logran transitar el camino hacia la consecución de la meta sin que esto les produzca demasiados sufrimientos ni inconvenientes psicológicos. Pero, para la gran mayoría, esta lucha contra la infertilidad pondrá a prueba su fuerza espiritual, puesto que el dolor y la frustración serán compañeros casi constantes en este viaje. En este capítulo, que gentilmente nos invitó a escribir el doctor Claudio Chillik, ofreceremos una síntesis de los aspectos psicológicos habitualmente implicados en los problemas reproductivos y en sus tratamientos médicos.

Trabajar con parejas que tienen dificultades reproductivas fue y sigue siendo una experiencia muy enriquecedora, y de crecimiento personal para nosotros. A lo largo de estos años, estas personas nos enseñaron tantas cosas que se hace difícil enumerarlas todas. Aprendimos cómo sacar fuerzas de la adversidad, vimos una y otra vez cómo el deseo de tener un niño puede transformarse en una de las fuerzas más poderosas del espíritu humano. Tuvimos la oportunidad de conocer las profundas diferencias psicológicas entre mujeres y hombres, descubrimos cómo estas diferencias pueden enriquecernos y ayudarnos a crecer. Presenciamos la nobleza del amor, reflejándose en miles de actitudes de cuidado entre los miembros de las parejas que recorren esta experiencia ardua y compleja. Y exploramos junto a ellos las profundidades del sentido de ser padres, emocionándonos ante sus preocu-

paciones y preguntas, orientadas a saber qué es lo que deben hacer hoy o en el futuro para que la vida del hijo, que posiblemente tendrán, sea la mejor. Vimos a estas personas superar vallas personales, dificultades en la pareja, tensiones familiares; y también luchar contra un medio social cargado de prejuicios, que se constituye en una barrera difícil de sortear. Presenciamos las muestras de amor y la dedicación con que cuidan a sus niños, cuando el destino al fin los libera de la lucha y les permite gozar del fruto de tanto esfuerzo. A todos ellos muchas gracias.

Al doctor Claudio Chillik, nuestro agradecimiento por el apoyo que nos brindó a lo largo de tantos años y por la dedicada atención que le presta al bienestar psicológico de sus pacientes y de las personas con problemas reproductivos en general.

La infertilidad desde el punto de vista psicológico

Para entender qué significa la infertilidad para quienes la padecen debemos ir más allá de las distintas definiciones y clasificaciones médicas y considerarla como la imposibilidad de llevar adelante el proyecto de armar o agrandar una familia. Para las parejas que conviven con esta dificultad cotidianamente, la infertilidad es sinónimo de dolor psíquico. Algunos sienten que les quita el derecho de tener un hijo genético. Esta experiencia, que despierta sentimientos inesperados y cuestiona conceptos básicos de nuestra identidad, sexualidad, autoimagen y autoestima es, para la mayoría, devastadora.

La infertilidad está llena de vivencias particulares que modifican pautas previas y se activan cuando la pareja em-

pieza a temer que algo anda mal, y que pueden persistir más allá de lograr o no el hijo, sea éste biológico o adoptado. Son sensaciones, sentimientos, conductas nuevas y raras, a veces tristes, como la desazón, otras desagradables, como la bronca. Es un sube y baja emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor. Por momentos, la infertilidad parece eclipsar todos los aspectos positivos de la vida. Aquí radica el mayor desafío para quienes sufren este desorden: sortear los caminos afectivos nocivos que se les presentan e intentar, a pesar de todo, juntar "sus pedacitos" y fortalecerse con la experiencia que les tocó vivir. Y, por cierto, esto se logra. Miles de parejas hoy lo testimonian.

La infertilidad ¿tiene causas psicológicas?

"Ustedes están obsesionados con el embarazo, tómense unas vacaciones, dejen de pensar en esto y se van a embarazar." Cuántas veces las parejas con problemas reproductivos habrán escuchado este comentario de amigos o familiares. En ocasiones quizá hayan reaccionado con rabia interna y otras, pensado: "¿Y si realmente es así?". En la década de los 50, la mitad de los casos de infertilidad recibía un diagnóstico de causa psicológica, por dos motivos: a) la medicina no encontraba explicación para una gran cantidad de casos, b) los médicos percibían que sus pacientes estaban muy estresados y pensaban, entonces, que ésa era la causa del problema. Hoy se sabe que el estrés que se percibe en estos pacientes es una consecuencia del sufrimiento psíquico producido por la infertilidad, y no su causa. Además, con el avance del conocimiento en áreas como la andrología, la endocrinología reproductiva y la inmunología, muchos de los casos diagnosticados equivocadamente como de causa psicológica tienen, en la actualidad, una clara explicación orgánica.

En el presente es mucho menor el porcentaje de casos de infertilidad que tienen un diagnóstico de causa psicológica, por ejemplo la amenorrea funcional hipotalámica. Por otro lado hay trastornos psíquicos en los que la infertilidad es una consecuencia indirecta como por ejemplo las alteraciones del ciclo menstrual producidas por la anorexia. Hay una serie de alteraciones en las que, probablemente, los estados emocionales influyan negativamente sobre la fertilidad. Pero esto debe ser evaluado en particular ya que las reacciones psico-neuroendócrinas ante las circunstancias de la vida son diferentes y varían de persona a persona. Nos referimos a la influencia del estrés, del sufrimiento psíquico prolongado y de las experiencias emocionales inusuales e intensas; o a ciertos tipos de personalidades que tienden a reaccionar exageradamente ante el estrés común de la vida cotidiana. Ciertas alteraciones del ciclo menstrual, la hiperprolactinemia, una caída en la cuenta espermática o la mala respuesta a algunos tratamientos médicos pueden ser consecuencia de los factores antes mencionados.

Cómo nos golpea la infertilidad

Para la mayoría de las personas, ciertas metas vitales como formar una familia y tener hijos deben ser concretadas en un determinado momento de la evolución personal y de la pareja. El hecho de tener impedida esta meta puede producir una crisis psicológica que afecte todas las áreas de la vida: lo personal, el vínculo de pareja, las relaciones sociales y familiares y en algunos casos, el plano laboral.

En el área personal, esta imposibilidad genera el deterioro de la identidad a través de una gran disminución de la autoestima. Las personas pueden comenzar a tener frecuentes pensamientos negativos acerca de sí mismos (“no

valgo nada si no puedo tener un hijo”), acerca de su historia (“todo siempre fue difícil para mí”), o acerca de su futuro (“creo que nunca vamos a poder tener un hijo”). Son frecuentes las alteraciones emocionales, tales como tristeza, depresión, ansiedad, angustia, irritabilidad, hipersensibilidad, desasosiego y sensación de falta de control.

Los diferentes modos de enfrentar los problemas que tiene cada uno de los miembros de la pareja ponen a prueba la posibilidad de comunicarse abierta y sinceramente, la capacidad de empatía, de dar apoyo emocional y de tolerar las diferencias de opinión, de sentimientos o de tiempos internos. Pero, a pesar de vivir muchos momentos de tensión y una vez resuelta la crisis, la mayoría de las parejas con problemas reproductivos opinan que la experiencia de la infertilidad mejoró la relación. Las investigaciones psicológicas que se ocupan del tema corroboran esta afirmación.

Por lo general, el hombre tiene limitada su posibilidad de hacer explícito lo que le sucede y encuentra cierta dificultad para manejarse espontáneamente con su entorno familiar y social. Por otro lado, la mujer es la destinataria de la presión de este entorno a través de preguntas, sugerencias y comentarios. En muchas situaciones ella se convierte en portavoz de la pareja, con la consecuente carga emocional que esto implica. Los comentarios inoportunos, la ansiedad y la presión de familiares cercanos, o la incomodidad de asistir a reuniones donde haya bebés o mujeres embarazadas, se cuentan entre los factores que afectan la relación de las personas con problemas reproductivos con su entorno inmediato.

En el ámbito laboral, estas personas pueden hacer abandono del trabajo o mermar el rendimiento. Inclusive, algunos trabajos llegan a tornarse dolorosos, pues implican un contacto permanente con el tema “niños” como, por ejemplo, entre las maestras jardineras y las obstetras. Otro factor condicionante, especialmente para las mujeres, es el tiempo

que insumen ciertos tratamientos, que las obliga a alterar el horario laboral.

En lo social, el aislamiento y la intención de evitar situaciones dolorosas, como estar con familias con niños o con mujeres embarazadas, son una conducta adaptativa frecuente. Mitos y creencias socialmente compartidos, tal es el caso de la asociación entre fertilidad y virilidad, entre fecundidad y feminidad, o afirmaciones como aquella que sentencia que una pareja "debe" tener hijos y además "tempranamente" en el matrimonio, son la fuente de estos sentimientos de inadecuación.

Duelos en infertilidad

Un duelo es una situación de mucho dolor, que la persona sufre por la pérdida de algo o alguien que nunca tuvo, que no tiene en la actualidad o que supone nunca podrá tener. Estos procesos son atravesados por las personas infértiles en numerosas situaciones y se ven agravados porque son inesperados, generalmente privados e inadvertidos por el entorno.

Estos duelos comienzan como preocupación y temor, porque a pesar de haber intentado deliberadamente el logro del embarazo durante algunos meses, nada pasa. Así cada menstruación es una desilusión que rápidamente se va transformando en dolor. Luego aparece el impacto de los diagnósticos, de las operaciones sin resultados, de los tratamientos que fracasan, de los meses que siguen pasando, durante los cuales sólo reciben noticias de embarazo los que están a su alrededor. Y la persistente sensación de que ellos, tal vez, nunca lleguen a vivir esa experiencia.

Pocos entienden el dolor que implica perder un embarazo, de la vivencia de duelo que conlleva y que no es

reconocida por la sociedad, lo que dificulta y obstaculiza la posibilidad de expresarlo. Y si las interrupciones de la gestación se repiten, como ocurre en los casos de aborto recurrente, a este dolor se suma el temor de no lograr que ningún embarazo llegue a término. No obstante el entorno intente ayudar, la sensación que persiste en quienes lo sufren es “ellos no entienden” o “minimizan nuestro dolor”. Los duelos de la infertilidad son invisibles e intangibles, porque aunque no haya cuerpos que enterrar o fotos para recordar, lo que muere es el sueño de ese niño que tarda en llegar o que, quizás, nunca llegue.

Distinto sexo, distintas reacciones

Que las mujeres y los varones somos diferentes físicamente es un hecho que todos aceptamos y, generalmente, disfrutamos. Pero pocos admiten o conocen que también somos distintos psicológicamente. No entender, no aceptar, o no respetar estas diferencias es la base de muchos problemas en las relaciones humanas.

Mientras una pareja está luchando contra la infertilidad, el buen manejo de estas diferencias psicológicas juega un papel importante en el bienestar del vínculo. A continuación describiremos algunas de ellas. El modo que una mujer tiene para enfrentar un problema emocional es “profundizar” en él tratar de pensar y sentir todas sus posibles consecuencias y soluciones. Necesita hablar mucho acerca de ello, expresar sus temores, compartir su ansiedad o su angustia, “descargarse” mediante el llanto. La reacción del hombre, en cambio, es diametralmente opuesta: evita hablar, trata de autoabastecerse, no mostrarse débil ni preocupado, y de buscar “rápidamente” una solución. Cada cual con su estilo enfrenta y resuelve el problema. Pero como casi siempre cree-

mos que la nuestra es la mejor forma de ver las cosas, el hombre va a pensar que la mujer se preocupa demasiado y que hace escándalos por nada; y la mujer, que al hombre no le interesa tanto como a ella tener un hijo, o que elude el tema.

Veamos otro ejemplo que complementa al anterior: tanto para la mujer como para el hombre hay roles socialmente adjudicados. Como decíamos anteriormente, la mujer tiene permiso interno y social para llorar y mostrarse débil, pero el mandato para el hombre es absolutamente contrario; además, él siempre debe tener una solución al alcance de la mano. Esto hace que, ante la situación de infertilidad, la mujer sea la portavoz del dolor “de ambos” mientras que el hombre se ubica casi exclusivamente en el rol de sostenedor (aun cuando más de una vez quisiera poder contar sus dolores y miedos). Por su parte, la sociedad contribuye con esta situación, puesto que casi siempre las preguntas o comentarios acerca del tema van a estar dirigidas a la mujer, ¡aun cuando ambos estén presentes! Cuántas parejas habrán ido alguna vez a una reunión con la intención de relajarse y “olvidarse un poco del tema” y descubren, de regreso a casa, que sólo el hombre pudo lograrlo. La razón: mientras el hombre pasó el tiempo hablando de política y fútbol, ella escuchó sobre niños, pañales, empleadas domésticas y colegios.

Como ocurre con frecuencia en casi toda situación de crisis, la infertilidad puede ser una oportunidad para crecer personalmente y como pareja. Parte de este crecimiento consiste en intentar conocerse mutuamente en profundidad, y en poder reconocer y respetar las diferencias en los modos con que varones y mujeres enfrentan la vida.

Actitudes ante el diagnóstico y los tratamientos

El proceso emocional que acompaña los primeros momentos de lucha contra la infertilidad está teñido por variados estados de ánimo, como la sorpresa, la rabia, la tristeza, la ansiedad, la negación. Las parejas se ven enfrentadas a un mundo nuevo, doloroso e incierto y que, por sobre todo, nunca imaginaron que vivirían. Es frecuente que en estos primeros momentos las personas se perciban a sí mismas distintas del resto del mundo, que la mujer se sienta menos mujer o el hombre menos hombre. Puede haber períodos de aislamiento respecto de la familia o de los amigos, en los cuales la vida social se vea afectada. Para el miembro de la pareja que tiene el problema orgánico es difícil aceptar que su pareja lo ame a pesar de su "defecto".

La etapa diagnóstica tiene dificultades específicas. Muchas veces es la mujer la que inicia las consultas y son habituales los casos en que el hombre se resiste o posterga el momento de hacer su primer espermograma, lo que puede generar problemas en el vínculo afectivo. Algunos procedimientos diagnósticos pueden ser dolorosos físicamente (histerosalpingografía), otros ser vergonzantes y generar mucha tensión psicológica (test postcoital). Cuando se llega a encontrar la causa de la dificultad reproductiva, la reacción emocional tiene dos facetas, alivio por saber qué tienen y dolor por confirmar que el problema existe. En aquellos pacientes en los que no se llega a un diagnóstico preciso, como en la esterilidad sin causa aparente (ESCA), la tensión es aun mayor, pues el "enemigo" es invisible, y ellos no saben contra qué luchar.

Puede ocurrir que la pareja llegue a la etapa de inicio de los tratamientos luego de haberse fortalecido para enfrentar

la situación, pero, inevitablemente, aparecerán nuevos desafíos a la capacidad de adaptarse y de resolver problemas: ¿Cómo manejar las fluctuaciones entre esperanza y desesperanza? ¿Cómo acostumbrarse a vivir con el estado físico y emocional alterado por algunos medicamentos o por procedimientos médicos invasivos o dolorosos? ¿A quién contarle sobre los tratamientos? ¿Cómo manejar la ansiedad de familiares o amigos? ¿Qué hacer frente a comentarios inoportunos? ¿Qué hacer con la vida sexual que comienza a alterarse? ¿Qué decir en el trabajo, si uno debe ausentarse pero no quiere que su problema sea *vox populi*? ¿Cómo manejarse con obras sociales o medicinas prepagas que no cubren la totalidad de los tratamientos o el parto si el embarazo fue logrado mediante técnicas de reproducción asistida de alta complejidad? ¿Qué hacer ante la irrupción de sentimientos inesperados y molestos, como la dificultad de estar en situaciones donde haya bebés o mujeres embarazadas?

Aun cuando la lucha contra la infertilidad puede llevar meses o años, quienes trabajamos en este campo vemos que, ante cada frustración, generalmente las personas vuelven a recuperarse y que la esperanza retorna aunque el dolor persista. Las ganas de tener un hijo son por lo general tan intensas que las personas con problemas reproductivos superan sus propios límites y descubren una fortaleza interior que, quizás, nunca pensaron que tendrían.

¿Qué pasa con el sexo?

La vida sexual es una de las áreas más afectadas en estos casos, tanto por la tensión psicológica producida por la infertilidad como por los efectos colaterales, no deseados, de algunos métodos diagnósticos y de ciertos tratamientos de la medicina reproductiva.

La afección más frecuente es la disminución del deseo sexual y de la frecuencia de relaciones sexuales. Esta merma es el producto de un desgaste lento y constante causado por diversos factores: a) el profundo dolor psíquico vivido por períodos prolongados (los estados depresivos producen una baja en el deseo sexual y en la capacidad de disfrutar de la vida sexual); b) los reiterados momentos de distanciamiento de la pareja; c) el deterioro de la identidad sexual, ya que la incapacidad de procrear les distorsiona la percepción del propio atractivo sexual: el hombre se siente poco viril, la mujer, menos femenina; d) los disturbios físicos y emocionales causados por algunos medicamentos —por ejemplo, los análogos de GnRH (Luprón, Reliser)— que pueden producir hipersensibilidad e irritabilidad emocional y molestias físicas como dolores de cabeza, cansancio, alteraciones en el sueño, calores, sequedad vaginal (¡todos ellos síntomas muy poco afrodisíacos!); e) los estados postoperatorios y los períodos de abstinencia para realizar estudios o luego de algunos tratamientos, que hacen que la espontaneidad se pierda, es decir, que el encuentro sexual quede relegado a los momentos en que “pueden” hacer el amor. El problema es que no siempre coincide el momento en que la pareja “puede” con el momento en que “quiere” encontrarse sexualmente; f) hay fechas en las que algunas parejas “deben” hacer el amor (por ejemplo, durante los días fértiles). Con el paso del tiempo, para estas personas el sexo cambia de sentido; lo que antes era un encuentro espontáneo fruto de un clima previo favorable, ahora lo decide un termómetro, un calendario o lo prescribe un médico; lo que antes se hacía por placer se convierte ahora en un trabajo: hacer el amor es sinónimo de hacer bebés. La sexualidad pasa a ser programada, pautaada; queda interrumpida su expresión espontánea. Esto hace que los encuentros sexuales pierdan las cualidades que antes tenían.

Además de la alteración del deseo pueden presentarse

otras disfunciones sexuales. En la mujer, falta de lubricación vaginal, dolor en la penetración y dificultad para llegar al orgasmo y, en el hombre, problemas de erección y de eyacuación precoz. En algunos pacientes pueden agravarse las disfunciones sexuales previas al momento en que la pareja descubrió su problema reproductivo. En general, en las parejas con problemas de esterilidad se registran tres situaciones: durante los primeros meses de búsqueda hay un incremento de las relaciones sexuales en los días fértiles, sin alterarse la sexualidad de los días no fértiles. Con el paso del tiempo disminuyen los encuentros sexuales en los periodos no fértiles y se conservan en los días fértiles. En una última etapa, de gran agotamiento anímico, ya prácticamente no hay encuentros sexuales, ni siquiera en los días fértiles.

Cuando las alteraciones de la sexualidad son leves, un modo de recuperar el bienestar es separar el "sexo reproductivo" del "sexo por placer", basándose en los días fértiles y no fértiles. También es bueno tener en cuenta que las relaciones sexuales mantenidas en días fértiles pueden ser menos satisfactorias y que esto es "normal".

Hay parejas que no viven esta "presión reproductiva" sobre su sexualidad, ya que deben recurrir a tratamientos de reproducción asistida en las que el embarazo se obtiene en forma independiente de la relación sexual. Aún así, numerosos factores influyen sobre la vida sexual, dado que estas prácticas médicas implican una gran carga emocional, teniendo en cuenta que mediante ellas se busca el embarazo. La mujer vive incomodidades físicas producidas por la gran sobrecarga hormonal y por procedimientos como laparoscopías, ecografías transvaginales o aspiraciones ovocitarias. El hombre puede ser sometido a biopsias de testículo para obtener espermatozoides, cuya influencia negativa sobre la sexualidad llega a prolongarse en el tiempo mucho más allá del final de la intervención. Hay sexo a demanda por la ne-

cesidad de abstinencia de entre tres a cinco días y por la indicación de no tener relaciones luego de la transferencia de embriones. Si el resultado del tratamiento es positivo, la pareja evita tener relaciones por temor a perjudicar el embarazo. Cuando el resultado es negativo hay inhibición del deseo, por tristeza o por depresión.

Por otro lado, existen otro tipo de situaciones que también suelen influir en la sexualidad. El control de la temperatura basal, por ejemplo, implica una pérdida de privacidad, porque en esta cartilla que luego verá el equipo tratante, se deben anotar las relaciones sexuales que la pareja tuvo a lo largo del mes. Además, es “el termómetro” —y no la pareja— el que decide cuál será el momento de tener relaciones, con las consecuencias que antes mencionamos del “sexo a demanda”.

Asimismo, el test postcoital es generador de disfunciones de la erección, debido a que para el hombre se convierte en una suerte de “examen” de su virilidad, y a que, muchas veces, estos contactos sexuales son vividos en un clima de tensión. En la obtención de muestras de semen para espermogramas es habitual que surjan complicaciones para lograr la erección o el orgasmo, como consecuencia de las descargas neurológicas producidas por la tensión y, en ocasiones, a que el lugar donde se obtiene la muestra resulta inapropiado (suelen ser baños públicos de hospitales o laboratorios). El diagnóstico de los trastornos reproductivos severos en el hombre puede desencadenar, al ser informado, disfunciones transitorias de la erección, motivadas por el gran impacto emocional que entraña este tipo de noticias.

Las alteraciones sexuales mencionadas pueden ser transitorias, abarcar todo el tiempo de tratamiento hasta que la pareja logre el ansiado embarazo, o persistir más allá de la resolución del problema reproductivo. En tales circunstancias, la ayuda de sexólogos especializados en este tipo de disfunciones resulta de suma utilidad para las parejas.

Cómo sobrellevar una FIV sin desesperar

Hace cincuenta años era “más fácil” ser infértil. La medicina reproductiva aún estaba en pañales y la única alternativa para paliar la mayoría de las disfunciones reproductivas era la adopción. Pero hoy, con el advenimiento de la reproducción asistida de alta complejidad, las parejas enfrentan una paradójica situación: si bien ahora tienen muchísimas probabilidades de tener su hijo, los límites de estas prácticas se volvieron inciertos y son ellos los que tienen que poner estos límites a voluntad.

Afortunadamente, las técnicas de reproducción asistida son cada vez menos cuestionadas y más aceptadas por la sociedad. Aún así, elegir y transitar por una experiencia de este tipo no es ni fácil ni accesible; no está libre de estrés ni garantiza el éxito. Las parejas deben sortear, además, los escollos que colocan en su camino las personas o instituciones que sostienen que estos tratamientos están reñidos con la ética, son antinaturales y están alejados de los lineamientos de muchas religiones. Tampoco son avalados por muchos profesionales que, con sus opiniones adversas —producto de sus propios prejuicios— obligan a la pareja infértil a cuestionarse si realmente quieren aventurarse por esta senda.

Quienquiera que haya realizado alguno de estos tratamientos sabe que ellos producen una alteración psicológica particular y específica. Que exigen altas demandas físicas y emocionales y, generalmente, se confrontan con decisiones para las que nadie está naturalmente preparado. Las altas demandas físicas generan incomodidad y hasta dolor. Las mujeres deben aplicarse inyecciones diariamente, hacerse ecografías y reiteradas extracciones de sangre; entrar en un quirófano, tal vez sufrir ciertos efectos colaterales de la me-

dicación (calores, dolores de cabeza, sueño y molestias musculares principalmente). En tanto, los hombres también atraviesan por situaciones diagnósticas molestas, como biopsias o punciones testiculares.

Sin embargo, no son estos factores los que más afectan a las personas que realizan un tratamiento de reproducción asistida, sino los de índole emocional o psicológico. Las preocupaciones resultan de la sumatoria de muchos inconvenientes, como la baja o nula cobertura social, los costos de los tratamientos y medicamentos, las listas de espera, la necesidad de cambiar en forma momentánea los hábitos de vida; también la dificultad de compatibilizar horarios laborales o las actividades propias con las demandas del tratamiento, la necesidad de aprender un lenguaje nuevo y complejo para comprender lo que sucede y tomar las decisiones adecuadas. A estas dificultades externas hay que agregar la carga psicológica interna a la cual se someten: las fluctuaciones emocionales producidas por influencia hormonal (se sensibilizan mucho, se irritan con facilidad, se muestran vulnerables ante situaciones que normalmente no los afectarían). Asimismo, se sienten atrapados al no saber cómo manejar la información que dudan en dar o no a familiares, amigos, obras sociales y ambiente laboral, entre otros. Les pesa tanto la incertidumbre de los tiempos como del resultado del tratamiento; temen que deba suspenderse en alguna etapa; están "obligados" a conocer y vivir determinadas fases de la reproducción humana (crecimiento de los folículos, cantidad y calidad de los espermatozoides y embriones), lo cual los involucra emocionalmente con la situación del embarazo mucho antes de que éste sea una realidad. Y, fundamentalmente, los invade el temor: sienten que estos tratamientos son la última esperanza.

Recordemos, además, que en la mayoría de los países de Latinoamérica no existe aún una ley de reproducción asistida lo que implica, entre otras cosas, que no haya pautas o límites

que los ayuden a tomar decisiones sobre los aspectos difíciles y controvertidos que se les plantean. Por supuesto, las decisiones no son tomadas por las parejas sólo desde el punto de vista legal. También revisten importancia para ellas los fundamentos y las posiciones de la ciencia, sus creencias particulares y como pareja. Entre los cuestionamientos a resolver se cuentan: ¿Cuántos embriones queremos que nos transfieran? ¿Congelamos embriones? ¿En qué estadio de desarrollo del embrión? ¿Donaríamos embriones? ¿Donaríamos nuestras gametas? ¿Aceptamos recibir óvulos o espermatozoides donados? ¿Debe saber el futuro niño su modo de concepción? ¿Puede perjudicarme alguna de estas decisiones en el futuro, a mí o a mi familia?...

Desde el punto de vista psicológico, las parejas que acceden a estos tratamientos no sólo lo hacen en respuesta a una indicación médica, sino porque ellos tienen características particulares que los distinguen de otros pacientes infértiles. Entre los rasgos de personalidad, este grupo se destaca porque son personas más ambiciosas, creativas e independientes, que muestran predisposición a buscar ayuda externa; además, la relación marital es casi siempre muy buena. Al tomar la decisión de someterse a uno de estos tratamientos, la inversión en términos físicos, anímicos, económicos y de superación de escollos laborales y familiares es significativa.

Puede ocurrir que estas personas se encuentren bajo los efectos de la crisis de la infertilidad y presenten estados de disforia (mezcla de ansiedad con depresión), o de condiciones preexistentes exacerbadas. Es importante aclarar que esto no implica la existencia de un mayor número de individuos con diagnóstico psiquiátrico entre la gente infértil. En todo caso, los síntomas que reflejan tensión, depresión u otros signos de trastornos emocionales, en gran medida, deben entenderse como reacciones normales a una situación anormal, como es la infertilidad.

La reacción de los pacientes que realizan reproducción asistida difiere también según el sexo. Las mujeres sufren el impacto de los tratamientos con más intensidad que los hombres, y los viven con más estrés y ansiedad. Ellas reportan mayor fatiga, ya que el peso de las prácticas recae sobre su propio cuerpo y les exige una completa disponibilidad. Por otro lado, las mujeres sienten la necesidad de generar un hijo para satisfacción de sus parejas o sus familiares y cargan con la culpa del fracaso del tratamiento cuando, a pesar de haber logrado tener embriones, no se consiguió el embarazo. Asimismo, son ellas las que se deprimen con mayor frecuencia si el tratamiento no resulta positivo. Los hombres, por su lado, sienten culpa y preocupación porque sus esposas deben "poner el cuerpo"; ellos son el sostén emocional. Respecto de ellos mismos, no piden ayuda a nadie y suelen esconder sus sentimientos. Generalmente niegan su dolor, temor o preocupación, en un intento de protegerse. Las dos preocupaciones que suelen exteriorizar son el costo de los tratamientos y el temor a no poder obtener la muestra de semen, o que ésta sea de mala calidad.

Por todo lo expuesto, sería conveniente que todas aquellas parejas que realicen algún tratamiento de reproducción asistida de alta complejidad reciban el necesario apoyo psicológico durante todo el proceso. Este apoyo debe tener objetivos concretos y específicos, como proveer a los pacientes la información de todos los aspectos concernientes a las prácticas médicas; colaborar con ellos en el desarrollo de mecanismos de adaptación eficaces para sobrellevar esta situación; ayudarlos a pensar respecto de las múltiples decisiones que deben tomar a lo largo del tratamiento; mantener los niveles de estrés dentro de límites no invalidantes; optimizar la relación con el entorno (familia, amigos, trabajo); prevenir fallas en la obtención de la muestra de semen; ofrecer psicoprofilaxis quirúrgica; intentar influir en determinados

procesos fisiológicos mediante técnicas psicológicas específicas; menguar los efectos de la crisis de la infertilidad y prevenir el deterioro psicológico a largo plazo; brindar apoyo y contención emocional y, de ser posible, generar una red de apoyo entre los mismos pacientes.

Si bien la realización de estos tratamientos es compleja, los resultados no deberían medirse sólo en términos de éxito ante el embarazo o de fracaso si no se logró. Es importante que los pacientes valoricen el haberlo intentado, así como el grado de apoyo, compromiso y fortaleza evidenciada en el transcurso del proceso, condiciones que quizás nunca fueron puestas a prueba con tanta intensidad.

Donación de gametas

En las últimas décadas, el modo tradicional de formar una familia cedió lugar a nuevos modelos. Segundos matrimonios, parejas que conviven sin contrato legal o religioso, u otras que buscan tener hijos a una edad más avanzada que antes. En esta tendencia se inscribe la donación de gametas, con sus particularidades. Debido a que la sociedad aún no tiene muchos recursos para aportar en esta situación, toda pareja que esté en proceso de decidir si recibirá gametas donados debería contar con el asesoramiento psicológico adecuado. Esto les permitiría elaborar los temores y dudas actuales, así como también adquirir recursos efectivos para enfrentar situaciones futuras vinculadas con este modo de formar una familia. Por ejemplo: es común que el miembro de la pareja que no aporta sus gametos tenga temores acerca de los sentimientos que despertará en él ese futuro hijo, o que manifieste la preocupación de no ser querido por él. Puede también temer a la reacción de su familia, al rechazo social ante su decisión, o a que el niño sea discriminado. Éstos y otros temas deben

ser trabajados antes del tratamiento médico para minimizar la aparición de conflictos durante el embarazo o con posterioridad.

Generalmente, las parejas piensan que quien no aporta sus gametos va a tener poco o nada que ver en la construcción del carácter y la personalidad del niño, pues todas estas cualidades se transmiten genéticamente. Lo cierto es que ambos padres tendrán igual participación y responsabilidad en este aspecto, dado que la influencia del ambiente es mucho más fuerte que la predisposición genética en el desarrollo psicológico de un ser humano.

El hecho de contarle o no al niño acerca de la donación es otro tema inquietante para muchos. En adopción, se llegó a la conclusión de que lo más saludable para el niño y para el funcionamiento familiar es que se conozca la verdad. Ciertas diferencias entre la adopción y la donación de gametos hacen imposible trasladar directamente esta postura a la donación de gametas. Cada caso en particular debe evaluarse en su contexto. Nosotros tendemos a favorecer que, al menos, el niño conozca la situación real en el momento oportuno. En estas parejas hay una tendencia al ocultamiento, alimentada en parte por la posición de ciertos sectores de la sociedad que opinan que la donación de gametas es inmoral, antinatural; que ese niño será "raro" o tendrá problemas psicológicos. Además, ninguna de las religiones mayoritarias acepta la donación de gametos.

A pesar de ser un camino duro y muy criticado por la sociedad, actualmente una gran cantidad de parejas lo eligen. La dificultad que presenta esta opción se manifiesta en los primeros momentos; entonces entran en juego el duelo por la pérdida del aporte genético de uno de los miembros de la pareja, los temores iniciales que antes mencionamos y la incertidumbre acerca de poder construir un plan de acción para el futuro. Cuando estas etapas son superadas con éxito,

tanto la vivencia del embarazo, así como la conformación y funcionamiento de la nueva familia no tienen porqué ser diferentes a las del resto de la población. Luego de profundos estudios psicológicos, las conclusiones obtenidas permiten asegurar que, cuando la pareja hizo un buen trabajo previo, el funcionamiento familiar y del niño son absolutamente normales.

El embarazo luego de la infertilidad

Cuando un test de embarazo da positivo despierta una serie de emociones: incredulidad, euforia, temor, excitación y ansiedad. Seguramente, también lágrimas de felicidad.

Estas personas soñaron durante años con ese momento; algunos saldrían a la calle con pancartas para comunicarlo, y otros prefieren celebrarlo privadamente. Todos ellos idealizaron el embarazo y el parto y esta idealización nunca incluye vómitos, náuseas o pérdidas. Todos pensaban que la ordalía terminaba el día del test positivo y ahora no se sienten con derecho siquiera de quejarse ante algún malestar, ya que durante mucho tiempo “deseaban” tener náuseas con tal de estar embarazadas.

La realidad muestra que, al principio, les cuesta creer que sea cierto. ¡Después de tantos años de lucha finalmente van a ser padres! Hay quienes necesitan comprobantes externos que confirmen el embarazo; así, le pedirán al obstetra más ecografías y estudios “especiales” y supondrán que deberían sentir algo particular, que les preocupa no experimentar. Otros siguen con la inercia frente al dolor y al fracaso que tantos años de infertilidad les grabó y temen o desconfían de que, finalmente, ellos puedan tener un niño, hermoso y sano. Conocen demasiado acerca de frustraciones y saben fechas exactas; la ansiedad, en estos casos, puede ser alta.

Aquellas parejas que sufrieron abortos espontáneos, embarazos ectópicos o abortos recurrentes viven en estado de vigilia. Las mujeres revisan constantemente su ropa interior buscando signos de sangre, esperan sobrepasar determinadas fechas —o atravesar la barrera de los tres primeros meses, que son los más riesgosos— y para todas ellas habrá fechas especiales que rememoran la pérdida anterior. Así conviven con sentimientos ambivalentes de alegría ante el nuevo embarazo y terror frente a los meses que aún tienen por delante.

Después de haber sido tratados y acompañados varios años por el especialista en infertilidad, también es frecuente que estos pacientes —y en particular las mujeres— sientan extrañeza al tener que cambiar por un obstetra. De repente entran en el “mundo fértil”, a consultorios llenos de “panzas” de futuras mamás, cuyas preocupaciones pasan por las estrías o los dolores de las contracciones, cuando a ellas sólo les preocupa dar a luz un bebé sano. La relación con los obstetras también es diferente: ellas vienen cargadas de ansiedad y demandan (explícita o implícitamente) ser tratadas y cuidadas de manera “especial”. Aunque en el presente son vistas como fértiles, muchas todavía sienten que pertenecen al mundo infértil. Afortunadamente, el tiempo pasa y va menguando estos sentimientos tan fuertes y contradictorios de los primeros meses. La sexualidad reaparece en las parejas, los temores empiezan a diluirse y, por fin, se entregan a disfrutar de su nuevo estado y de la inminente llegada del ansiado bebé.

¿Y si el embarazo es múltiple?

Los embarazos múltiples merecen una mención aparte, porque despiertan sentimientos muy polarizados en los padres. En función de la cantidad de bebés en gestación, de las

complicaciones maternas y de los riesgos implícitos se pueden desencadenar resultados perinatales felices o desafortunados.

Es habitual que los pacientes en tratamiento de fertilidad aseguren, antes de embarazarse, que la llegada de mellizos o trillizos sería bienvenida. En realidad, pocas personas toman conciencia de las implicancias de los embarazos múltiples y muy múltiples (cuatrillizos, quintillizos y más) y de sus riesgos, por eso minimizan tanto los factores de salud como los de la crianza y sus costos. Sólo un pequeño grupo teme que ocurra un embarazo múltiple e intenta evitarlo en forma activa.

Pero, ¿qué pasa cuando la noticia del embarazo múltiple se confirma? Nuevamente nos encontramos con dos grupos. Si el embarazo ocurre en aquellas parejas que temían este resultado, suelen manifestar angustia, miedos y, muchas veces, síntomas físicos exacerbados. Si se produce, en cambio, en las que lo deseaban, se muestran felices y preocupados por conservar vivos todos los embriones implantados, pero todavía no sopesan las complicaciones futuras.

Es importante para los que buscan embarazarse y piensan que les encantaría tener tres o cuatro niños a la vez considerar que la crianza de múltiples requiere de mucha actividad y energía de ambos padres. Además, deben enfrentar verdaderos desafíos frente a posibles situaciones como: 1) prematuridad y/o discapacidad de algún niño; 2) la carga financiera que incluye no sólo el ingreso de varias personas al núcleo familiar sino también la pérdida del ingreso económico de la madre; 3) la necesidad de encontrar nuevos espacios y comodidades (vivienda, auto, cochecitos, cunas); 4) el contar con la ayuda externa adecuada; 5) el bienestar de otros hermanos no incluidos dentro del grupo de multillizos; 6) el tiempo que demanda el cuidado de estos bebés y otros desafíos que bien merecen ser evaluados con anterioridad.

Cuándo decir basta

Suelen presentarse varios momentos en los cuales las parejas deben decidir qué hacer. Existe un reducido grupo de pacientes que, ante las evidentes dificultades para embarazarse, resuelve adoptar un niño sin someterse a ningún tipo de tratamiento. En tanto, la gran mayoría intenta, medicina reproductiva mediante, hacer algo para conseguirlo. Ciertas parejas realizan sólo los estudios diagnósticos, otras prueban con tratamientos simples y están los que llegan decididamente hasta los tratamientos más complejos. Unos sostienen la decisión por un período relativamente corto y otros invierten varios años de sus vidas en la búsqueda del hijo biológico. Algunos empiezan cuando las condiciones físicas ya no son las óptimas, o cuando están en edad de convertirse en padres mayores, quizás demasiado mayores para criar a un niño. La pregunta sería entonces: ¿Hasta cuándo? ¿Cuándo decir "basta"? Y allí surgen otros cuestionamientos ineludibles: ¿De quién es la decisión? ¿De los médicos? ¿De la pareja? ¿De la economía de la pareja? ¿De la opinión de familiares, amigos, líderes religiosos?.

Aunque todas estas variables influyen, la pareja es la que debe tomar la gran decisión. La mayoría de las personas espera que los médicos digan "Ya no hay más por hacer". Pero, en la actualidad, este punto es más complejo ya que existe una solución para casi todos los problemas de infertilidad (óvulos y espermatozoides donados, vientres en alquiler, profesionales que realizan tratamientos a personas en edad de ser abuelos). Entonces, los límites los fija la pareja. Y es una decisión difícil de tomar, porque aunque el decir "basta" les traiga alivio luego, en el momento de resolver, estas personas deben mirar hacia otros horizontes y dejar atrás un proyecto que les demandó muchos años de empeño y pocos logros.

El decir "basta" puede desencadenar tensiones y conflictos entre los cónyuges, en especial cuando uno está listo

para parar y el otro, todavía, no. En ocasiones, la pareja está lista pero “no tiene el permiso”. Vivimos en una sociedad que premia el esfuerzo y la tenacidad y condena el desistir, porque se lo ve como un fracaso. De allí las dudas ante la presión familiar, de los amigos, los médicos u otras personas infértiles, que los instan a seguir intentándolo. No se debe perder de vista que, tanto la resolución de parar con los tratamientos como la de seguir con la búsqueda del hijo biológico está acompañada por el cuestionamiento acerca del futuro. ¿Adoptamos? ¿Vivimos sin hijos? Y, se sabe, ninguna de estas decisiones puede tomarse rápida o fácilmente.

Quienes eligen la primera alternativa necesitan saber que la adopción les da a las parejas la maravillosa oportunidad de ser padres de un niño, de amarlo y nutrirlo, pero no es la “cura” de la infertilidad. La infertilidad puede permanecer en la vida de estas personas para siempre. Por eso, antes de adoptar es fundamental tomarse el tiempo pertinente; hacer el duelo por la pérdida de la posibilidad de tener un hijo genético, tomar la decisión en forma consensuada entre los miembros de la pareja, aprovechar la experiencia de quienes ya adoptaron, y buscar consejo por parte de expertos en el tema, si lo consideran necesario.

Aquellos que opten por vivir sin hijos deben trabajar emocionalmente desde el sentimiento de carencia, de falta, para luego encaminarse hacia una postura a la que sí se accede por elección, a la vida “libre de hijos”. Ésta es una actitud que elige dejar atrás el dolor y la frustración. Es un estado positivo, en el cual la pareja descubre que puede producir en otras áreas que los satisfacen. Aunque lleva tiempo, cuando se convierte en una realidad les permite retomar el control de sus vidas, acercarse nuevamente a los niños, superar la identidad de infértiles y volver a sentirse plenos y vitales. En cualesquiera de los procesos de decisión mencionados es importante considerar que cada uno de los miembros de la

pareja debe tomar su postura individualmente, para luego llegar a un consenso con el otro, y cuidándose de hacerlo sin coerción, forzarlo o amedrentarlo. La alternativa saludable es aquella en la cual los dos "ganen".

Cómo ayudarse

Uno de los problemas más serios que trae aparejada la infertilidad es la pérdida de control que las personas sienten. En casi todos los ámbitos de la vida, si uno se esfuerza y es tenaz, puede lograr lo que se propuso. En este caso, vemos que las personas ponen el cuerpo, someten su salud emocional a vaivenes importantes, invierten dinero y tiempo y aún así, no importa cuánto hagan, nada ni nadie les garantiza que lleguen a tener en brazos a su hijo biológico.

Afortunadamente, hay muchas cosas que estas personas sí pueden hacer para ayudarse. Y hacerlo en varios sentidos, no sólo mejorando las posibilidades de acceso al embarazo o de llevarlo a término, sino intentando vivir este proceso con el menor deterioro posible y hacer de la experiencia un camino de crecimiento y superación, tanto personal como de la pareja y su contexto.

Existen varias maneras de ayudarse: algunas por las propias vías y otras, con la colaboración de terceras personas. Dentro de las primeras encontramos una serie de tareas que no son fáciles pero sí imprescindibles. Entre ellas: 1) priorizar metas (no superponerlas e intentar lograrlas todas a la vez); 2) elegir un entorno saludable (amigos, familiares, trabajo, situaciones sociales); 3) aprender a relajarse y ¡practicarlo! (ejercicios de liberación de estrés, deportes, situaciones de descanso y lúdicas); 4) elegir a los profesionales no sólo por su especialización en el área sino porque además los hagan sentir seguros, cuidados y atendidos con cariño.

Respecto de la segunda alternativa, la ayuda puede provenir de pares (otras personas infértiles) o de profesionales especializados en esta área de la salud mental. El poder compartir la experiencia con gente que también la haya atravesado es muy positivo, ya que uno siente que hablan el mismo idioma. Difícilmente encuentren dentro del grupo de gente sin problemas de infertilidad tanta comprensión y apoyo, no porque no quieran brindarlo, sino porque no saben cómo hacerlo. Existen en muchos países grupos de autoayuda formados por pacientes con problemas de infertilidad; estos grupos facilitan la apertura personal y la descarga de las emociones difíciles de sobrellevar, intercambian información, generan redes solidarias entre los miembros y permiten que uno no se sienta el "único".

Cuando la ayuda es brindada por profesionales encontramos diferentes modos de abordaje: **asesoramiento, psicoterapia, preparación para tratamientos específicos** (como la donación de óvulos) y **talleres específicos** (programas cuerpo-mente). Cada una de estas alternativas apunta a objetivos diferentes. Por ejemplo, la **psicoterapia** es necesaria cuando los integrantes de la pareja registran secuelas emocionales y psicológicas luego de que sus expectativas, valores y creencias fueron desafiados por la infertilidad. Los objetivos centrales serían, entonces, obtener el alivio de los síntomas, desarrollar mejores mecanismos de adaptación, obtener asistencia en los procesos de decisión y en los referidos a las múltiples pérdidas, así como disminuir los componentes emocionales destructivos y ayudarlos a recuperar el sentido de equilibrio psicológico.

Cualquier persona puede observar en sí mismo, o ver en otros, la correlación evidente entre nuestro estado anímico y determinados procesos corporales (tanto un evento emocional leve, como un susto, o uno grave, como la pérdida de un ser querido, pueden adelantar o atrasar la menstruación).

Esto quiere decir que la mente y el cuerpo no actúan por separado sino simultáneamente. Debido a esto, distintas disciplinas de la salud comenzaron a trabajar e investigar conjuntamente para encontrar y evidenciar aquellos “lazos faltantes” biológicos que unen la susceptibilidad a la enfermedad con los estados emocionales y el estrés en las personas. Hoy el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología (psicología, neurología, inmunología y endocrinología) está aportando los conocimientos necesarios para entender que todos estos sistemas funcionan interconectados, y que podemos influir o modificarlos a partir de distintas disciplinas que se complementan. Desde lo psicológico, los estados emocionales positivos y las técnicas psicológicas como visualizaciones, ensueños dirigidos e hipnosis, así como ciertas prácticas como la meditación trascendental y el yoga, empiezan a demostrar su cualidad reductora de los niveles de estrés, que entorpecen el buen funcionamiento de los otros sistemas y, en definitiva, de la salud. Lo interesante de estos aportes es que no importa cuál sea la causa de la infertilidad, todos pueden beneficiarse y sentir que sí hay cosas que están bajo su control.