



**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA**

**IMPACTOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL INDIVIDUO Y SU
SISTEMA FAMILIAR**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA

MICHELLE MANSUR COHEN

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MA. ELVA ANGELICA SALCEDA CONTRERAS

Ciudad de México, noviembre 2024

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.
Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.



**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA**

**IMPACTOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL INDIVIDUO Y SU
SISTEMA FAMILIAR**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

PRESENTA

MICHELLE MANSUR COHEN

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. MA. ELVA ANGELICA SALCEDA CONTRERAS

SINODALES:

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

MTRA. ELISA TOLEDO CORTINA

Ciudad de México, noviembre 2024

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.
Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.



**INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE LA FAMILIA**

Por la presente aprobamos la tesis:

**IMPACTOS DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN EL INDIVIDUO
Y SU SISTEMA FAMILIAR**

REALIZADA POR:

MICHELLE MANSUR COHEN

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR

Con reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la Secretaría de Educación Pública.

Según acuerdo No. 974201 de fecha 11 noviembre 2024.

COMITÉ DE TESIS:

DIRECTORA: MTRA. MA. ELVA ANGELICA SALCEDA CONTRERAS

SINODAL: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

SINODAL: MTRA. ELISA TOLEDO CORTINA

Ciudad de México, 2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que han hecho posible la realización de esta tesina. En primer lugar, quisiera agradecer a Dios por permitirme llegar a este momento, por darme la fuerza, el conocimiento y la oportunidad de seguir en este camino del aprendizaje. También quiero agradecer a mi familia, amigos y asesores por su apoyo y motivación en todo momento:

A mi esposo **Elias**, pieza clave en mi vida: Gracias por siempre creer en mí y por transmitirme todos los días lo valiosa y querida que soy para ti; tus palabras de aliento y ánimo han sido un gran impulso. Gracias por tu apoyo incondicional en esta gran aventura llamada vida, con sus momentos tanto buenos como mejores. Eres mi persona favorita.

A **mis padres**: Gracias por la educación y entrega que me han dado a lo largo de mi vida. Soy muy afortunada de tenerlos y poder compartir con ustedes este gran logro. Gracias por ser un gran ejemplo y por demostrarme tanto cariño.

A **Silvia**, mi hija mayor: Gracias por ser tan especial y por haberme hecho mamá por primera vez. Tu carácter y tu personalidad me inspiran y me enseñan que la vida hay que verla con optimismo. Gracias por siempre estar y por festejar conmigo mis logros. Te adoro.

A **Cecy**, una hija que ha sido una gran maestra de vida: Gracias por enseñarme que en la vida hay que ser tolerantes y muy pacientes. Con tu llegada aprendí que lo que más trabajo nos cuesta se disfruta de una forma muy especial. Llegaste a mi vida para hacerla aun más feliz.

A **Abraham**, mi hijo chico: Tu gran carácter me ha impactado, tu capacidad de razonamiento y tu tenacidad me impulsa a ser mejor persona cada día. Eres el pilón que llegó a mi vida de manera muy inesperada y, al mismo tiempo, muy deseada. Gracias por todo tu cariño y por admirarme como lo haces.

A mis hermanas **Tere y Sara**, mis compañeras de vida: Agradezco mucho a Dios por tenerlas en mi vida. Gracias por el apoyo incondicional en todo momento, las adoro.

A mis **suegros**: Gracias por su presencia y su cariño incondicional en todo momento. Gracias por darme el mejor ejemplo de familia y pareja. Para mí, son un modelo a seguir. Gracias por siempre hacerme sentir como una hija más.

A **Elva Salceda**, maestra, directora, amiga y gran ser humano: Gracias por acompañarme en este proceso, por orientarme y por apoyarme en la redacción de esta tesina. Sé que no fue fácil, y estoy muy agradecida por toda tu dedicación y por enseñarme cada día a ser aun más profesional.

A **Ofelia Desatnik**: Gracias por darme el privilegio de ser mi lectora de tesis y por compartirme tu admirable conocimiento. Gracias por tu apoyo y por enseñarme tanto a lo largo de este camino. Te admiro mucho.

A **Elisa Toledo**: Que gusto coincidir contigo en este camino, gracias por apoyarme y por formar parte de este logro.

A **Jorge Pérez Alarcón**: Gracias por acompañarme y darme la mano en todo momento. Tu trabajo, tu conocimiento, tu empatía y tu gran don de ser humano han sido toda la diferencia para mí. Eres un ser extraordinario.

A **Tania Lobatón**: Gracias, amiga, por tantas risas y por todos los momentos compartidos en la maestría. Sin tu compañía nada hubiera sido igual. Gracias por formar parte de este gran proyecto y por estar cerca de mí. Te quiero mucho.

A **Maye, Letty y Camila**: Me siento muy afortunada de haberlas encontrado en este camino. Sin duda fueron una parte muy especial de mi crecimiento profesional. Son muy especiales para mí y nuestra amistad es de lo mejor que me ha dejado la maestría.

Al **ILEF**: Gracias a esta maravillosa institución por brindarme tanto conocimiento y por enseñarme a ver la vida con lentes diferentes. Gracias por darme un acompañamiento cálido y por hacerme sentir en casa en todo momento.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	iii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO	4
METODOLOGÍA.....	4
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	5
Terapia familiar sistémica.....	5
Modelo biopsicosocial	7
CAPÍTULO II.....	13
Sobre la infertilidad.....	13
Causas de infertilidad.....	13
Datos estadísticos sobre la infertilidad	15
La infertilidad a lo largo de la historia.....	16
Familias y parejas a lo largo de la historia.....	17
CAPÍTULO III.....	20
Infertilidad y género.....	20
Sistemas de creencias socioculturales.....	21
a) Sistema de creencias en las mujeres	22
b) Sistema de creencias en los hombres	23
Desafíos éticos y sociales de la reproducción asistida.....	24
CAPÍTULO IV.....	26

La reproducción asistida	26
El proceso de la reproducción asistida (RA).....	27
Exámenes y pruebas médicas.....	27
Técnicas y tipos de tratamientos	28
Etapas en tratamientos con técnicas de reproducción asistida (TRAs).....	30
CAPÍTULO V.....	32
Aspectos emocionales.....	32
Ansiedad	33
Depresión	34
Pérdida de control emocional.....	34
Manifestaciones sociales.....	35
Manifestaciones de comportamiento	35
Manifestaciones intelectuales o cognitivas	35
Culpa.....	35
Paralización.....	36
Anhelo.....	36
Desorganización y desesperación	36
Reorganización	36
CAPÍTULO VI.....	38
Impacto de la infertilidad en la relación de pareja	38
Proceso de duelo	39
Sexualidad: funciones y objetivos	40
a) Vida sexual.....	41
b) Función reproductiva	41
c) Función afectiva y comunicativa	41
d) Función erótica.....	42
e) Función de identidad.....	42

f) Disfunciones sexuales como causa de infertilidad.....	42
CAPÍTULO VII	44
Cómo se vive la infertilidad en el sistema familiar.....	44
Los abuelos	45
El hijo.....	45
Amigos cercanos.....	46
CAPÍTULO VIII: CASO CLÍNICO.....	48
Primera sesión.....	48
Motivo de consulta.....	48
Caso.....	48
Hipótesis	49
Desarrollo terapéutico.....	50
Objetivos terapéuticos.....	55
Conclusiones personales	56
El cuidado de la narrativa	57
CONCLUSIÓN	58
BIBLIOGRAFÍA.....	60
GLOSARIO.....	63

INTRODUCCIÓN

«Cada año, miles de parejas en todo el mundo deciden emprender el camino de formar una familia», Cristina Jenaro y Noelia Flores.

Salvador Minuchin y Charles Fishman describen a la familia como un grupo celular de la sociedad. A lo largo de la historia, esta institución ha asumido consistentemente las mismas funciones: la crianza de los hijos, la supervivencia y la común unión de sus miembros (Minuchin y Fishman, 1984). La familia es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, no obstante, no se trata de una entidad estática, sino que se encuentra en un cambio simultáneo al contexto social en el que se desenvuelve. Este grupo natural en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que tienden a la conservación y a la evolución. La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, para apoyar la individuación y para, al mismo tiempo, proporcionar un sentimiento de pertenencia.

Formar una familia es una decisión que suele tomarse de manera consensuada, con el objetivo de cumplir un deseo común. Sin embargo, en los últimos años se han incrementado los casos de infertilidad. *World Health Organization* (WHO) considera que alrededor del 15% de la población mundial se enfrenta a problemas para concebir. Además, el Instituto de Métricas y Evaluaciones de Salud (IHME) de la universidad de Washington, publicó un estudio en la revista *The Lancet* que expone que para el año 2100 se espera una reducción poblacional del 50% en 23 países alrededor del mundo.

Carmen Moreno (2010) afirma que la infertilidad es una enfermedad crónica que cada vez es más común entre la población. La autora señala que esto se debe en parte a que la búsqueda de estabilidad económica y de realización tanto personal como profesional se han priorizado sobre la maternidad, por lo que la creación de una familia se ha empezado a postergar en los últimos años. Es fundamental que, como terapeutas, sepamos cómo tratar a personas que experimentan este tipo de padecimientos, ya que ser capaces de brindar atención emocional a pacientes independientemente de la enfermedad a la que se enfrenten es sumamente necesario. Por esta razón, es imprescindible que los profesionales de la salud mental nos capacitemos y conozcamos los pormenores de la infertilidad, sus características y su impacto para poder realizar un trabajo eficiente y empático.

Aunque es cierto que los avances científicos y tecnológicos han permitido que el campo de la reproducción asistida crezca significativamente y muchas personas han logrado formar una familia gracias a ello; la infertilidad se ha posicionado como una enfermedad con repercusiones psicológicas y psicosociales (Moreno, 2010). En un contexto social donde los problemas para concebir adquieren cada vez más trascendencia, revisar el impacto emocional y relacional que atravesar un diagnóstico y tratamiento de fertilidad genera es imperante.

Durante los últimos 25 años, el estudio de los aspectos emocionales que se intersectan con la infertilidad ha pasado por algunas transformaciones. De igual forma, el concepto general de infertilidad psicogenética ha pasado de definir la angustia como resultado de la infertilidad a la causa de ella (Roca y Giménez, 2012). Hoy en día, los factores emocionales implicados en los problemas para concebir ya son —en muchas ocasiones— tomados en cuenta en la medicina reproductiva, ya que influyen de manera importante en el paciente, la pareja y las personas cercanas al círculo familiar, social y laboral.

Actualmente, se cuenta con suficiente información sobre los tratamientos de reproducción asistida. No obstante, la realidad es que dichos tratamientos solo se comprenden cabalmente hasta que se viven de manera personal, pues implican un proceso largo, difícil y con un costo emocional y económico muy alto (Moreno, 2010). Entre otras cosas, la infertilidad afecta el estado emocional, las costumbres, la vida sexual y la comunicación de la pareja, al hacerlos sentir responsables y culpables por no conseguir el hijo que desean (Moreno, 2010). Es importante notar que este diagnóstico se extiende a muchas áreas de la vida del individuo, la pareja, la familia y los amigos cercanos.

Un paciente que se somete a un tratamiento de reproducción asistida pasa por varios procesos emocionales —tanto negativos como positivos— que acontecen simultáneamente en un periodo corto de tiempo. Los sentimientos que resultan de estos procesos frecuentemente evolucionan y se modifican a lo largo del tiempo. En algunos casos, se pueden llegar a producir sensaciones de culpa y pérdida de control sobre la propia vida (Moreno, 2010). Reducir la infertilidad a aspectos médicos o biológicos y dejar de lado las implicaciones socioemocionales que conlleva puede llevar a situaciones peligrosas. Incluso autores como Burns y Covington han llegado a hablar de negligencia médica en dichas situaciones, ya que —al no cuidar las implicaciones emocionales— el personal médico puede omitir señales de riesgo por falta de atención (Burns y Covington, 2000). En este sentido, este trabajo se centra en la revisión de las

principales alteraciones asociadas a la infertilidad, así como en el análisis del impacto que estas tienen a nivel emocional y relacional.

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo surge de la necesidad de reflexionar sobre el impacto que tiene la infertilidad y la reproducción asistida en el individuo y su sistema familiar. Mi experiencia profesional y personal me ha permitido observar que las dificultades para concebir afectan de manera profunda a los que las padecen. Se trata de un duelo silencioso que se vive de manera aislada, y que no es visible ni previsible. Ante este diagnóstico, la toma de decisiones, la información contradictoria y el mismo significado de la palabra *infértil* se vuelven inteligibles para aquellos que atraviesan por esta situación.

Dice John Rolland que «solo cuando mi vida personal se vio sacudida por la presencia de la enfermedad logré adquirir una conciencia más cabal de esta realidad» (Rolland, 2000). La motivación para adentrarme en este tema surgió a partir de una vivencia propia que cambió mi forma de percibir y comprender la infertilidad. Es por esta experiencia que sé que, cuando un individuo o pareja se enfrenta a un diagnóstico de infertilidad, una sensación de descontrol y de incertidumbre extrema se apodera de todo. Incluso, se ha llegado a comparar las reacciones emocionales de pacientes con dificultades reproductivas con las de pacientes con patologías oncológicas (Domar, 2002).

Durante el proceso surgen sentimientos de esperanza e ilusión por el deseo de un resultado favorable, pero también sentimientos de preocupación e incluso de obsesión por los mismos resultados. En los casos en los que el tratamiento no tiene éxito, la desilusión, la frustración, la tristeza y la tensión aumentan de manera significativa y van incrementando en la medida de que los intentos se acumulan (Dolz, 2019). En ocasiones, estos sentimientos pueden impactar gravemente la autoestima del paciente y desencadenar en el aislamiento de la persona, así como en un trastorno de depresión. Estos procesos psíquicos por los que pasan los pacientes tienen que ver con el miedo a un mundo desconocido y a la aprobación de la sociedad, pues se trata de un tema tabú e invisibilizado.

Hace más de diez años, mi pareja y yo nos enfrentamos a dificultades para concebir una familia: fue un camino muy largo, doloroso e intenso. Existe la idea errónea de que la procreación es voluntaria, sin embargo, para muchas parejas no es así (Moreno, 2010). Para muchas, querer no

es suficiente. Este choque entre las ideas preconcebidas y la realidad es lo que produce una incertidumbre totalmente inesperada. Al explorar la infertilidad como tema de estudio, me percaté de que se trata de un campo altamente técnico que requiere de conocimientos especializados que abarcan componentes psicológicos, sociales y éticos fundamentales para su tratamiento y estudio.

La infertilidad ha marcado mi vida en muchos sentidos. Esta vivencia tan impactante es la que me ha llevado a buscar caminos para intentar entenderla, a pesar del dolor que en su momento me causó. A partir de esta exploración y del tratamiento terapéutico individual que he recibido personalmente, he llegado a la certeza de que muchas parejas podrían beneficiarse con un acompañamiento terapéutico especializado en infertilidad.

OBJETIVO

La finalidad de esta tesina es analizar las repercusiones psicológicas y psicosociales de la infertilidad, así como sus efectos en el sistema familiar.

Que los terapeutas familiares y diversos especialistas del área de salud puedan informar, orientar y acompañar a pacientes con problemas para concebir. En este sentido, la redacción explora las fases y etapas que atraviesan este tipo de pacientes, ya que contar con este conocimiento es elemental para poder brindar apoyo emocional a las personas y parejas que recorren este camino.

METODOLOGÍA

Para la formación de la presente tesina empleé una metodología de reflexión temática, con presentación de caso. Recopilé información de materiales publicados en artículos electrónicos, libros, entrevistas y otros, en los que se estudió y analizó: el impacto emocional en pacientes con infertilidad; las etapas de la reproducción asistida, así como sus particularidades; los sistemas de creencia involucrados y sus efectos según el género; las repercusiones experimentadas por las parejas y familiares de personas con infertilidad. Asimismo, realicé una búsqueda en distintas publicaciones sobre el estado emocional de pacientes con infertilidad y sus consecuencias, particularmente en un caso clínico en la práctica privada.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Terapia familiar sistémica

Esther Althaus menciona que la terapia familiar sistémica surge de los descubrimientos de las ciencias de sistemas que incluyen a la cibernética, la teoría del control y los sistemas, la teoría de la información y la comunicación, y la teoría de juegos (Althaus, 1997). El origen multidisciplinario de la terapia familiar sistémica marca la pauta de su estudio para la posteridad, por lo que en ella confluyen conceptos provenientes de la física, la antropología, la sociología y la psicología. Lo anterior tiene la finalidad de entrelazar aportaciones de diversas corrientes para conformar una visión integral del individuo y su entorno, ya que conocer el historial familiar de un paciente es imprescindible para entender su origen, contexto y desarrollo cabalmente.

En este sentido, la familia es un sistema abierto que se comporta como una entidad viva, que está en constante cambio y que evoluciona según la interacción de sus integrantes. Este núcleo social reacciona como un todo frente a las variaciones que se originan en su interior y en el exterior. Es por ello por lo que se puede decir que la familia construye su historia día con día. Según la visión sistémica que mencionaba anteriormente, la teoría general de sistemas plantea que los individuos están relacionados de tal forma que un cambio en cualquiera de los integrantes de la familia impacta o afecta a otros:

La familia así concebida suena como una orquesta, a veces maravillosamente armonizada, otras lamentablemente desafinada, pero siempre como un producto que nadie que escuchara los instrumentos por separado podría imaginar. Y, sin embargo, ese resultado depende de cada instrumento, de cada ejecutante, de la partitura, del director... y del público real o distante que escucha la interpretación. (Althaus, 1997)

En consecuencia, las personas y sus problemas (o los acontecimientos que les ocurren durante su vida) no ocupan un lugar fijo en una línea del tiempo, sino que están en constante movimiento. En este orden de ideas, se puede decir que las personas y las familias somos producto de las interacciones constantes a las que estamos sometidos.

Por un lado, Salvador Minuchin expone que «todo ser humano se considera una unidad, un todo en interacción con otras unidades. Sabe que influye sobre la conducta de otros individuos, y que estos influyen sobre la suya» (Minuchin, 1983). Todos los sistemas están conformados por subsistemas que se regulan por reglas y persiguen un bien común. Las funciones de cada subsistema son indispensables para la adaptación y supervivencia del sistema total.

Por otro lado, Carter y McGoldrick definen a la familia como un sistema social formado por individuos que viven bajo un mismo techo y que están ligados los unos a los otros por lazos fuertes y recíprocos de lealtad y afecto que persisten a través del tiempo (Carter y McGoldrick, 1980). Los miembros entran al sistema a través del nacimiento, la adopción o el matrimonio, y lo abandonan únicamente al morir. Para poder desempeñar sus funciones y lograr sus objetivos, las familias se organizan de manera jerárquica y crean subsistemas para desempeñar múltiples tareas. Existe, por ejemplo, el *sistema conyugal* que está compuesto por una pareja de esposos con roles establecidos; el *subsistema parental* que está conformado por las mismas personas del sistema conyugal, pero con la función de padres; y el *subsistema filial o fraternal* que está constituido por los hijos del matrimonio.

En este sentido, Fruggeri afirma que «las familias se construyen a través de procesos de intercambio entre sus miembros, cuyos desarrollos individuales responden contemporáneamente a vínculos definidos por la pertenencia al grupo» (2016, p.16). Asimismo, la autora apunta que las familias tienen distintas configuraciones, experimentan distintas normalidades y evolucionan constantemente en sus diversos procesos. Aunado a esto, Fruggeri señala que existen distintas formas de paternar, de maternar y de convivir en matrimonio, ya que anteriormente tanto la parentalidad como la conyugalidad se estudiaban y definían desde la generalidad y la unidad a través de configuraciones estereotipadas, poco sujetas a discusión y sin tomar en cuenta las variaciones individuales y socioculturales (Fruggeri, 2016).

En relación con lo anterior, Ofelia Desatnik (2020) menciona en la revista electrónica de *Psicología Iztacala* que el estudio de las familias se ha visto enriquecido por la perspectiva sistémica, ya que permite analizarlas desde una mirada más amplia e integral. La autora señala que, aunque las familias tienen diversas formas de organizarse y estructurarse, la moralidad y los prejuicios habían provocado que aquellas que no seguían las pautas impuestas por la sociedad fueran infravaloradas y relegadas. No obstante, las maneras en las que las familias se conforman son diversas. Actualmente, existen parejas que, a pesar de tener hijos, no viven en el mismo hogar o en la misma ciudad; parejas que han decidido no tener hijos; y familias que se han formado a través de la adopción. Asimismo, hoy en día, la parentalidad y la conyugalidad no están forzosamente ligados, ya que factores como la estabilidad económica, la violencia, la separación, los fallecimientos, entre otros pueden reconfigurar las familias. Adicionalmente, Desatnik menciona que existen familias en las que la parentalidad se asume de manera implícita, al cumplir

con roles y responsabilidades que tradicionalmente no serían desempeñados por ciertos miembros. Con respecto a la reproducción asistida, la autora menciona que, en la actualidad, la diversidad de formas de concebir ha aumentado las posibilidades de crear vínculos familiares. Cuestiones como la maternidad, paternidad, el aborto, la decisión sobre el número de hijos, los nacimientos múltiples, la donación de óvulos o espermatozoides, la gestación subrogada, la fertilización in vitro y muchas otras han abierto la puerta a nuevas discusiones sobre las formas de configurar una familia (Desatnik, 2020). En síntesis, en el estudio de las familias, es fundamental reconocer y validar que la estructuración de estos sistemas va más allá de los lazos legales y consanguíneos, y que cada evento particular puede transformar su configuración.

Así pues, un diagnóstico de infertilidad en la pareja o en un miembro de la familia, como cualquier acontecimiento que afecte la vida de un individuo de la célula, afecta el equilibrio del sistema. Esto produce transformaciones en el sistema y en los subsistemas que permean en su estructura y, por consiguiente, en su funcionamiento. Por lo general, el sistema conyugal es el primero que se ve afectado y, al ser uno de los pilares de la familia, esta disfunción tiende a propagarse a los subsistemas más próximos, por lo que el problema se magnifica.

Modelo biopsicosocial

El médico psiquiatra estadounidense, John S. Rolland —movido por sus experiencias profesionales y personales con enfermedades crónicas— se dio a la tarea de explorar el ámbito médico que tanto le inquietaba desde una perspectiva biopsicosocial. Este especialista se alejó del modelo médico tradicional que aún centraba sus intervenciones y observaciones en el paciente enfermo, y no en el contexto del que este provenía. Rolland se enfocó en la aplicación del paradigma ecosistémico en el terreno de la salud, y facilitó la unión conceptual entre el cuerpo, la mente y los contextos sociales.

El presente trabajo toma como base el modelo que Rolland elaboró desde 1984. Este modelo centrado en la familia, la enfermedad y la discapacidad hace hincapié en todo lo que rodea a un paciente: sus costumbres, sus creencias y sus paradigmas. El objetivo de Rolland es proporcionar un modelo normativo y preventivo para la psicoeducación, la evaluación y la intervención del trabajo con las familias.

Rolland afirma que todos los integrantes de una familia y de otros grupos sociales desarrollan un sistema de creencias o filosofía que determina sus pautas de comportamiento en

relación con los desafíos comunes de la vida (Rolland, 2000). Esto significa que las creencias dotan de coherencia a la vida familiar al crear un diálogo continuo entre el pasado, el presente y el futuro. Estas ideas establecen un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas que generalmente reproducen todos los elementos del sistema familiar.

El ciclo vital es un elemento importante de la perspectiva sistémica y del modelo biopsicosocial. Cuando se presenta una enfermedad en la vida de una persona, una serie de interacciones simultáneas comienzan a darse entre el individuo, la familia y la enfermedad (Rolland, 2000). Con respecto a esto, la Organización Mundial de la Salud (2010) considera que una enfermedad es la ausencia de bienestar físico, psíquico o social. Así, los efectos que una enfermedad como la infertilidad puede tener en la familia dependen de muchas variables como la edad, las expectativas sociales y la etapa de vida en la que se encuentra el individuo afectado. Por esta razón, entender las relaciones que se dan entre los individuos y los efectos que ciertas situaciones tienen en el sistema familiar es fundamental para poder proporcionar apoyo terapéutico.

Lo que más necesitan las personas y las familias que atraviesan por una enfermedad es una forma de organizar y procesar sus pensamientos. Las interacciones que se dan entre los miembros de una familia, a la par de las afecciones crónicas, someten a los pacientes y a sus personas cercanas a alteraciones mentales y emocionales. Es por eso que requerimos un modelo que pueda adaptarse a las diversas interacciones que se dan entre todas las partes del sistema a lo largo de una enfermedad y de los cambios que suceden en un ciclo de vida (Rolland, 2000).

Igualmente, la teoría sistémica y las aportaciones de este modelo refieren que una acción dentro de una secuencia de acciones es también producto de una reacción. Por lo mismo, se considera que la causalidad es circular y no lineal. Para los profesionales de la salud mental y emocional, la interacción es el elemento central de toda indagación biopsicosocial con un enfoque sistémico. Diversos pensadores sistémicos —como Spark, Bowen y McGoldrick (1989) — comparten la idea de que el comportamiento de una familia no puede entenderse completamente si no se toma en cuenta su historia, sus legados, sus mitos, sus creencias y sus expectativas, ya que estos factores influyen directamente en la forma en la que los individuos perciben una crisis de salud.

Con ayuda de un modelo biopsicosocial, los profesionales, el paciente y la familia pueden trabajar de manera conjunta para explorar tres niveles de significado: el biológico (tratamiento

biomédico), el humano y el social. Los sistemas de creencias son fundamentales durante una enfermedad, pues en algunos casos pueden fortalecer las relaciones y generar resultados positivos. Por ello, los profesionales deben entender que los significados que se le dan a un padecimiento o a una discapacidad que afecta a un paciente y a su familia son consecuencia de sus propias opiniones y las de la sociedad en general (Rolland, 2000).

El lenguaje y las etiquetas que se utilizan para comunicar un diagnóstico tienen implicaciones de largo alcance. Como especialistas de la salud, es crucial hacer énfasis en que un diagnóstico de esta índole no los define como individuos. A grandes rasgos, se trata de ser cuidadosos con la forma en la que hablamos de una enfermedad y ponerle atención a los supuestos y significados que pueden estar ocultos.

Rolland también afirma que «las enfermedades tienen comienzos distintos, pueden tener un comienzo agudo o uno gradual, cuando se presenta una enfermedad de origen gradual, se presenta un tipo de factor estresante diferente del que impone una crisis súbita» (Rolland, 2000). Por un lado, algunos pacientes con dificultades para concebir pueden, por ejemplo, enfrentarse gradualmente al diagnóstico de infertilidad. Su camino pudo haber empezado con varios meses sin una prueba positiva de embarazo, sin que el diagnóstico se presentara hasta después de buscar la ayuda de un especialista y de iniciar un tratamiento de fertilidad. En las enfermedades con comienzos graduales, los cambios se dan de manera lenta, lo que implica períodos prolongados de espera y esto puede generar ansiedad. Por otro lado, otros pacientes pueden enfrentarse a diagnósticos de infertilidad de forma inesperada. En las enfermedades con comienzos agudos, la tensión a la que se enfrentan las familias es inmediata.

En 1987, Rolland integró un modelo del ciclo de la enfermedad de una familia con un miembro crónicamente enfermo. El autor plantea que el ciclo consta de tres etapas que se presentan en el sistema: inicio, curso y desenlace (Rolland, 2000). Explicaré cada una de estas etapas a continuación:

- **Inicio:** La enfermedad puede comenzar de forma súbita o de forma progresiva. El tipo de adaptación familiar dependerá del tipo de enfermedad. En algunos casos, esto implica grandes cambios en poco tiempo, lo que requiere que la familia se movilice rápidamente y sepa organizar a los integrantes según sus capacidades. Algunas familias —por ejemplo— saben manejar mejor las cargas afectivas, tienen buena flexibilidad para alternar roles, resuelven las crisis de forma efectiva y utilizan recursos externos para lidiar con la

situación; otras familias requieren de un inicio gradual para adaptarse a las nuevas circunstancias.

- Curso: El desarrollo de una enfermedad puede adoptar tres formas diferentes: la progresiva, la constante y la episódica.
 - Progresiva: Se caracteriza por ir añadiendo síntomas poco a poco y, por lo mismo, se vuelve cada vez más grave. El individuo y la familia deben afrontar los efectos de estos síntomas, lo que desgasta y cansa paulatinamente a los cuidadores de la familia que deben modificar constantemente sus tareas. Idealmente, los integrantes de la familia deben intercambiar y adaptarse continuamente a nuevos roles para evitar el exceso de presión.
 - Constante: en estos casos, los pacientes presentan un síntoma en el inicio y, después, los síntomas biológicos se estabilizan. Puede haber recurrencias (nuevos síntomas o recaídas), pero la familia y el individuo se encuentran en un cambio semi-permanente que es estable y predecible. En la familia, la tensión no es constante.
 - Episódico: Se distingue por la ausencia de síntomas. La tensión de la familia se genera por la incertidumbre de no saber cuándo se presentarán los síntomas y por los periodos repentinos de crisis. La sorpresividad de la enfermedad requiere que la familia sea flexible y establezca distintas formas de organización.
- Desenlace: En un inicio, los integrantes de la familia no pueden saber si el trastorno será mortal o no. El desenlace sucede cuando la enfermedad crónica conduce a la muerte o a una situación crítica que puede producir un impacto psicosocial profundo. En este proceso es fundamental reconocer cuáles son las conductas de la familia. Desde la perspectiva psicosocial en la enfermedad crónica podemos distinguir tres fases: crisis, crónica y terminal.
 - Crisis: Esta etapa abarca desde que aparecen los primeros síntomas, se elabora un diagnóstico y se inicia el primer periodo de ajuste. En esta fase, la familia y la persona enferma deben aprender varias cosas, entre ellas cómo vivir con la enfermedad, con la incapacitación, con los hospitales y con los tratamientos. La familia necesita crear una comprensión de la enfermedad y adaptarse a los nuevos cambios mientras mantiene el diálogo entre el pasado y el futuro. Asimismo, los

integrantes deben reorganizarse continuamente durante las crisis y, ante la incertidumbre, desarrollar un sistema de flexibilidad.

- Crónica: Es el periodo de tiempo —corto o largo— entre el diagnóstico inicial, el periodo de reajuste y la tercera fase en la que aparece la posibilidad de muerte o empieza el proceso terminal. En esta etapa, hay cambios constantemente: es el día a día de la enfermedad. La habilidad de la familia para mantener una apariencia normal frente a la enfermedad crónica es una de las tareas claves durante este periodo.
- Terminal: En este estado, la familia tiene certeza de que la muerte es inevitable. Esta fase normalmente sigue los siguientes pasos: separación, muerte, duelo y vuelta a la normalidad.

Diferentes teóricos han indicado que no se puede tratar a la familia sin comprender su historia personal. Por ello, es central conocer sus patrones propios de adaptación y sus costumbres culturales basadas en tabúes, mitos, sistemas de creencia y otros aspectos a tomar en cuenta.

De igual forma, se debe estudiar el genograma y el tipo de enfermedad vinculada a la familia. El genograma es una herramienta valiosa que permite visualizar la historia familiar, incluye las relaciones, enfermedades, nombres, edades y muertes. Esta información, se organiza en un diagrama que muestra las conexiones y relaciones entre los miembros de la familia. En el momento en el que es posible hablar de estos aspectos, también es posible clarificar y anticipar conflictos no resueltos con el fin de llegar a acuerdos.

De acuerdo con la combinación del tipo de comienzo (agudo o gradual), el curso (progresivo, constante o episódico), el desenlace (fatal o no fatal) y la incapacitación (presente o ausente) se crean diversas tipologías de enfermedades. Cada una de estas tiene una pauta distinta de demandas psicosociales que dependen de sus características biológicas inherentes.

Este modelo sistémico permite comprender las características fundamentales de una enfermedad crónica en términos psicosociales. Además, permite la apertura de un puente entre lo biológico y lo psicosocial (Rolland, 2000). La contribución más sobresaliente de este modelo es la creación de un marco de evaluación y de intervención clínica para familias que tienen un integrante con enfermedad o discapacidad. Aunado a eso, este marco permite a los profesionales de la salud pensar y planear con más claridad y precisión: al entender las particularidades del comienzo, curso,

desenlace e incapacitación de la enfermedad —así como el grado de incertidumbre que enfrenta el sistema—, los especialistas podemos guiar a la familia con mayor facilidad, comprensión y empatía.

CAPÍTULO II

Sobre la infertilidad

La OMS describe a la infertilidad como «una enfermedad del sistema reproductivo masculino o femenino consistente en la imposibilidad de conseguir un embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección». Esta misma organización ha expuesto que, actualmente, existen en el mundo aproximadamente 50 millones de parejas con problemas de fertilidad o dificultad para concebir. En otras palabras, 15 de cada 100 parejas no logran embarazarse o llevar a cabo un embarazo a término. Empero, la definición que da la OMS describe específicamente la infertilidad primaria. La infertilidad secundaria se produce cuando, después de haber conseguido un embarazo y haber atravesado un parto satisfactoriamente, el paciente no consigue llevar una nueva gestación a término.

Vale recalcar el uso de la palabra *enfermedad* en la definición brindada. La OMS entiende como enfermedad «la falta de salud, entendiéndose como la falta de bienestar físico, psíquico y social». La infertilidad, no obstante, no es un padecimiento físico, ya que no hay alguna manifestación o síntoma físico que nos revele que una persona es infértil hasta que esta intenta tener un hijo y no lo consigue (Moreno, 2010). Sin embargo, sí existe un desorden psíquico que afecta emocionalmente a la persona. Por lo tanto, podemos decir que —de acuerdo con la propuesta de salud de la OMS— la infertilidad pertenece a la categoría de enfermedad, pero se trata de una predominantemente psíquica y social, y en menor medida física (Moreno, 2010).

Causas de infertilidad

Dolz (2019) comenta que existen diversos elementos de la salud que pueden verse afectados y que contribuyen al problema de la infertilidad. Los más comunes y los que usualmente se conocen en el ámbito médico son:

Factores femeninos:

- Trastornos de tipo hormonal
- Peso extremadamente alto o bajo
- Exceso de ejercicio
- Estrés extremo

- Problemas ováricos
- Diabetes
- Menopausia precoz
- Altos niveles de cortisol
- Problemas en el tracto reproductivo (bloqueo o anormalidad en trompas, fibromas, pólipos en útero o endometriosis)
- Fumar, consumir bebidas alcohólicas o emplear drogas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Enfermedades renales, hepáticas, VIH y hepatitis B o C

A pesar del conocimiento que se tiene de las posibles causas de la infertilidad, en muchas ocasiones los pacientes atraviesan por diversos estudios y pruebas exhaustivas antes de que el personal médico dé con el diagnóstico correcto o adecuado, por no mencionar los casos en los que el diagnóstico no llega a ser certero.

Factores masculinos:

En contraste con algunas creencias populares, los varones también pueden padecer alteraciones en el aparato reproductor y otros padecimientos que pueden asociarse a la infertilidad:

- Problemas en los testículos (glándulas que producen espermatozoides y testosterona)
- Infecciones como paperas
- Tratamientos contra el cáncer como radiación o quimioterapia
- Lesiones o cirugías que dañen los testículos
- Venas inflamadas alrededor de los testículos (este trastorno se conoce como varicoceles, y se caracteriza por la elevación de temperatura en los testículos que puede ocasionar una baja producción de espermatozoides)
- Enfermedades heredadas (genéticas) que puedan causar una deficiencia parcial o total en la producción, movilidad y calidad de los espermatozoides
- Obstrucción del conducto deferente que transporta los espermatozoides
- Deficiencias hormonales

La infertilidad puede ser femenina o masculina. En algunos casos, puede provenir de ambas partes de la pareja. Las causas pueden ser absolutas o relativas, es decir, pueden existir factores específicos y factores relativos. Por un lado, un factor específico es, por ejemplo, cuando una mujer no tiene una trompa de Falopio; o cuando un hombre tiene alguna condición en un testículo y su conteo espermático es muy bajo (Instituto Valenciano de Infertilidad, 2019). Por otro lado, los factores relativos se caracterizan por no presentarse de forma evidente. Por ejemplo, en los casos en los que la calidad del óvulo no es la óptima, pero que aún es posible obtener un resultado positivo y lograr un embarazo. Otro ejemplo podría ser cuando una de las trompas de una mujer no tiene la movilidad adecuada: esta condición puede dificultar la concepción, pero no es un impedimento para la gestación.

Datos estadísticos sobre la infertilidad

Para empezar, es importante mencionar que la infertilidad es una condición médica que puede afectar tanto al hombre como a la mujer, y que se caracteriza por la incapacidad de lograr un embarazo después de varios intentos regulares. Esta condición puede ser causada por factores hormonales o físicos, y puede superarse por medio de diversos tratamientos médicos diseñados para ayudar a la persona o pareja a concebir. Además, es relevante aclarar que la infertilidad no es lo mismo que la esterilidad, ya que esta última se refiere a la incapacidad permanente de concebir o de llevar un embarazo a término. Es decir que, mientras que la infertilidad puede ser superada, la esterilidad es una condición permanente.

Así pues, los trastornos de fertilidad o de infertilidad son muy comunes en la población. Se estima que un 15% de las parejas de todo el mundo atraviesa por este problema. Las causas de infertilidad difieren dependiendo de la zona. Por ejemplo, el retraso de la maternidad es la causa más frecuente de infertilidad en los países desarrollados; mientras que las infecciones o la desnutrición es la causa principal en los países en vías de desarrollo (Neuss, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México existen alrededor de 2.6 millones de casos de infertilidad. Además, se piensa que cada año se generan 180 mil casos nuevos (González, 2018). En Estados Unidos, el 6% de las mujeres de 15 y 44 años que han intentado concebir durante un año tienen problemas para embarazarse, el 12% de las mujeres en este mismo rango de edad tienen dificultades para llevar un embarazo a término (Centers of

Disease Control and Prevention, 2021). Algunos autores, entre ellos Pilar Dolz, informan que el estimado de casos de infertilidad alrededor del mundo es mayor al 9% (Dolz, 2019).

De las parejas con problemas de fertilidad, se estima que entre el 20% y el 30% de los casos se debe a una causa masculina. O sea, actualmente hay 30 millones de varones que padecen infertilidad en el mundo. Aunado a lo anterior, se cree que alrededor del 50% de casos de infertilidad son por condiciones femeninas. El porcentaje restante es causa de una combinación de ambos sexos (Dolz, 2019).

En cuanto a la fertilidad, se considera que las mujeres con menos de 30 años de edad tienen un 70% de éxito al intentar concebir y, generalmente, lo logran durante los primeros tres meses de intentarlo. Las mujeres mayores de 35 años tienen un 40% de éxito al intentar quedar embarazadas en el mismo periodo de tiempo (Ivy España, 2019).

No obstante, las repercusiones de la infertilidad no son ni deben ser estudiadas únicamente en términos estadísticos, sino también en un nivel personal, relacional y de pareja. La infertilidad es una realidad que se ve afectada por diversos factores, entre ellos, los cambios que se han producido en nuestra sociedad en los últimos años: los anticonceptivos, la obesidad, el tabaquismo y la incorporación de la mujer al mundo laboral han aumentado los porcentajes de infertilidad. Estos cambios sociales, culturales y de estilo de vida se traducen en cada vez más parejas de entre 18 y 40 años (Ivy España, 2019) con problemas de fertilidad que buscan opciones de reproducción asistida.

La infertilidad a lo largo de la historia

La infertilidad es un problema social y médico que se ha entendido como una amenaza para la supervivencia de la humanidad a lo largo de la historia. En la época paleolítica, se contemplaba a la mujer como la procreadora. La evidencia de lo anterior son las estatuillas femeninas con vientre y unos senos prominentes que mostraban los brazos y piernas en menor escala (Barcelona IVF).

En el periodo neolítico, se vivió el cambio de una sociedad nómada y cazadora a una más sedentaria y agricultora. Para las mujeres, esto les dio un rol más protagónico. En esta época, se estableció una conexión entre la fertilidad de la tierra y la fecundidad de la mujer. Por ejemplo, la penetración se comparaba con la siembra y la lluvia. Ya que tanto la mujer como la tierra producían vida y nutrían a la humanidad.

Tanto en Grecia como en Egipto existían imágenes para la veneración de diosas de la fecundidad. En Turquía, las mujeres realizaban rituales y danzas para que se les otorgara el don de la procreación. Los hebreos, por su parte, creían en la idea del pecado original, por lo que las mujeres gozaban de pocos derechos y libertades, e incluso podían ser rechazadas por los hombres. En esta cultura, la infertilidad se consideraba un castigo divino y este siempre se le atribuía a la mujer; la infertilidad masculina no era reconocida y el embarazo representaba un regalo de Dios.

En Roma y Grecia, el papel de los dioses era de gran importancia. Los habitantes creaban imágenes y textos relacionados con la sexualidad y representaciones fálicas que, además de fertilidad, daban suerte y protección (Barcelona IVF). En la Edad Media, la reproducción se consideraba necesaria, por lo que los médicos utilizaban diferentes recetas para curar la infertilidad atribuida a las mujeres. En algunos casos, se determinó que esta se debía a la obesidad o a la desproporción de los órganos genitales (Barcelona IVF).

En el Renacimiento, hubo un avance científico que cambió el rumbo de la medicina para siempre: el microscopio. Este artefacto nos permitió conocer los espermatozoides y otros organismos celulares. Con el paso de los años y el progreso tecnológico, la magia cedió su lugar a la ciencia. A finales del siglo XVIII, el cirujano escocés John Hunter realizó los primeros intentos de inseminación artificial humana que resultaron en el nacimiento del primer niño concebido intrauterinamente en 1785 (Guijarro, 2015).

En las culturas prehispánicas de América Latina, la fertilidad se representaba a través de diferentes deidades, símbolos y rituales, las cuales buscaban asegurar la continuidad de la vida y la abundancia de la tierra. Estas representaciones se manifestaban en la diosa azteca Cuatlicue, la cual simbolizaba la maternidad y la protección. En algunas comunidades indígenas de México se siguen realizando rituales de fertilidad como la Danza de los Voladores de Papantla de la cultura totonaca en Veracruz, México. Este ritual no se vincula específicamente con la maternidad, sin representa la conexión entre el cielo y la tierra, y simboliza la fertilidad, la abundancia y la renovación. (Museo Nacional de Antropología, México 2023)

Familias y parejas a lo largo de la historia

Antes de ahondar en los factores sociales que influyen en la infertilidad, es importante señalar cómo han evolucionado las ideologías, las actividades, las prioridades y las creencias de las familias a través de la historia. En el *Manual de Intervención Psicológica en Reproducción*

Asistida, Montserrat Roca y Vicenta Giménez (2012) hacen un recorrido histórico por la sociedad premoderna, moderna y posmoderna. A continuación, realizaremos una revisión de estas épocas de la historia de la humanidad:

Sociedad premoderna:

- Las familias permanecían en el campo y trabajaban la tierra.
- Los integrantes de una familia obtenían apoyo por parte de sus familiares. Estas eran familias numerosas.
- Las parejas eran elegidas por los progenitores de familia con el propósito de aumentar su poder económico a partir de la unión de tierras.
- Los hijos se consideraban como fuerza laboral para la casa y el campo. A su vez, fungían como un seguro para la vejez para los padres. Esta descendencia heredaba el nombre de la familia y sus bienes.

Sociedad moderna:

- Los inicios de la industria empezaron a disolver a las familias extensas.
- La llegada de los campesinos a las ciudades, que emigraron con el fin de buscar trabajo, contribuyó a la disipación de la familia como comunidad económica.
- Los hijos ya no eran vistos como una ayuda, sino como una carga. La presión adicional de alimentarlos se convirtió en una preocupación.
- Las parejas empezaron a formarse por los individuos implicados y eran avaladas por la totalidad de la familia.
- El hombre emprendió un camino individual con el propósito de mantener un trabajo remunerado fuera del ámbito familiar.
- La mujer se hizo cargo de las labores domésticas y de la crianza de los hijos, mientras que vivía una represión enorme de sus derechos en la que se encontraba al servicio de su esposo.

Sociedad posmoderna:

- En 1960, los hombres y las mujeres empezaron a experimentar los beneficios y las cargas de la individualidad en distintos grados.

- Actualmente, cada vez más parejas se eligen por amor y sin necesidad de la aprobación familiar.
- Las mujeres ahora tienen la necesidad y el deseo de ser independientes, pero también de mantener una convivencia perdurable con sus esposos y familiares.
- El matrimonio y la paternidad ya no se vinculan de forma natural. La mujer lleva a cabo el mismo trabajo que el hombre fuera del hogar, y le exige a su pareja que se responsabilice de las tareas que eran tradicionalmente femeninas (Roca y Giménez, 2012).
- La mujer actual puede contemplar la opción de tener una carrera profesional y un crecimiento personal, sobre la oportunidad de ser madre.
- Las parejas que deciden tener hijos no necesariamente lo hacen con una finalidad económica, como en otras épocas, sino por motivos emocionales que están vinculados con un sinnúmero de sentimientos y necesidades. Por ejemplo, muchas parejas buscan reproducirse para poder sentirse completos y capaces.

En los últimos años nos enfrentamos a un panorama de prioridades diferente. Las y los jóvenes —en su mayoría— prefieren formarse académicamente, prosperar en dicha carrera, trabajar, adquirir experiencia para poder nutrir sus conocimientos y asegurar un sustento financiero antes de formar una familia. Si bien las expectativas no son las mismas que en generaciones anteriores, es fundamental reconocer que la edad de la mujer es un factor determinante para su fertilidad. Se considera que entre los 20 y los 30 años las mujeres se encuentran en su etapa más fértil. En otras palabras, este es el periodo de tiempo en el que tienen mayores probabilidades de quedar embarazadas. Las mujeres, a diferencia de los hombres, nacen con una cantidad determinada de óvulos que van perdiendo con el paso del tiempo. A esto se le conoce como reserva ovárica.

Cuando una mujer llega a los 35 años, en la mayoría de los casos, cuenta con un porcentaje mínimo de reserva ovárica. Además, es común que estos óvulos ya no se fertilicen tan rápidamente, pues, con los años van perdiendo calidad y se dificulta el proceso de concepción. Cabe destacar que esta información no es universal, absoluta, ni determinante; ya que cada pareja, cada hombre y cada mujer es un caso particular. Empero, a lo largo de la historia médica se han encontrado ciertos patrones, así como excepciones. Por ejemplo, se ha observado a adolescentes, incluso menores de 15 años, que se embarazan en su primera relación sexual y a mujeres de 40 años que no tienen problemas para procrear.

CAPÍTULO III

Infertilidad y género

Sharon Hays en *Las contradicciones de la maternidad* dice que «las imágenes de los hijos, la crianza infantil y la maternidad no surgen de la naturaleza ni son azarosas. Están socialmente construidas» (Hays, 1998). El culto a la fertilidad de todas las culturas prehistóricas situó a la mujer, por su capacidad de gestar, en el centro de toda comunidad. Se tenía la creencia de que la mujer y la tierra eran las generadoras de vida y nutrición de la comunidad; se comparaba a la fertilidad con la germinación de la cosecha. En antiguas civilizaciones, la mujer que no lograba un embarazo era considerada como una persona inferior, se trataba de una deshonra para ella y para sus familiares, y representaba una maldición o castigo divino (Vita Fertilidad, 2019).

Los primeros años de vida de una persona son fundamentales a nivel biológico, cognitivo, social, emocional y psicológico. En esta etapa se van construyendo los esquemas y las estructuras que moldean nuestra percepción del mundo. Estos esquemas nos permiten asignar significados específicos a los acontecimientos que vivimos. Existen muchas creencias fuertemente arraigadas de cómo ser niña, ser niño, ser mujer y ser hombre que se empiezan a gestar en estas etapas tempranas.

Pilar Dolz dice que los seres humanos están permeados por la cultura. O sea, estamos moldeados por normas, valores, prácticas sociales, visiones e interpretaciones del mundo. Todas las personas tenemos formas y características específicas de ser, vestir, comer y hablar. Estas son las cosas que llamamos cultura, formas de ser y de pensar de una sociedad o de un grupo específico (Dolz, 2019).

Desde los primeros años de vida, en muchas culturas las mujeres se les enseña a ser protectoras y cuidadoras. Es por eso que juegan con muñecas y simulan que son madres. Desde entonces, la idea de la maternidad se impone como un mandato: las mujeres que lo siguen se le otorga cierto reconocimiento, mientras que las que no se les estigmatiza y señala por no cumplir con la norma patriarcal. Los mandatos de género también se despliegan sobre los hombres: estos deben de demostrar ser fuertes, valientes y proveedores. La cultura ha dotado de contenido las nociones de lo masculino y lo femenino. En este sentido, el género es un producto cultural aprendido, ya que no nacemos con él (UNFPA, 2006).

A pesar de que en los últimos años las mujeres han adquirido más derechos y han sido más valoradas socialmente, en muchos sistemas familiares actuales la madre-esposa sigue teniendo la responsabilidad de criar a los hijos. Aunque esta tenga otro trabajo, es ella quien cumple con las obligaciones de la casa. En cuanto al padre-esposo, la mayoría todavía trabaja y provee lo necesario para el hogar. Algunos se involucran en la crianza y educación de los hijos, pero por lo general su participación es una *ayuda* a su pareja, no una obligación por sus responsabilidades como padre (Hacer familia, 2022).

Asimismo, en los últimos años, la estructura y el funcionamiento de la familia han sufrido cambios importantes que se han arraigado a nuestra sociedad. En este sentido, uno de los cambios más evidentes es el incremento de la participación de mujeres en la fuerza laboral, causado por la necesidad de contar con más de un ingreso para subsanar las necesidades económicas de la familia de la clase trabajadora y para cumplir con las aspiraciones de movilidad social de la clase media (Walters et al., 1991). Otros cambios que se han insertado en las dinámicas sociales de la actualidad son: el incremento en el número de divorcios, el aumento de segundos matrimonios, la postergación tanto del matrimonio como de la maternidad hasta la mediana edad, y el desarrollo de una mayor consciencia de las mujeres sobre su propio cuerpo y sexualidad. Estas dinámicas, que han dado lugar a nuevas formas de estructurar familias, se deben en gran medida al empoderamiento de la mujer, y han provocado la modificación de las expectativas sexuales para ambos géneros y el reconocimiento del poder de la mujer para controlar su reproducción (Walters et al., 1991).

Sistemas de creencias socioculturales

Rolland afirma que «los sistemas de creencias desempeñan un papel fundamental en la configuración de la capacidad de respuesta y adaptación que una familia debe hacer frente a una afección crónica» (Rolland, 2000). Debido a que no siempre se logra el embarazo de manera simple y predecible, esto obliga a los individuos a cuestionar sus expectativas relacionadas con la paternidad, la maternidad y todo lo que involucran.

La procreación y tener descendencia tiene significados distintos para cada uno de los miembros de una familia y de la pareja. Para las mujeres, suele ser sinónimo de su desarrollo natural y de su función social de cuidado, afecto y crianza. En cambio, para los hombres, tiende a

relacionarse con sus deseos de poder, protección, seguridad, de ser proveedor y jefe de familia (Díaz, 2010).

a) Sistema de creencias en las mujeres

Muchas mujeres consideran la maternidad como la cúspide de la realización femenina. Esto no es casualidad, pues históricamente las mujeres han sido valoradas por su capacidad de gestar. Este deseo las lleva a buscar el matrimonio como un medio de valoración social, estado que les permite desempeñar las funciones que la misma sociedad les ha impuesto como vía para su realización personal (Revista de Psicología Iztacala, 2006).

Las mujeres tienen una responsabilidad social enorme, ya que son a ellas a las que les corresponde la reproducción de la especie humana. Esta responsabilidad también implica la preservación del sistema familiar. En otras palabras, la procreación es vital para evitar la disolución de la vida en pareja. Al interior de la pareja esto puede crear una crisis, tanto en el orden emocional como psíquico y sexual; la crisis surge porque la mujer siente una gran presión al ser la única capaz de generar vida, es decir, se siente responsable. Todo esto refuerza la idea de que la infertilidad es un evento principalmente femenino, aun cuando puede ser masculino o de ambas partes.

Como consecuencia, existe una predisposición a que las mujeres se sientan más vulnerables. Esto influye negativamente en su salud y afecta su estado físico, psicológico y social. Los síntomas negativos también son producto de las creencias y normas socioculturales establecidas por la sociedad en la que los individuos se desenvuelven (Moreno, 2010).

En general, las mujeres experimentan más tensión que los hombres frente a un diagnóstico de infertilidad: se trata de un sentimiento de expectación permanente que origina altas y bajas emocionales importantes. La incertidumbre de si se produce la ovulación, de si los óvulos son fertilizados, de si la división celular de los óvulos fertilizados se está dando correctamente, de si la transferencia de embriones tiene éxito, de si se consigue que el embrión se implante y otras circunstancias elementales para la creación de una familia están presentes constantemente y producen altos niveles de tensión. Todo esto puede suceder o no dependiendo de muchas variables que no están dentro de su control (Moreno, 2010). Esto no significa que los hombres no estén presentes durante un diagnóstico de infertilidad o durante el ciclo emocional que viven las mujeres. Los hombres pueden compartir estos sentimientos y sentirse involucrados emocionalmente, sin

embargo, todas estas señales, sorpresas y emociones surgen en el cuerpo femenino, lo cual las vuelve más vulnerables (Moreno, 2010).

En este sentido, es entendible que las mujeres se vean afectadas a mayor escala en un nivel emocional. Por un lado, se sienten comprometidas con la sociedad y con sus deseos de cumplir con un sinnúmero de ideas, mitos y costumbres. Por otro lado, cuando se requiere de un tratamiento de reproducción asistida, son ellas las que reciben los medicamentos y órdenes de los especialistas en fertilidad. Además de que se someten de manera física a distintas pruebas y análisis que pueden llegar a ser invasivas y dolorosas.

Algunos de estos procedimientos requieren una hospitalización. Este es el caso de las cirugías laparoscópicas, que requieren de anestesia general para poder observar si dentro de los órganos reproductivos femeninos existe alguna causa concreta de infertilidad. Otro caso es el de las fertilizaciones in vitro, que requieren de una sedación para la captura de folículos. Aunado a esto, se debe tomar en cuenta la administración de hormonas en grandes cantidades que son inyectadas diariamente por periodos prolongados y que pueden tener efectos secundarios. Estos son solo algunos ejemplos de procedimientos que pueden ser dolorosos a nivel físico y a nivel emocional. El dolor físico continuamente nos recuerda que estamos en una batalla, que estamos en la búsqueda de algo sin la certeza de saber si lo vamos a conseguir o no (Domar, 2002).

Alice Domar destaca que está comprobado que la mujer y el hombre tienen distintos modos de lidiar con el estrés de la infertilidad. El hombre trata de mantenerse distraído, ya sea en su vida laboral o en otras actividades; mientras que la mujer es más vulnerable y tiene mayor tendencia a desarrollar un cuadro depresivo, dado que se siente incompleta, defectuosa y culpable (Domar, 2002).

b) Sistema de creencias en los hombres

Los hombres, a diferencia de las mujeres, viven la infertilidad como un proyecto de vida frustrado. La paternidad representa una de las funciones sociales y culturales más importantes y esperadas; un diagnóstico de infertilidad obstaculiza este propósito. Por lo tanto, las dificultades masculinas para concebir son interpretadas como una anulación reproductiva; no solo por la incapacidad de embarazar a una mujer, sino también por la incapacidad de cumplir con una demanda impuesta por su género (Revista de Psicología Iztacala, 2006). Algunos estudios realizados en varios países de América del Sur plantean que:

La paternidad es un eje central de la masculinidad, la cual se vive como el momento del cierre juvenil y el paso a la adultez con la adquisición de una identidad pública como representante de su grupo familiar, de esta forma completa los requisitos para ser considerado un adulto en su totalidad. (Díaz, 2011)

Las concepciones arraigadas en la sociedad sobre los roles de género han establecido una dicotomía que se ha trasladado hasta la infertilidad. En estos casos, se suele responsabilizar a las mujeres por los problemas para concebir, señalarlas como responsables principales y enfocar la atención médica hacia ellas. Como consecuencia, esta visión limitada ha generado estigmas, presiones emocionales y expectativas desiguales. Sin embargo, en los últimos años el cambio de dinámicas sociales ha desafiado las normas de género y ha promovido el diálogo alrededor de la infertilidad masculina y de la infertilidad en general.

Desafíos éticos y sociales de la reproducción asistida

Además de los desafíos impuestos por el género y los sistemas de creencia socioculturales, las personas y parejas que han optado por la ruta de la reproducción asistida se enfrentan a un conjunto adicional de desafíos éticos y sociales que requieren de un análisis profundo. Por un lado, cuando se habla de tratamientos de fertilidad, la bioética juega un papel fundamental, ya que esta es la brújula ética que funciona como guía en la toma de decisiones que abarcan desde la concepción hasta el nacimiento. A través de una serie de principios y valores, la bioética sopesa la rectitud y profesionalidad de diversas circunstancias. No obstante, al tratarse principalmente de reflexiones y normas no concordadas, los individuos que atraviesan por un tratamiento de reproducción asistida pueden enfrentarse a diversos dilemas éticos. Cuestiones como la donación de gametos, la congelación de embriones, la gestación subrogada y la eugenesia plantean discusiones extensas, cuyas implicaciones pueden afectar la configuración de la sociedad y requieren de un marco legal que salvaguarde a todas las partes involucradas. Sin embargo, la regulación de la reproducción asistida varía considerablemente de país a país. Mientras que algunas naciones cuentan con marcos legales y éticos bien establecidos, muchas otras se enfrentan a vacíos legales y políticas poco cohesivas que pueden crear obstáculos tanto para los pacientes como para otras partes involucradas.

Al mismo tiempo, las responsabilidades éticas y morales derivadas de un tratamiento de reproducción asistida no solo conciernen a los pacientes y participantes activos del procedimiento, sino también al personal médico que los provee. Así, el equipo de profesionales de la reproducción tiene el deber bioético de no perjudicar a sus pacientes, buscar obtener su bienestar máximo, evitar

causar daños innecesarios, dar a conocer toda la información necesaria para llevar a cabo el tratamiento, gestionar la información de sus pacientes con confidencialidad y alinear su ética médica con la preservación de la integridad de los individuos a su cuidado. Asimismo, los pacientes tienen derecho a elegir activamente participar en la multiplicidad de procedimientos que conforman la totalidad de un tratamiento de reproducción asistida, así como de ser informados de los posibles riesgos, beneficios y alternativas que existen para aumentar sus posibilidades de éxito reproductivo.

CAPÍTULO IV

La reproducción asistida

La reproducción asistida (RA), también conocida como reproducción artificial, consiste en un grupo de técnicas y procedimientos que buscan facilitar la reproducción humana o llevarla a cabo cuando biológicamente no es posible. Las técnicas de reproducción asistida se utilizan para tratar problemas de infertilidad. Lo anterior incluye tratamientos de fertilidad que abarcan tanto los óvulos de una mujer como los espermatozoides de un hombre (MedlinePlus, s.f.).

Hoy, la fertilización in vitro (FIV) es considerada la técnica de reproducción asistida más común, conocida y eficaz (MedlinePlus, s.f.). Este tratamiento consiste en capturar y extraer los óvulos del cuerpo de una mujer y obtener una muestra de espermatozoides del hombre. Los óvulos, posteriormente, son fertilizados con los espermatozoides con el fin de producir embriones. Después, estos embriones generados en un laboratorio se colocan en el cuerpo de la mujer.

La primera fertilización in vitro llevada a cabo con éxito sucedió en la ciudad de Oldham en Gran Bretaña. Después de una investigación de más de 10 años, los investigadores Patrick Steptoe, Robert Edwards y Jean Purdy pudieron extraer un óvulo, fertilizarlo en un laboratorio y reintroducirlo en el útero de una mujer en noviembre de 1977. Así, en julio de 1978 nació Louise Brown, conocida como la primera *bebé probeta*.

A partir de este evento, se empezaron a buscar distintas alternativas para tratar la infertilidad. La ciencia ha avanzado a pasos agigantados en materia de reproducción asistida en la última década y los resultados han sido favorables, pues se han logrado altas tasas de embarazo. Las últimas estadísticas publicadas muestran que, del 2007 al 2017, en Latinoamérica han nacido 65,000 niños gracias a los tratamientos de fertilidad (Roca y Giménez, 2012)

La especie humana tiene un bajo potencial reproductivo. La fecundidad mensual máxima de una pareja joven menor de 30 años es igual o menor al 30%. Por lo tanto, en la población general, el 60% podría embarazarse en 6 meses, el 80% en 12 meses y el 90% en 18 meses (Reproducción Asistida 235, 2019).

Por otro lado, la reproducción asistida plantea desafíos sociales más allá del género y los sistemas de creencia, ya que se trata de procedimientos altamente costosos a los que solo una pequeña parte de la población tiene acceso. A pesar de que la desigualdad de clase no debería ser un impedimento para cumplir los deseos reproductivos de ningún ser humano, en muchos países

todavía no se cuentan con las mismas oportunidades para toda la población. Igualmente, aspectos como el financiamiento público o privado, así como los límites de la tecnología a la que se tiene acceso, todavía representan un obstáculo sustancial para las parejas y los sistemas familiares.

El proceso de la reproducción asistida (RA)

La primera vez que una persona acude a una clínica de reproducción asistida muy probablemente esté atravesando por un momento crucial, lleno de nerviosismo. Generalmente, se trata de personas o parejas que llevan intentando concebir de forma natural aproximadamente un año.

El propósito de la primera consulta es evaluar los antecedentes médicos y ginecológicos. El médico especialista realiza una serie de preguntas para obtener información sobre las condiciones genéticas y el historial clínico. El objetivo de esta valoración es obtener una imagen más amplia de la problemática y poder iniciar con las pruebas correspondientes. El especialista, entonces, solicita a los pacientes una serie de exámenes médicos que le darán la información necesaria para encontrar una posible solución al problema.

Los temas que se tratan en una consulta de fertilidad recaen en una esfera particularmente íntima. Es común que las parejas sientan incomodidad y pena al hablar de temas sexuales, o bien, cierta intromisión por parte del personal especialista. En algunos casos, incluso por cuestiones religiosas, las parejas no quieren compartir esta información. La empatía por parte de los especialistas en fertilidad es central para el éxito de la primera consulta.

Exámenes y pruebas médicas

Las pruebas y análisis que los médicos indican al inicio de este proceso son los siguientes (Instituto Valenciano de Infertilidad):

- **Laparoscopia:** Es un procedimiento en el que el cirujano puede ver —por medio de un laparoscopio— los ligamentos uterinos, las trompas, los ovarios, el útero y los órganos abdominales. Este procedimiento requiere de anestesia.
- **Histeroscopia:** Es un método que permite examinar el interior del cuello uterino y el útero de una mujer. Para este, se emplea un tubo delgado con una cámara, llamado histeroscopio, que se introduce por la vagina y envía imágenes del útero a una pantalla de video. El estudio sirve para visualizar el interior del útero y observar cualquier daño o malformación.

Asimismo, permite diagnosticar y tratar las causas de sangrados anormales, enfermedades del útero y otras condiciones (MedlinePlus, s.f.).

- **Histerosonografía:** Es una técnica de ultrasonido especial que genera imágenes del interior del útero. Para ello, se introduce una solución salina con el fin de medir la cavidad uterina. Con este procedimiento se pueden ver hemorragias, anormalidades uterinas e investigar el porqué de múltiples abortos espontáneos.
- **Seminograma:** Es un estudio que se realiza con el fin de conocer las características del semen, el número de espermatozoides presentes en él y su morfología.
- **Estudios de sangre:** Se realizan una serie de estudios sanguíneos para revisar las hormonas y sus alteraciones.

Hay un elemento adicional que causa un estrés constante en las parejas: el tiempo. Además del tiempo que las parejas llevan intentando concebir por su cuenta, los tratamientos toman tiempo. Es, por lo tanto, normal encontrar altos niveles de ansiedad que pueden convertirse en hostilidad, irritabilidad e incluso agresividad. Estos sentimientos son mecanismos de tensión y frustración (Moreno, 2010).

Técnicas y tipos de tratamientos

Existen diferentes técnicas de reproducción asistida. Cada una depende de las circunstancias particulares en la que se encuentre cada individuo (Instituto Valenciano de Infertilidad), pero entre las más comunes se encuentran las siguientes:

- **Coito programado:** Se realiza un seguimiento médico a través de un ultrasonido mediante el cual los médicos saben aproximadamente qué días son más efectivos para lograr un embarazo. Esta técnica consiste en recomendarle a los pacientes tener relaciones sexuales en los días con mayores probabilidades de concepción.
- **Estimulación ovárica:** A través de distintas medicinas hormonales, se estimula a la mujer para producir más óvulos. Esto aumenta las probabilidades de que un espermatozoide fecunde algún óvulo y de que alguno de los embriones producidos sea viable.
- **Inseminación artificial (IA):** Consiste en la introducción del esperma a la vagina con la finalidad de conseguir una gestación. De cada 100 ciclos en los que se emplea esta técnica,

13 resultan en un embarazo. De cada 100 parejas que completan cuatro ciclos, 60 logran concebir. Este procedimiento consta de tres fases:

1. **Estimulación ovárica:** Este procedimiento tiene como finalidad aumentar la cantidad de ovocitos maduros.
 2. **Preparación del semen:** Se seleccionan y se concentran los espermatozoides con más movilidad para aumentar las probabilidades de que alguno llegue al óvulo.
 3. **Inseminación:** Los espermatozoides se inyectan en el útero de la mujer en un consultorio médico.
- **Fertilización in vitro:** Consiste en la extracción de varios ovocitos femeninos para su fecundación en el laboratorio con espermatozoides obtenidos previamente. Después de la fertilización, el embrión es implantado en el útero de la mujer. Este procedimiento consta de 6 fases:
 1. Estimulación ovárica con hormonas inyectadas.
 2. Extracción de ovocitos, o bien, la obtención de ovocitos por medio de la donación.
 3. Fertilización de los ovocitos con espermatozoides. Esto puede darse de dos formas: La primera implica colocar a los ovocitos y a los espermatozoides seleccionados a poca distancia unos de otros. La segunda requiere de inyecciones intracitoplásmicas. Este último procedimiento se realiza en los casos en los que los espermatozoides presentan problemas de movilidad, morfología o volumen.
 4. Cultivo in vitro del embrión. Durante este periodo, el embrión pasa por diferentes estados de desarrollo. Generalmente, los embriones permanecen por tres días en cultivo, sin embargo, en algunas ocasiones es conveniente que se prolongue este periodo hasta el estado llamado *blastocisto*, que sucede a los 6 días de desarrollo.
 5. Transferencia embrionaria. Esta se puede realizar en el útero, o bien, en las trompas de Falopio. Se lleva a cabo vía transcervical y sin anestesia. Las tasas de embarazo con FIV son de alrededor del 50%, y del 60% cuando se emplean ovocitos donados.
 - **Congelamiento y descongelamiento de embriones:** Durante el cuarto paso de una FIV, es posible congelar el resto de los embriones viables que no serán transferidos inmediatamente. Esto permite preservarlos durante mayor tiempo y que estén disponibles

en el momento en que puedan ser requeridos. La tasa de éxito de transferencias con embriones congelados es similar al resto de los tratamientos, mayor a 40%.

Etapas en tratamientos con técnicas de reproducción asistida (TRAs)

Montserrat Roca y Vicenta Giménez afirman que, aunque ya existe mucha información sobre las distintas técnicas de reproducción asistida, todavía es difícil transmitir todo lo que representan: el desgaste que generan a nivel psíquico y los costos tanto emocionales como económicos implicados (Roca y Giménez, 2012).

Existen distintos tipos de procedimientos para realizar una TRA. En cada una de ellas, se procede de forma particular y se emplean medicinas específicas que responden a las características individuales de la pareja. Cada mujer reacciona de forma diferente y cada una tiene antecedentes distintos. Por consiguiente, el procedimiento se debe realizar de forma personalizada. Es importante mencionar que la complejidad de estos procedimientos se eleva progresivamente. Esto es, se empieza siempre por los pasos más sencillos y, después, por los más complejos e invasivos. A continuación, hablaré a más detalle de las fases de algunos de los procedimientos:

1. Estimulación ovárica

Esta es la primera fase de varios de los TRAs. Tanto en la inseminación artificial como en la fertilización in vitro se realiza este procedimiento que combina dos medicinas diferentes. Uno de estos medicamentos es el encargado de inhibir la labor de la hipófisis y, en consecuencia, los ovarios dejan de trabajar. Posteriormente, se aplica una hormona foliculoestimulante que tiene la función de producir más folículos de lo normal.

Una vez que se genera el ambiente adecuado en el cuerpo de la mujer, esta debe asistir a la clínica para dar seguimiento al proceso del crecimiento de los óvulos que se generaron por el impulso hormonal. Más adelante, cuando los folículos tienen un tamaño pre-ovulatorio, se induce la ovulación administrando un medicamento llamado Gonadotropina Coriónica Humana (GCH), que permite la extracción de los óvulos. En resumen, se estimula los ovarios y se provoca la ovulación para replicar un ciclo menstrual natural.

La inseminación artificial puede realizarse en un ciclo menstrual espontáneo, empero, la probabilidad de embarazo es mayor cuando se estimulan previamente los óvulos. La FIV, por su parte, también requiere de una estimulación ovárica anterior. Esta es necesaria para la etapa de

captura de óvulos que serán posteriormente fecundados en el laboratorio. La técnica de la estimulación ovárica es un procedimiento invasivo que implica otros pasos subsecuentes y, por lo tanto, más riesgos.

2. Aplicación del tratamiento de reproducción asistida

En la segunda fase de la FIV (independientemente de si se trata de la fertilización por cercanía o por ICSI), se cita a la pareja en el consultorio para realizarle a la mujer una punción folicular vía vaginal bajo anestesia o sedación, y para pedirle al hombre una muestra de semen. A continuación, el embriólogo se encarga de fertilizar el material genético en el laboratorio. Para ello, selecciona los espermatozoides en mejores condiciones y realiza el procedimiento adecuado. Mientras tanto, la pareja debe esperar de dos a tres días para saber el resultado del procedimiento: cuántos embriones lograron formarse y cuántos de ellos consiguieron desarrollarse correctamente (Instituto Valenciano de Infertilidad). Posteriormente, se cita a la pareja para realizar la transferencia embrionaria de un máximo de tres embriones. Si más embriones lograron desarrollarse, estos se conservan en congelamiento para que puedan ser utilizados en futuros tratamientos si así lo decide la pareja.

3. Espera de resultados

En esta tercera y última fase de los TRAs, la pareja tendrá que esperar de 15 a 17 días dependiendo del método empleado para conocer los resultados. Durante esta etapa, se le administran a la mujer fuertes dosis de progesterona para nivelar su producción y que esta sea la adecuada. Pasada la espera, se le realiza un análisis sanguíneo a la mujer para determinar si existe un embarazo.

CAPÍTULO V

Aspectos emocionales

Una persona que llega por primera vez a una clínica de fertilidad es porque anteriormente llegó a la conclusión de que necesita ayuda. Es frecuente que la pareja con problemas de infertilidad cargue con un bagaje importante de fracasos mensuales, de intentos secretos, de ciclos de esperanza y desesperanza. Para poder apoyar a estas parejas, es fundamental reconocer el mundo poco conocido y complejo en el que están inmersos. Un mundo que los obliga a tomar decisiones complicadas como parte de la vida cotidiana.

En estos primeros momentos de un tratamiento de fertilidad, las parejas entran en un estado inicial de *shock* emocional, que paulatinamente se va transformando en sentimientos de negación, confusión, temor, tristeza, aplanamiento emocional, incredulidad, culpa, excitabilidad e inquietud. Estos sentimientos, en la mayoría de los casos, pueden conducir al aislamiento social, a la culpa, a la ansiedad, a la depresión y a problemas en la relación de pareja.

Es evidente que un tratamiento de fertilidad conlleva una gran cantidad de emociones intensas y diversas. La esperanza, la incertidumbre, la ansiedad, la ilusión, el optimismo y el miedo son solo algunas de ellas. Además, a estas se les suman otros factores que modifican significativamente el estado emocional de la persona. La administración de medicamentos, por ejemplo, produce una serie de efectos secundarios entre los que se encuentra la irritación, la disminución de la tolerancia, la depresión, los dolores de cabeza, la distensión abdominal y el dolor de ovarios.

Desde que se realiza la transferencia embrionaria o desde que se realiza la inseminación artificial, la pareja debe esperar de 10 a 15 días para obtener un resultado. Este es un periodo de tiempo generalmente difícil y angustioso para la pareja, pues encarna ilusiones y esperanzas que están intrínsecamente relacionadas con el tiempo y el dinero invertido para conseguir el embarazo. En estas circunstancias, puede ser sumamente difícil mantener la calma y las emociones bajo control. Las mujeres, en la mayoría de los casos, entran en un estado de vigilancia absoluta: observan cada cambio y efecto en su cuerpo. La incertidumbre juega un papel enorme en este período:

Casi todas las mujeres suponen que van a poder tener hijos algún día, aun cuando no están seguras de desearlo, la capacidad de tenerlos es importante incluso para mujeres que no tienen la intención de utilizarla nunca. La capacidad de concebir y parir puede influir enormemente en cómo se siente la mujer consigo misma en un plano muy profundo. Así, pues, cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una desesperación y lo siente como una injusticia. (Northrup, 2007).

A pesar de que hay mucha información sobre este tipo de tratamientos, sigue tratándose de información teórica. Hay poca evidencia y pocos estudios sobre el desgaste emocional que sufren las personas que atraviesan por TRAs. El inicio de las dificultades para procrear supone un sufrimiento emocional cuya intensidad dependerá de causas personales y situacionales. Se estima que entre el 25% y el 65% de pacientes de TRAs presentan síntomas clínicos (Dolz, 2018). Estos son algunos de los padecimientos psicológicos que estos pacientes pueden llegar a desarrollar:

Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno que, bajo condiciones normales, tiene la función de mejorar el rendimiento y ayudar a la adaptación social, laboral y académica. Este estado común en todas las personas tiene el propósito evolutivo de movilizarlos en situaciones amenazantes (Roca y Giménez, 2012). Sin embargo, cuando la carga emocional excede la regular, como sucede durante un TRA, se convierte en un problema de salud que puede impedir el bienestar. Lo más conveniente es tratar este padecimiento lo antes posible, ya que puede llegar a desencadenar dos tipos de reacciones:

1. **Síntomas físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, alteraciones alimenticias, cansancio, tensión muscular, entre otros. Cualquier procedimiento médico puede generar incomodidad, no obstante, los TRAs pueden ser especialmente estresantes, ya que el tratamiento mismo puede ser una fuente de alteraciones emocionales (Roca y Giménez, 2012).
2. **Síntomas psicológicos:** Sensación de vacío, inquietud, agobio, sentimientos de amenaza y peligro, inseguridad, despersonalización, temor a perder el control, dificultad para tomar decisiones (Roca y Giménez, 2012). En casos más extremos, este padecimiento ha llegado a ocasionar locura y suicidios (Dolz, 2019).

Depresión

La depresión es otro padecimiento muy común en casos de personas con problemas para concebir. Esto se debe, principalmente, a que las habilidades de afrontamiento de estos pacientes son rebasadas por la realidad. En consecuencia, los miembros de la pareja pueden aislarse de sus redes de apoyo sociales o familiares. Asimismo, esto puede provocar dificultades en la unión y sentimientos de culpa. La frustración, la impotencia, la pena, la ira y la culpa empiezan a acumularse con el paso del tiempo, y son consecuencias emocionales que tienen su raíz en el diagnóstico (Instituto Valenciano de Infertilidad).

La alteración del estado de ánimo de cualquiera de los integrantes de una pareja genera cambios en su funcionamiento cotidiano. La unión que solía tener una comunicación más inhibida, ahora se enfrenta a discusiones, confusión en la toma de decisiones y resolución de problemas. Los cambios de humor pueden provocar problemas a nivel relacional, y la estabilidad de la pareja puede verse comprometida.

Dolz afirma que «la incapacidad para procrear puede propiciar otras enfermedades. Algunas de ellas podrían ser alteraciones en el sueño, dolores musculares, cambio en el apetito, cansancio excesivo y algunos otros signos de enfermedades somáticas ante situaciones de mucho estrés» (Dolz, 2018). Si describimos las principales características de la depresión, podríamos decir que esta consiste en la existencia de un estado de ánimo disfórico que provoca la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar actividades cotidianas.

Aunque la infertilidad es un fenómeno muy común en todo el mundo, las personas tienden a vivirla como una experiencia solitaria y silenciosa, raramente es percibida por los demás. Se trata de una crisis vital impactante, inesperada y que nadie imagina sucediéndole a sí mismo. En muchas ocasiones, existe un sentimiento de que la vida ya no será igual. Es en este punto en el que pueden empezar a identificarse los factores que estresan a las personas y sus parejas en diferentes áreas (Moreno, 2010).

Pérdida de control emocional

Muchas de las personas que atraviesan por un tratamiento de fertilidad tienen que enfrentarse a la situación de dejar todo el control sobre su futuro en las manos del personal médico. Este sentimiento suele venir acompañado de otros como el fracaso personal y la culpa. Cuando uno de

los miembros de la pareja es el que está imposibilitado biológicamente para la procreación, estos sentimientos tienden a agudizarse aún más (Instituto Valenciano de Infertilidad).

Manifestaciones sociales

La persona infértil suele tener dificultades para explicar en sus círculos cercanos cuáles son sus problemas reproductivos. Esto se debe, en gran medida, a que todavía existen muchos mitos y tabúes alrededor de la infertilidad. Por ejemplo, en el caso de los hombres, los estigmas tienen que ver con la virilidad, por lo que tener una incapacidad para procrear atenta contra esta masculinidad (Instituto Valenciano de Infertilidad).

Manifestaciones de comportamiento

Algunos pacientes pueden presentar: estado de hipervigilancia, impulsividad, dificultad para actuar, dificultad para tranquilizarse y reposar. Estos síntomas son acompañados de cambios en la expresión y lenguaje corporal como: rigidez, tensión, cambios fuertes en las habilidades de resolución de problemas y los mecanismos para afrontar la realidad (Instituto Valenciano de Infertilidad).

Manifestaciones intelectuales o cognitivas

Las personas en TRAs también pueden mostrar: dificultad para prestar atención, falta de concentración, pérdida de memoria, preocupación excesiva, pensamientos negativos, sentimientos de confusión, tendencia a recordar cosas dolorosas, sobrevalorar pequeños detalles que no son favorables para el éxito del tratamiento (Instituto Valenciano de Infertilidad).

Culpa

Es un sentimiento común en la infertilidad. Las personas en esta situación pueden llegar a sentir culpa por decisiones tomadas en el pasado, por no haberle dado seguimiento a ciertos diagnósticos o condiciones de la adolescencia, por haberle dado prioridad a sus estudios, carrera y profesión; pero —sobre todo— culpa por no poderle dar al otro la oportunidad de ser madre o padre.

Paralización

Esta condición se caracteriza por provocar que las personas tomen distancia de sus seres cercanos por sentirse invadidos por pensamientos recurrentes de negación. Esto puede manifestarse físicamente en la pérdida del apetito y la dificultad para conectarse.

Anhelo

Existe una gran necesidad de concretar el deseo de ser padres y, al no poder realizarlo, se anhela fervientemente. Esto es reforzado por la publicidad: anuncios de ropa y juguetes para bebés. Además, las parejas que tienen amigos con hijos y que realizan frecuentemente actividades que giran alrededor de ellos pueden experimentar sentimientos de exclusión. Es común que sientan celos y rabia, al mismo tiempo experimenten culpa y vergüenza.

Desorganización y desesperación

Con frecuencia, un diagnóstico de fertilidad puede sentirse como un castigo. La falta de control, la ansiedad y la soledad pueden provocar que las parejas se alejen de sus amistades. Esto se debe a que sienten que nada ni nadie los puede ayudar, lo que a su vez genera una desesperación profunda.

Reorganización

Tiene que ver con la aceptación y la reestructura de la vida personal. Este período de tiempo puede tomar años, quizás de dos a cinco años. En algunos casos, puede no suceder nunca. Existen personas que sienten tal daño emocional que piensan que no pueden ser ayudadas y que jamás lograrán sanar y ser felices.

La Dra. Alice Domar —directora del Centro Domar para el cuidado complementario de la salud en Boston y fundadora del programa *Mente-Cuerpo para la infertilidad*— estudió a 120 mujeres que habían intentado concebir por uno a dos años. Dividieron este grupo de mujeres en tres grupos: uno de ellos participó en 10 sesiones de terapia cognitivo- conductual, otro en 10 sesiones de apoyo grupal y el tercero no recibió tratamiento psicológico alguno (Domar, 2002). El estudio reveló que las mujeres que recibieron apoyo psicológico presentaron tasas de embarazo significativamente mayores (55% y 54%) que aquellas que no recibieron apoyo alguno (20%). A

partir de estos resultados, Domar y otros investigadores se han dedicado a realizar nuevos estudios sobre el impacto del estrés en la fertilidad y el efecto de un programa de apoyo para aumentar las tasas de embarazo, así como para disminuir la deserción de tratamientos. Esta práctica clínica muestra, en resumen, que las mujeres menos estresadas tienen tasas de embarazo mucho más elevadas que las menos estresadas. Es decir, la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física. Por ello, es imperante brindar acompañamiento emocional y psicológico antes, durante y después de un TRA.

CAPÍTULO VI

Impacto de la infertilidad en la relación de pareja

La mayoría de las personas viven su vida imaginando el futuro. Piensan, por ejemplo, en tener cierto tipo de pareja, en si quieren tener hijos, en el número de hijos que les gustaría tener, la edad en la que les gustaría tener los, etc. El problema es que tener un hijo no es simplemente un deseo, sino una capacidad (Domar, 2002).

Pilar Dolz escribe que «la infertilidad constituye una relación de estrés crónico comparable con el divorcio, la muerte de algún familiar incluso una enfermedad crónica como el cáncer o el sida» (Dolz, 2019). Althaus, por su parte, comenta:

[...] hacia el interior de la pareja, aunque el impacto del desencadenamiento de una enfermedad o discapacidad varía según la etapa del ciclo vital en que se sitúe, presenta un común denominador, altera el balance y el tipo de relación y cambia al mismo tiempo las expectativas que dieron origen al compromiso de crear esa relación (Althaus, 1997).

Los patrones de comunicación se transforman y la relación se desgasta al no comunicar los temores que cada uno vive por miedo a herir al otro. En ese momento, la pareja se encuentra en una situación compleja, que en algunos casos se extiende por años. Muchos autores se refieren a esta etapa como una *crisis vital*, pues altera y desestabiliza el equilibrio emocional de la pareja. Esto genera desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión (Ávila Espada y Moreno Rosset, 2008).

Es evidente que la relación de pareja se ve comprometida desde el instante en el que embarazarse se complica y se debe iniciar un tratamiento de fertilidad. La vida cotidiana comienza a hacerse más mecánica y poco espontánea. Las mujeres, por ejemplo, tienen que ir una y otra vez a consultas médicas, realizarse diversas pruebas como muestras de sangre para revisar sus niveles hormonales, acceder a intervenciones quirúrgicas y tener relaciones sexuales en horarios estrictamente establecidos. Esto supone una alteración de la rutina diaria que afecta el bienestar físico, la comunicación y las relaciones interpersonales.

La infertilidad es una experiencia que involucra múltiples pérdidas y duelos para quienes atraviesan por ella: la pérdida de control en muchos aspectos de la vida, la pérdida de la continuidad genética y del enlace entre el pasado y el futuro, y la pérdida de poder compartir un hijo con la persona con la que construyes una vida. Al recibir un diagnóstico de infertilidad, la pareja se enfrenta a una serie de síntomas y sensaciones asociadas a la pérdida de un proyecto de vida.

Después del diagnóstico, lo más común es iniciar un proceso de duelo y transitar de manera no lineal por distintas etapas. La pareja se enfrenta a nueva información que debe incorporar a su proyecto de vida.

Proceso de duelo

Según Dolz, las etapas por las que atraviesa una persona o pareja con infertilidad son similares a las de un duelo común, con algunas variaciones según cada caso (Dolz, 2019). Cada mujer se enfrenta a pérdidas distintas —unas se enfrentan a problemas genéticos, otras no cuentan con una buena producción de óvulos, algunas no tienen una causa específica que determine su condición—, sin embargo, la mayoría sienten una pérdida al no poder embarazarse. Existen parejas que desconocen la causa de la infertilidad, otras que requieren de una donación de óvulos o espermatozoides para poder formar un embrión; pero la mayoría pasan por estas etapas de duelo:

1. **Shock:** Algunos especialistas denominan a esta etapa como *negación* o *aislamiento*. Es común que las personas que reciben el diagnóstico busquen una segunda opinión porque no pueden creer el resultado. Es común pensar que esta es una etapa temporal y que el problema se va a poder resolver.
2. **Enojo y búsqueda de culpables:** Esta es una reacción muy común en cualquier situación en donde un individuo o pareja sienten que han sido tratados injustamente, que han sido humillados o que han fracasado. La infertilidad causa todos estos sentimientos. Las parejas con este problema tienden a sentirse incomprendidos. La infertilidad es injusta, y sus cuerpos y mentes se sienten desgastados por los interminables estudios, tratamientos y estrés emocional. El resultado es el enojo como una respuesta a todas las circunstancias desagradables.
3. **Negación:** Esta es una fase en donde la pareja con infertilidad hace lo imposible para recuperar el control. Con este propósito, intentan negociar. Por ejemplo, pueden llegar a prometer cosas en el caso de que su problema se solucione.
4. **Depresión o incremento de ansiedad y de tensión:** En el largo camino de la infertilidad, persiste un sentimiento de abandono y desolación, ya que se cree que no existe solución al problema. Cualquier esperanza es sustituida por depresión e impotencia. La enorme carga emocional influye en la falta de objetividad en la creación de expectativas. Un comportamiento habitual en esta etapa es sustituir la culpa por acusaciones, con el fin de

no sentir responsabilidad alguna. En muchos casos, la culpa es dirigida a la pareja, al doctor o a cualquier otra persona a la que puedan canalizar su angustia. Este efecto de culpa tiende a ser muy dañino, pues carga de responsabilidad a personas en una situación en la que no hay responsables. Durante esta etapa, se ven amenazadas la seguridad de los individuos y el sentido de masculinidad y feminidad.

5. **Aceptación:** En esta etapa, la pareja puede comprender mejor lo que ha vivido durante la travesía. El problema no ha desaparecido, sin embargo, a nivel emocional ya tienen una idea más clara de a qué se enfrentan y cuáles son los pasos a seguir.

Es fundamental precisar que estas fases son parte del desgaste emocional que sufre la pareja al obtener un diagnóstico, iniciar un proceso de investigación médica y realizar los análisis clínicos correspondientes. Este diagnóstico, generalmente, implica que el siguiente paso es someterse a un TRA. Además de sufrir la pérdida de una gran ilusión, la pareja se enfrenta a una serie de decisiones que los impactarán de más de una forma.

Para William Worden —un referente en el estudio del duelo—, el duelo es un proceso y no un estado. Este proceso implica cierto nivel de esfuerzo para realizar las tareas de elaboración de un duelo (Worden, 2009). El duelo de la infertilidad puede ser complicado: no consiste en la aceptación de una sola pérdida, sino en el procesamiento de las opciones médicas, las decisiones de pareja, los sentimientos de ilusión y los fracasos de cada intento. Es un duelo que se repite constantemente. Un duelo donde, si el resultado no es positivo, el dolor, la frustración, el miedo y el fracaso volverán de nuevo.

Sexualidad: funciones y objetivos

Un diagnóstico de infertilidad incide en que la sexualidad —como aspecto central del ser humano— se convierta en un campo vulnerable y sensible al verse modificado. Según la Organización Mundial de la Salud, «la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales». Actualmente, se reconoce que la mayoría de las parejas con problemas de infertilidad experimentan una crisis sexual importante (Flores & Jenaro, 2008).

a) Vida sexual

Al enfrentarse a un diagnóstico de infertilidad, es común que la reproducción se convierta en la prioridad de la pareja. Por esto mismo, el único objetivo de todo encuentro sexual es el embarazo. El sexo, entonces, cambia de significado: lo que antes se hacía por placer, ahora convierte en un trabajo mecánico. Hacer el amor se transforma en hacer bebés y, por consecuencia, el sexo comienza a ser pautado por los días fértiles. Esto implica una pérdida de espontaneidad y una exigencia de rendimiento (Roca y Giménez, 2012). En muchos casos, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa, un recuerdo constante de la imposibilidad de concebir. La tensión que esta crisis implica puede generar conflictos en la pareja, que a su vez repercuten sobre el deseo sexual mutuo.

Pilar Dolz también explica que todo el proceso de diagnóstico, así como el de los tratamientos, puede interferir en la vida sexual de la pareja. Desde el momento en el que el propósito de la relación sexual cambia, esta puede convertirse en algo menos placentero. A consecuencia de esto, es normal que los integrantes de la pareja comiencen a distanciarse y, en ocasiones, presenten disfunciones sexuales (Dolz, 2018). A continuación, expondré algunas de las funciones que pueden llegar a cambiar cuando se recibe un diagnóstico de infertilidad:

b) Función reproductiva

El ser humano tiene la capacidad biológica de reproducirse y crear vida. Dentro de este concepto se engloban ideas, deseos, proyecciones y patrones culturales que el individuo crea alrededor de la paternidad y la maternidad. Además de la descendencia, existe la idea o fantasía de reproducir ideas y valores. Ante la infertilidad, estas ideas, proyecciones y fantasías quedan frustradas. El ideal de vida no se logra, en otras palabras, el deseo o sueño de la pareja tarda en llegar o quizá nunca llega.

c) Función afectiva y comunicativa

La sexualidad permite que la vinculación afectiva sea duradera e intensa, por medio de la interacción sexual recíproca y armoniosa. Asimismo, la sexualidad se asocia con el amor, los patrones de apego, la proximidad y las construcciones mentales que se generan alrededor de estas. Cuando surge un diagnóstico de infertilidad, la sexualidad se limita al coito y la penetración. Esto

reduce los comportamientos afectivos que pueden acontecer en un encuentro sexual. El encuentro se transforma en algo automático y, generalmente, carente de caricias, palabras y fantasías.

Con el paso del tiempo, esta situación genera un problema de comunicación más grande entre los integrantes de la pareja. Es común que uno de ellos no comparta el malestar emocional que siente con el fin de mantener la calma y no causar más daño. El vínculo de la pareja se ve cada vez más afectado y se debilita. Esto crea distancia y puede ser motivo de una separación.

d) Función erótica

A lo largo de un tratamiento de reproducción asistida, la calidad del sexo, el placer sexual y la satisfacción disminuye considerablemente. Poco a poco se extravía el sentido placentero de una relación sexual y se convierte en una obligación aversiva que carece de espontaneidad y erotismo.

Para las parejas, la relación sexual es un recordatorio de su incapacidad para reproducirse. Los días en los que la mujer está ovulando se convierten en días cargados de obligaciones preprogramadas. Así, se pierde el interés por las caricias y el juego en pareja. Además, dado que el orgasmo femenino no es necesario para lograr el embarazo, es común que las mujeres pierdan el interés por llegar a uno. Los cambios y comportamientos cambian; el ritmo y la frecuencia, también. Por último, las hormonas suministradas durante un tratamiento pueden afectar el deseo sexual y ocasionar una pérdida de interés fisiológico.

e) Función de identidad

Es posible que, al experimentar la infertilidad, las personas se sientan poco atractivas. Esto puede alterar a su vez el gozo sexual. Es frecuente que el hombre conciba este diagnóstico como un ataque a su virilidad, debido a las falsas creencias y mitos asociados a la esterilidad y a la disminución de la potencia sexual masculina. La mujer, por su parte, tiene la idea que «ser mujer es ser madre», por lo tanto, puede sentirse insuficiente, vacía y poco femenina.

f) Disfunciones sexuales como causa de infertilidad

Las disfunciones sexuales son problemas sexuales que entorpecen de manera significativa la satisfacción sexual de la pareja. Estos pueden deberse a alteraciones del funcionamiento psicofisiológico de uno o ambos integrantes (Roca y Giménez, 2012). Algunas de las disfunciones más comunes son las siguientes:

- En los hombres: eyaculación retardada, eyaculación precoz y disfunción eréctil (que impide la penetración).
- En las mujeres: vaginismo o contracción vaginal involuntaria (que provoca dolor durante el coito y lo dificulta).

Una baja frecuencia coital, por ejemplo, puede disminuir las posibilidades de gestación. También está la idea de que la elevada frecuencia coital o masturbación puede disminuir el recuento de espermatozoides y, como resultado, dificultar la concepción, sin embargo, no está comprobada científicamente. Algunos doctores sugieren no tener relaciones sexuales unos días antes del tratamiento porque así pueden maximizar las posibilidades de éxito.

La sexualidad es muy vulnerable a cambios emocionales, de comportamiento y del contexto de cada pareja. Cualquier malentendido, comentario y desbordamiento emocional puede ser un factor de discusión. En algunos casos, la relación sexual es una forma de exteriorizar el resentimiento y el enojo.

CAPÍTULO VII

Cómo se vive la infertilidad en el sistema familiar

Montserrat Roca y Vicenta Giménez escribieron que «la esterilidad nos desequilibra y nos vuelve extremadamente sensibles a los comentarios y consejos de los que nos rodean, en especial si valoramos sus opiniones» (Roca y Giménez, 2012). Una enfermedad no solo afecta a la persona que la padece, sino también al sistema familiar que reacciona como una unidad ante la perturbación. Por lo tanto, los comentarios que se generan afectan directamente tanto a la persona que atraviesa la enfermedad, como al resto de los integrantes del sistema familiar (Althaus, 1997).

Los tratamientos de fertilidad que no tienen éxito se viven como una pérdida confusa y silenciosa. En otras situaciones de pérdidas, el apoyo de amigos y familiares está disponible en todo momento, ya que nuestra sociedad y cultura cuenta con rituales y atenciones adecuadas a estas pérdidas, por ejemplo, los funerales. En cambio, ante la imposibilidad de procrear, nadie más puede apreciar la profundidad y la intensidad de la pérdida, lo que lleva a la pareja a aislarse. La falta de reconocimiento de las pérdidas asociadas con la infertilidad puede dañar las interacciones familiares.

Las relaciones interfamiliares se ven afectadas a lo largo del tratamiento por una falta de comunicación e interacción, pues se trata de tema íntimo y privado del cual se habla poco. La misma naturaleza del tema hace que la pareja o el individuo no comparta su problemática para no sentirse culpable (o para minimizar su culpa), pues en la mayoría de los casos tienen pena y se sienten expuestos. La opinión de terceros no expertos en el tema —sobre todo del círculo familiar más próximo (padres, suegros, hermanos y amigos) — suele provocar estrés y angustia.

Como lo menciona Rolland, cuando se presenta una enfermedad grave o incapacitante, la etapa del ciclo de vida determina significativamente el desarrollo de cada miembro de la familia (Rolland, 2000). Es importante no perder de vista que dentro de una misma familia se viven simultáneamente distintos ciclos de vida. Cada miembro del sistema experimenta sentimientos y significados distintos.

La falta de hijos involuntaria es una interrupción del ciclo de vida familiar. Se trata de una etapa en la que todos y cada uno de los miembros de la familia pasan de una fase de desarrollo a otra. En el proceso, desde una perspectiva tradicional se asumen nuevos roles y nuevas responsabilidades: las parejas pasan de ser esposos a ser padres; sus padres se convierten en

abuelos; sus hermanos se convierten en tíos; los sobrinos se convierten en primos, y así sucesivamente. La infertilidad es el obstáculo que bloquea estas transiciones normales y evita que todos los miembros de la familia asuman nuevos roles de desarrollo (Covington, 2002).

La interrupción de las transiciones normales de un ciclo de vida puede fomentar la mala comunicación y generar encuentros poco saludables entre familiares. Adicionalmente, los diagnósticos de infertilidad en muchos casos requieren de una reevaluación de los sistemas de creencia de los miembros de la familia. Por ejemplo, de la creencia de que los hijos *le deben algo* a los padres.

Los abuelos

Uno de los subsistemas de la familia que se ve afectado es el de los abuelos maternos y paternos. Los primeros ven a su hija sufrir las consecuencias de un anhelo no cumplido; los segundos ven a su hijo perder un sueño. Ellos mismos también son afectados, pues no pueden cumplir con su deseo de ser abuelos. Así, el deseo de los padres añade presión social a la pareja diagnosticada.

Por lo general, los padres de la pareja que desea tener hijos tienen más conocimientos sobre el embarazo y la crianza, que sobre la infertilidad. Además, es posible que las parejas no pidan ayuda a sus padres y mantengan la infertilidad en secreto. Muchos padres quedan paralizados por el dolor de sus hijos y se sienten impotentes. La infertilidad puede ser una afección compleja y difícil de entender para algunas personas mayores, lo que en ocasiones puede generar confusión o incomodidad (Peterson, 2016).

El hijo

Existen casos en donde la infertilidad es secundaria. Es decir, la pareja ya tiene un hijo o una hija y, sin embargo, no han conseguido otro embarazo. La infertilidad secundaria puede tener un impacto emocional tanto en los padres como en el hijo, especialmente si los padres sienten una gran presión de darle un hermano a su hijo. Estos hijos, en ocasiones, pueden resentir la falta de un hermano o una hermana, pero también pueden sentirse insuficientes para sus padres.

Hay culturas en las que aparece la pregunta «¿solo tienes uno?» una y otra vez. Esto demuestra que hoy en día todavía hay comunidades en las que los hijos únicos no son bien vistos socialmente. El hijo único que sabe de un historial de infertilidad de sus padres puede sentir culpa. Además, es común que este hijo único sienta presión por cubrir las necesidades emocionales de

sus padres y que tenga la sensación de no cumplir con sus expectativas. Es importante que los padres reflexionen y trabajen sobre estos duelos para que su hijo no cargue con algo que no le corresponde.

Es frecuente que los hijos únicos repriman sus emociones y desarrollen rasgos de hipocondría. Generalmente, son personas centradas en sí mismas que tienden a alcanzar expectativas elevadas. Son jueces muy estrictos consigo mismos debido a que no han tenido alguien con quien compararse en casa. La sobreprotección no ayuda a que el hijo desarrolle habilidades suficientes para tolerar la frustración, la paciencia y la capacidad de competir. El miedo a las separaciones le generan un apego excesivo a personas o a objetos, así como temor a ser abandonado o a dejar de ser querido. Por lo tanto, la crianza es una pieza fundamental que debe proveer los recursos de socialización necesarios que el hijo único requiere y evitar caer en la sobreprotección (Ruiz-Velasco, 2011).

En el *Journal of Reproductive and Infant Psychology* se concluyó que la infertilidad secundaria puede tener un impacto negativo en la dinámica familiar, especialmente si la pareja está experimentando estrés y ansiedad. Sin embargo, muchos hijos únicos de estas parejas tienen una vida feliz y saludable.

Amigos cercanos

Los amigos de la pareja son una parte indispensable de la red de apoyo social que necesita. De hecho, tener amigos hace más fácil superar situaciones difíciles. Es común que las parejas con esta problemática lo hablen con sus amigos, especialmente las mujeres. Sin embargo, cuando estos amigos consiguen tener un hijo, puede producirse un efecto de rechazo hacia ellos por la *envidia sana* y la confrontación que implica (Moreno, 2010).

Un embarazo ajeno es una de las situaciones más difíciles a las que se puede enfrentar una persona con infertilidad. Los embarazos de los amigos cercanos provocan una mezcla de sentimientos encontrados: una parte siente alegría por ellos, mientras que la otra tiene una sensación de envidia y vergüenza al mismo tiempo. Convivir con amigos y parejas que están embarazadas o ya tienen familia se vuelve muy incómodo. Es un recordatorio de lo que se desea y no se tiene, sin saber si se llegará a conseguir. Las pláticas entre amigos normalmente giran alrededor de los hijos, lo que produce que aquéllos que no pueden tenerlos se distancien para no

sentirse incómodos. Este aislamiento tiende a venir acompañado de sentimientos de soledad e incomprensión.

CAPÍTULO VIII: CASO CLÍNICO

El siguiente caso clínico tiene la finalidad y el objetivo de ejemplificar de manera más amplia y clara el tema de la infertilidad y sus efectos en el sistema familiar. Se trata de un caso reciente de una consultante que acudió a mi consultorio particular en la Ciudad de México en el año 2020. En este caso, se refleja cuánto impacta la infertilidad en la vida emocional tanto de la persona como de su entorno.

Primera sesión

El 19 de julio de 2020 llegaron a terapia particular, en formato virtual, Clarisa y Alberto. La pareja fue referida por una terapeuta sexóloga después de que Clarisa la buscó pidiendo ayuda profesional.

Motivo de consulta

La pareja relató que tenían problemas de fertilidad causados por una enfermedad genética que padece Clarisa. Este diagnóstico impactó el estado emocional de los dos: ambos afirmaron no saber cómo manejar la situación. Alberto enfatizó que quería ayudar a su esposa a estar más tranquila, pero no sabía cómo.

Caso

Clarisa tenía 28 años y era diseñadora gráfica. Trabajaba en una empresa de diseño desde hace 6 años y estaba casada desde hace tres. Alberto, por su parte, tenía 38 años y era comerciante de perfumes.

Mientras avanzaba la sesión, profundizamos más en la problemática. El problema principal era que Clarisa tiene un Síndrome de Bleoharophimosis, que heredó de su padre. Una de las características que puede tener esta enfermedad es dificultad para embarazar debido a una falla ovárica. La hermana de Clarisa padecía la misma enfermedad genética. Una de las particularidades de esta enfermedad a nivel físico es que sus ojos eran pequeños en comparación con el resto de su cara. Clarisa luchó con los síntomas de la enfermedad y sufrió rechazo por ella desde la infancia. Este síndrome, en su caso, ha sido asintomático, no obstante, en algunos casos como es el de ella, esta condición puede afectar a la fertilidad.

Tanto Paola, la madre, como Víctor, su padre, sabían que su hija podría tener alguna repercusión a largo plazo que se derivara de la enfermedad genética. Ellos prefirieron mantenerlo en silencio hasta el momento en el que Clarisa decidiera tener familia. Víctor falleció de cancer en el estomago cuando Clarisa tenía la edad de 19 años.

Después de 2 años de matrimonio, Clarisa y Alberto decidieron que era momento de buscar un embarazo. Al iniciar la búsqueda, consultaron a un ginecólogo que observó una deficiencia en la producción de óvulos de Clarisa, derivada de la enfermedad genética que padece. A pesar de que Clarisa se encontraba en edad reproductiva, su producción de óvulos era considerablemente baja. El médico les explicó que podía llevar a cabo un tratamiento de estimulación ovárica, y les recordó que no podía asegurar el éxito del procedimiento. El ginecólogo tuvo un trato muy amable con ellos, pues es familiar de Paola, la madre de Clarisa, y conocía perfectamente el problema genético de la familia. Además, el médico sugirió buscar una donante de óvulos para fertilizarlos con los espermatozoides de Alberto.

Hipótesis

Desde la primera sesión, parece que la consultante estaba desarrollando una depresión. Consideré que, quizá, sería necesaria la opinión de un psiquiatra. Sin embargo, no quise tomar decisiones hasta tener más información. Con el tiempo noté que, ante el diagnóstico de infertilidad, Clarisa había destapado otras pérdidas y momentos adversos que probablemente no había trabajado previamente y que seguían siendo motivo de dolor. Estas fueron las pérdidas observadas:

- El duelo del padre.
- No tener pareja cuando todas sus amigas ya tenían.
- Una situación económica inestable que se contraponía al costo de los tratamientos.

En las siguientes sesiones me di cuenta de que la infertilidad también estaba generando descontrol, ansiedad e inseguridad en distintas áreas. Noté que Clarisa:

- Físicamente se sentía insuficiente y con baja autoestima.
- Laboralmente se sentía mal pagada, pero no les comunicaba a sus superiores su opinión.
- Socialmente se había alejado de sus amigas. Pensaba que la iban a etiquetar y prefería vivir su proceso en silencio.

- Familiarmente no compartía su situación. Especialmente, con su familia política. Ponía distancia porque se sentía incomprendida. Adicionalmente, sus hermanos decidieron irse a vivir a otro país, lo que también le generaba una tristeza inmensa.

Desarrollo terapéutico

A partir de la segunda sesión, Clarisa empezó a asistir de manera individual. Afirmó que se sentía más cómoda de esta forma. Contó que sentía mucha confusión, coraje y una gran desilusión. Tenía la duda de si podría haber hecho algo respecto a sus óvulos de haberlo sabido antes. Se cuestionaba mucho si estaba o no en buenas manos con respecto al médico que la estaba tratando. Le surgían muchas dudas con respecto a la persona donante, el proceso que le esperaba y todo lo que implicaba no ser la mamá biológica de su futuro bebé.

En cuanto recibieron el diagnóstico, Clarisa lo platicó con su madre y sus hermanos. En ellos encontró un apoyo importante y mucha contención. Para Clarisa fue muy reconfortante ver la reacción de su familia: no se sintió juzgada y recibió apoyo emocional. Sin embargo, en la segunda sesión comentó que no quería compartir esa información con la familia de Alberto. Ni Alberto ni ella tenían una buena relación con esta parte de la familia, su relación era más bien distante y de poca comunicación.

En las siguientes sesiones, la observé rebasada y desbordada. El llanto y la ansiedad la acompañaban durante toda la sesión. Decía sentir dolor en el pecho la mayor parte del día. Pasamos varias sesiones en las que ella me narraba que constantemente le daban ataques de pánico y que no sabía cómo quitarse ese dolor.

Posteriormente, empecé a observar los signos claros de una depresión, que me hicieron pensar que necesitaba ayuda psiquiátrica. Me di cuenta de que no podía trabajar con ella: tenía sensaciones de miedo y tristeza recurrentes. Se lo comenté y, al escuchar mi opinión, Clarisa entró en conflicto. La paciente dijo que no se medicaría y que no quería volverse dependiente a un medicamento.

En las siguientes consultas le propuse realizar unos ejercicios alternativos de respiración para cuando se sintiera muy ansiosa y unas meditaciones guiadas para los momentos en donde necesitara sentirse más en paz. Le sugerí hacer ejercicio dos o tres veces por semana durante 30 minutos para ver si así podía sentirse más tranquila.

Clarisa intentó hacer estos cambios en su vida y empezó a mejorar su estado de ánimo, no obstante, no era suficiente. La presión en el pecho continuaba y tenía insomnio periódicamente. Además, tenía sentimientos como miedo, frustración, enojo y mucha tristeza. Le comenté que podía referirla con un psiquiatra de confianza y que podía establecer un canal de comunicación abierto con él para hacer equipo y darle más contención. Clarisa me pidió que hablara con su ginecólogo para explicarle lo que veía y poder estar en sintonía.

Antes de ir al psiquiatra, su ginecólogo le comentó a la pareja que podían realizar un último intento con los propios óvulos de Clarisa y los espermatozoides de Alberto. Para Clarisa, esto representó una esperanza, que también le dio un poco más de ánimo. Realizaron el tratamiento de estimulación ovárica, pero el resultado no fue favorable. Los ovarios de Clarisa no produjeron la cantidad de óvulos necesaria.

En algunas ocasiones, Clarisa verbalizaba lo siguiente durante las sesiones de terapia:

- «Me siento incompleta. Todas pueden, pero yo no.»
- «Siento que, en la vida, siempre he tenido que luchar mucho.»
- «Después de la muerte de mi papá, nunca creí sentir un dolor más fuerte, pero esto lo supera.»
- «Siento que la vida me dice que todas pueden, pero tú no. Siempre hay un *pero*.»
- «Tengo miedo de volver a hacer un tratamiento y que me rompan una vez más la ilusión.»
- «Siento que no voy a soportar este dolor.»
- «Siento que me cerraron una puerta para siempre.»

A principios de septiembre de 2020, Clarisa acudió al psiquiatra que le recetó un antidepresivo y un ansiolítico. No estaba muy convencida con el diagnóstico y con el medicamento, pero me comentó que solamente lo tomaría por unos pocos meses y, al iniciar el siguiente tratamiento, lo suspendería. Eso fue lo que acordó con el psiquiatra y me pareció una buena medida.

Clarisa empezó su tratamiento psiquiátrico y, a los pocos meses, pude percibir el resultado en las sesiones: podíamos profundizar en temas de los que antes le costaba hablar, podía conectar de una forma más profunda con sus emociones y eso nos permitía hablar de ellas. Trabajamos el duelo de su padre que murió cuando ella tenía 19 años, y habló de lo doloroso que fue. Me contó

que mantenía una relación muy especial y cercana con él, ya que se identificaba más con él que con su mamá.

Sus padres no tenían un matrimonio estable. Discutían constantemente, pero su madre se sentía segura de tener un esposo que a pesar de todo le ayudaba a resolver cuestiones del día a día. Se sentía acompañada y, juntos, se ayudaban a salir adelante. Nunca tuvieron estabilidad financiera. Todos en la casa de alguna manera u otra aportaban al ingreso familiar.

En otras ocasiones hablamos de su trabajo y de lo poco valorada que se sentía en la oficina. Le pagaban un sueldo considerablemente bajo para el tiempo que llevaba trabajando ahí. Comentó que ella hacía la mayor parte del trabajo y, sin embargo, sabía que sus compañeros tenían un mejor sueldo.

También habló de su grupo de amigas, mismas que ya tenían hijos y que sus conversaciones giraban en torno a los bebés. Varias veces le preguntaron si ella quería tener hijos, pero ella evadía la pregunta. En su interior, siempre pensaba «si supieran por lo que estoy pasando». Una de ellas quedó embarazada sin haberlo planeado y, aunque sintió gusto por su amiga, también sintió cierta envidia. Se sentía mal por tener ese sentimiento. Clarisa no quería hablar con sus amigas sobre su diagnóstico de infertilidad. Pensaba que compartirlo haría que la estigmatizaran y tampoco se sentía lista para compartir algo tan íntimo. Durante la pandemia, se distanció significativamente de su círculo social. Se veían pocos y ella cada vez se alejaba más. Cuando organizaban reuniones, Clarisa prefería no asistir.

Habló de una tía que cada vez que la veía le preguntaba «¿no se te antoja tener bebés?». A Clarisa le costaba trabajo entender por qué las personas eran tan invasivas e imprudentes con las vidas íntimas de los otros.

En octubre de 2020 me comentó que sus hermanos, Fredel y Marcos, se irían a vivir a Israel y que se encontraba muy nerviosa. Le preocupaba que su mamá se sintiera muy sola, pues sus hermanos todavía vivían en su casa. Marcos iba a hacer un examen con el que podría continuar su carrera de médico y empezar una especialidad. Si todo salía bien, este hermano tenía planeado casarse con su actual pareja. Fredel, por su parte, nunca sintió que realmente perteneciera a la comunidad judeo-mexicana. Se sentía excluido porque nunca había tenido parejas. Su mudanza a Israel era un intento de empezar desde cero. Clarisa narró la partida de sus hermanos como una pérdida más. Decía «no es justo que yo tenga que pasar por esto y, además, se van». Lo contaba

como un abandono y una carga emocional adicional. No podía mirarlo como una oportunidad para sus hermanos. Le generaba tristeza y le preocupaba mucho qué pasaría con su madre.

Conforme pasaron las semanas, la percibí cada vez más tranquila. Ya no rompía en llanto con tanta facilidad en sesión. Me pareció que estaba empezando a aceptar su condición, aunque todavía tenía muchas dudas y preguntas sobre su futuro. Pudimos hablar de otros proyectos que tenía en mente, como pedirle un aumento de sueldo a sus jefes.

Su ginecólogo ya había encontrado a una donante de óvulos, así que el siguiente paso era hacer la fertilización in vitro. Contaban con cuatro óvulos donados en perfecto estado, que congelarían para hacer la fertilización y realizar la transferencia en el momento adecuado. Clarisa tenía que empezar a prepararse física y emocionalmente para la siguiente etapa.

El psiquiatra comenzó a bajar las dosis de medicamento. En cuanto terminó, la empezaron a preparar para la FIV. El día de la transferencia, el doctor le dijo a Clarisa que su útero no estaba en un estado óptimo para recibir al embrión y que no quería llevar a cabo el procedimiento sin tener la certeza de que su cuerpo estaba listo. Para ello, le realizaron una laparoscopia con el fin de ver su matriz y entender sus ciclos menstruales. Clarisa se encontraba muy nerviosa. Todo lo relacionado con los hospitales y la hospitalización la transportaban al cáncer de su padre, y esto le producía dolor, tristeza y ansiedad.

Más adelante, en algunas sesiones, me comentó que se sentía muy nerviosa y con muchas dudas. Volvía a cuestionarse su genética y le hacía mucho ruido no participar en la biología del bebe deseado. Sentía una incertidumbre desmedida. Además, tenía miedo de ilusionarse y crearse falsas expectativas. Sentía mucho descontrol, pero —a pesar de todo— seguía realizando sus actividades cotidianas.

Clarisa sentía que había subido de peso y se sentía inflamada. Me comentó que se veía gorda en el espejo y que estaba muy sensible ante cualquier comentario. Esto lo relacioné con los medicamentos hormonales. Finalmente, los doctores lograron realizarle la transferencia. Mientras esperaba los resultados estuvo tranquila. Desafortunadamente, dos semanas después el resultado de la transferencia fue negativo.

Después de que le dieron el resultado, la vi para una sesión. Sorprendentemente, se encontraba tranquila. Me dijo que ella sabía que tal vez no lo lograría en el primer intento, pero que tenía dos embriones congelados para un segundo intento. Se cruzaron las vacaciones en el camino y pasaron dos meses antes de que volviera a iniciar un nuevo ciclo. Este tiempo fue muy

valioso porque me permitió trabajar en las sesiones temas importantes como su autoestima, el duelo por su padre, su relación de pareja y algunas cuestiones sociales y de amistades.

Algunas semanas después, el ginecólogo le pidió a Clarisa realizar un estudio para identificar cuál podría ser el día en el que su matriz se encontraría más receptiva, para maximizar las probabilidades de éxito del próximo tratamiento de FIV. Este examen consistía en una biopsia de útero que requería de una preparación previa con medicamentos administrados en ciertos días específicos del ciclo. Clarisa se preparó y tomó sus medicinas para el estudio. Le realizaron la biopsia en tiempo y forma. Sin embargo, cuando pidió sus resultados, los médicos en turno le dijeron que tenía que repetir el estudio. Clarisa siguió las instrucciones al pie de la letra y repitió el procedimiento.

Cuando inició el nuevo ciclo para llevar a cabo el in vitro, Clarisa buscó mantenerse ocupada. Estaba optimista y tenía una gran disposición. No obstante, la transferencia volvió a tener un resultado negativo. Volvió a la sesión justo después de enterarse de los resultados con una tristeza enorme. Me contó que, además de sentir tristeza por no tener el resultado deseado, su suegro se encontraba delicado de salud. Su esposo sentía una gran presión —tanto económica como emocional— pues además de vivir la enfermedad de su padre, no contaba con los recursos monetarios suficientes para gastos del hospital y los doctores.

En algunas sesiones, Clarisa comentaba que su esposo la apoyaba mucho emocionalmente, sin embargo, percibía que Alberto no tenía una red de apoyo sólida y comunicaba que no sabía cómo ayudarlo. Por su parte, Alberto empezó a transmitir cierto resentimiento hacía su familia provocada por una carga emocional que no quería compartir con su esposa para evitarle preocupaciones. Hasta mi conocimiento, Alberto no expuso estas dificultades a algún amigo o familiar.

Al mismo tiempo, Clarisa y Alberto experimentaron algunos cambios en su dinámica de pareja: sus relaciones sexuales se volvieron poco espontáneas, Clarisa comentaba que se peleaban por cuestiones de poca importancia y se respiraba un clima de tensión y angustia.

Al terminar el ciclo del tratamiento, se me transmitió que el ambiente ya se había relajado y se había abierto la puerta para platicar de otros temas y disfrutar del tiempo en pareja. Esta dinámica se repitió cada vez que se sometían a un nuevo ciclo del tratamiento. Eventualmente, Clarisa y Alberto optaron por no compartir con sus familias y amistades sus preocupaciones en su camino hacia la concepción por temor a las posibles reacciones o comentarios de sus allegados.

En última instancia, este miedo se tradujo en un aislamiento de su entorno familiar y social que repercutió en su bienestar integral de manera importante.

Clarisa, en ocasiones, comentó que los comentarios de su madre la ponían de mal humor. La hacía sentir que no estaba haciendo lo suficiente, lo cual naturalmente las distanció. Del mismo modo, me platicó que cuando vino su hermana de visita de Israel, le dijo que debería de pedir otra opinión. Clarisa se sintió atacada, sintió que su madre y su hermana la juzgaban sin saber todo lo que ella había vivido y sufrido. Después de algunas sesiones, concluyó que sí quería buscar a otro especialista en fertilidad para tener una segunda opinión.

Objetivos terapéuticos

- Nombrar la pérdida de una ilusión y un proyecto de pareja para trabajar en ello.
- Normalizar el sentimiento de descontrol.
- Acompañar el duelo por la pérdida del proyecto de vida planeado.
- Normalizar sentimientos de culpa, envidia, enojo y frustración por la infertilidad.
- Concluir que la condición no la representa ni la define como persona: Clarisa no *es* el problema, *tiene* un problema.
- Hacer equipo con otros expertos y estar en comunicación.
- Lograr que Clarissa esté en calma y pueda tener un proceso más tolerable.
- Generar seguridad haciéndole ver todo lo que sí puede controlar: ir a una cita médica, someterse a análisis, realizar un tratamiento, seguir indicaciones médicas, tratar su salud emocional en mi consultorio.
- Lograr que el paciente vea todo lo que sí ha logrado: tiene un empleo, tiene un matrimonio estable, cuenta con redes de apoyo sólidas, etc.

A lo largo de un año de sesiones semanales, las hipótesis fueron cambiando. El caso se fue haciendo cada vez más complejo. Clarisa era capaz de reconocer, trabajar y elaborar con más elocuencia y más profundidad. Podría decir que —aunque este proceso sigue todavía en curso— Clarisa sabe y conoce más sobre su diagnóstico de infertilidad, y que tanto Alberto como sus personas cercanas tienen más información para acompañarla.

Conclusiones personales

Al hablar de los objetivos de la terapia y plasmarlos en esta tesina, me he dado cuenta de todo lo que Clarisa ha trabajado y ha elaborado a lo largo de este difícil proceso. Estoy convencida de que la psicoterapia le ha ayudado a sentirse más contenida y con más orden en sus pensamientos. Como resultado, su estado emocional está menos desbordado, a pesar de no tener los resultados que esperaba respecto al embarazo. Esta conciencia emocional la ha ayudado a tomar decisiones y mantener la calma en la medida de lo posible. Normalizar sus pensamientos y emociones, y darle espacio para existir sin juicios ha sido clave para este proceso. Clarisa me ha hablado de la necesidad que tiene de trabajar en su capacidad para perdonar. Me comentó que quizá su madre debió actuar de manera diferente al saber el diagnóstico de su hija años atrás. Incluso cree que seguramente el doctor lo sabía y que su madre le pidió no decir nada.

Llevo trabajando con Clarisa por tres años. Aún no ha logrado embarazarse, pero tiene más recursos y herramientas para enfrentarse a los procesos y los resultados. El tema de la infertilidad es complejo y doloroso para las personas que lo padecen. Además, es un tema silencioso y silenciado, lo poco normalizado que está en nuestra sociedad genera mucha angustia, depresión, miedo e incertidumbre para quienes lo padecen. Es una situación que requiere de mucha fortaleza emocional. No es una cuestión de esfuerzo o de desempeño. La incertidumbre está siempre presente: no se sabe si se va a lograr o no.

Es cierto que cada persona reacciona de forma diferente de acuerdo con su personalidad y sus recursos emocionales. Sin embargo, la gran mayoría de personas que se enfrentan a un TRA se ven rebasadas y estresadas por sus problemas para concebir. Es un camino difícil y en ocasiones muy largo para recorrer. El apoyo terapéutico de un profesional especializado en el tema hace una gran diferencia, tanto en la parte emocional como en la toma de decisiones. Comprender las diferentes etapas por las que se enfrentan los consultantes ayuda a que tengan más claridad y conocimiento de su proceso. Asimismo, puede ayudar a aclarar las dudas que en ocasiones las pacientes no preguntan a su médico tratante.

He observado en todos los casos de mi práctica clínica particular que la infertilidad es casi sinónimo de perder el control. Por esta razón, normalizar los sentimientos que conlleva este proceso ayuda a los consultantes a sentirse más contentos y, por consiguiente, a tomar mejores decisiones. Cada caso que llega a un terapeuta profesional es único, por lo que las intervenciones deben adaptarse a las necesidades individuales de cada consultante. Tomar en cuenta los

antecedentes culturales, religiosos y espirituales de los pacientes es fundamental para realizar intervenciones que ayuden desde la empatía y el afecto a superar el duelo. Cuando se acude con un profesional y se trabajan de manera puntual los miedos, las dudas y las inquietudes; disminuyen los niveles de ansiedad, estrés y depresión. Con ello, es posible alcanzar un mayor autocontrol y mejores resultados en general.

Hablar de la infertilidad y normalizarla es medular para que las personas que atraviesan por este tipo de diagnósticos no vivan su tratamiento de forma solitaria y con un sinnúmero de culpas. Es una enfermedad y un problema de salud pública que, si fuera tratada como tal, los que lo experimentan sentirían más apoyo y podrían comprender que no están solos. Eso haría una enorme diferencia. Los profesionales de la salud muchas veces minimizan el dolor de sus pacientes e invisibilizan sus miedos. Trabajar desde la empatía y la comprensión es central en este tipo de tratamientos. Reconocer, reflexionar y empatizar son elementos claves para este proceso.

El cuidado de la narrativa

Para un terapeuta especializado en fertilidad, es importante familiarizarse con los términos y acrónimos del mundo de la infertilidad. Es imprescindible conocer las fases, los medicamentos, los procedimientos médicos y las funciones biológicas básicas por las que atraviesan los pacientes. De esta manera, podrán comprender la experiencia en un contexto más amplio y empático.

El lenguaje que se utiliza alrededor de la infertilidad requiere de un replanteamiento. Por ejemplo, en lugar de hablar de una «mujer infértil», se puede hablar de una «mujer afectada por la infertilidad». Esta elección de palabras despersonaliza la condición y reconoce que su identidad está separada de su condición. También se pueden emplear frases como «estamos pasando por un proceso», en donde el encuadre ayuda a determinar que el problema por el que transitan no es individual, es de la pareja. Este tipo de conjugaciones en plural ayudan a alentar a la pareja a trabajar en equipo. Además, este tipo de comunicación diluye la tensión y la culpa que tiene el integrante con el diagnóstico. También es importante mostrarle al paciente que, aunque no puede controlar su fertilidad, sí puede controlar sus emociones.

CONCLUSIÓN

La infertilidad es una experiencia con un gran impacto emocional, tanto en la pareja como en su sistema familiar. La incertidumbre juega un papel central en este proceso, y es esta misma la que puede desencadenar emociones como la ansiedad, la depresión y la preocupación financiera, que son comunes tras el diagnóstico. Este impacto se extiende a las relaciones interpersonales, donde la comunicación se vuelve más difícil, las discusiones son más frecuentes y el apoyo emocional puede verse comprometido. Por esta razón, la toma de decisiones respecto a los tratamientos de infertilidad suele ser complicada y requiere de un acompañamiento emocional para atravesarse.

Debido a factores emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés, un gran número de personas abandonan los tratamientos de reproducción asistida. La frustración por la falta de resultados positivos después de varios ciclos de tratamiento y los efectos secundarios de algunos tratamientos contribuyen a este abandono. Asimismo, es crucial reconocer que estos aspectos emocionales tienen un impacto significativo en el proceso de tratamiento.

Adicionalmente, la infertilidad puede perturbar la dinámica, la comunicación y las relaciones interpersonales dentro del sistema familiar. Sin embargo, el apoyo emocional, la comunicación abierta y la atención médica adecuada pueden ayudar a las parejas a superar estos desafíos. Es importante entender que no todos los sistemas familiares reaccionan de la misma manera frente a la adversidad, y que existen diversas formas de afrontarla. Algunos sistemas pueden desarrollar redes de apoyo que fomenten el crecimiento y el bienestar durante momentos de crisis.

En este sentido, un terapeuta familiar puede desempeñar un papel crucial dentro de un equipo médico, al aportar una perspectiva sistémica y diseñar intervenciones para favorecer el bienestar de la pareja y su familia. Esther Althaus sostiene que, para tratar enfermedades crónicas, es esencial contar con un equipo multidisciplinario que trabaje desde un enfoque biopsicosocial (Althaus, 1997). Por supuesto, esto también es aplicable a los tratamientos de infertilidad, donde la colaboración entre médicos, especialistas en reproducción, psicólogos, nutricionistas y la familia puede beneficiar significativamente a la persona o pareja.

En conclusión, es fundamental que las personas que enfrentan la infertilidad reciban apoyo emocional adecuado para procesar sus sentimientos, tomar decisiones informadas y manejar el estrés y la ansiedad asociados a las dificultades para concebir. El acompañamiento psicológico

puede fortalecer la relación de pareja, al permitirles compartir sus emociones y apoyarse mutuamente durante este difícil proceso. Por tal motivo, es imprescindible que el psicoterapeuta cuente con conocimientos suficientes sobre la infertilidad para poder proporcionar una atención integral y multidisciplinaria. Aunado a esto, es fundamental que los profesionales de la salud mental trabajen en colaboración con otros profesionales médicos para mejorar la toma de decisiones y abordar los desafíos emocionales de manera efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Althaus, E. E. (1997). *Circuitos Reverberantes: El Enfermo, Su Familia, Los Doctores y las Instituciones*. Chihuahua.
- Avila Espada, A. y Moreno Rosset, C. (2008). *Monografías*.
Barcelona IVF. *Historia de la infertilidad*. Consultado en <https://barcelonaivf.com/es/blog/general/infertilidad-historia>
- Centers of Disease Control and Prevention. (2021).
- Covington, S. (2002). When Infertility Strikes the Family: Helping the System Cope. *Resolve Family Building Magazine*. Consultado en <https://www.shadygrovefertility.com/article/when-infertility-strikes/>
- Desatnik Miechimsky, O. (2020). *Retos de la terapia familiar ante la diversidad de las familia*..Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
- Diaz Bernal, Z. (2010). *Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad*.
- Diaz Bernal, Z. (2011). *La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la fertilidad*. Revista cubana de salud pública.
- Dolz Castellar, P. (2019). Atención emocional en pacientes de reproducción asistida. *Desarrollo psicosocial*.
- Dolz Castellar, P. (2019). *Psicología de la reproducción asistida: aspectos teóricos y prácticos*. España.
- Dolz, P. (2019). Todo lo que debe saber el psicólogo de reproducción asistida. *Psicología de la reproducción asistida*. España.
- Domar, A. (2002). *Conquering Infertility*. Nueva York: Penguin Random House.
- Flores, N., y J. C. (2008). Papeles del psicólogo. *Terapia de pareja en infertilidad*. España.
- Fondo De Población De Naciones Unidas (UNFPA). (2006). *Igualdad y Equidad De Género: Aproximación Teórico-Conceptual*.
- Fruggeri (2016)
- González Vidal, M. (2018). Departamento de embriología. Facultad de Medicina UNAM.

- Guijarro Ponce, P. (2015). *Reproducción y fertilidad en el Renacimiento*. Consultado en www.reproduccionasistida.org
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
Instituto Valenciano de Infertilidad.
- Ivy España. (2019). *Fertility Rates and Infertility Statistics*.
- Maiposalud. (2009). Consultado en <https://maiposalud.cl/>
- Mariva Psicólogos Valencia. Apoyo psicológico en dificultades conceptivas o infertilidad.
- Mayo Clinic. (2019). Consultado en www.mayoclinic.org
- Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle : A Frame Work For Family Therapy*.
Nueva York: Pearson
- Medline Plus. Consultado en <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Minuchin, F. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S., Nichos P, M., y Lee, Y. (2007). *Evaluación de familias y parejas*. México: Paidós.
- Minuchin, S., y Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moreno Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid: Síntesis.
- Neuss, F. (2011). Consultado en www.reproduccionasistida.org
- Nichos P, M., y Lee Young, W. (2011). *Evaluación de familias y parejas del síntoma al sistema*.
México: Paidós.
- Northrup, C. (2007). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Barcelona: Urano.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado en <https://www.who.int>.
- Peterson, B.D., Newton, C.R. y Feingold T. (2016). *The Impact of Infertility on Family Relationships*.
- Reproducción Asistida 235. (2019). Consultado en <https://reproduccionasistida235.wordpress.com>.
- Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 36, núm. 3, 2010, pp. 198-203.
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana.
- Revista de la familia (2022). Consultado en <https://www.hacerfamilia.com/>.
- Revista Electrónica de Psicología Iztacala. (2006). Consultado en www.iztacala.unam.mx

- Roca, M., y Giménez, V. (2012). *Manual de intervención psicológica en reproducción asistida*. Madrid: Panamericana.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Spark, B., y McGoldrick (1989)
- Walter, M., et al. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J. W. (2009) *Grief counseling and grief therapy: A handbook for mental health practitioner*. Estados Unidos: Springer

GLOSARIO

Gestación Subrogada: Acuerdo en el que una mujer gesta un embarazo para que persona o pareja, renunciando a sus derechos maternales después del nacimiento.

Eugenesia: Selección y control de la reproducción para mejorar la calidad genética de la población, evitando enfermedades o seleccionando características deseables.

Donación de gametos: Donación de óvulos o esperma para ser utilizados en técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro o la inseminación artificial.

Bioética: Rama de la ética que examina los principios morales en la medicina, la biología y las ciencias de la vida, incluyendo la reproducción asistida.

Ética: Sistema de valores y normas que rige el comportamiento humano, incluyendo principios como la autonomía, la justicia y la beneficencia.

Responsabilidad ética: Obligación de actuar de acuerdo con principios y valores éticos en la toma de decisiones y acciones relacionadas con la reproducción asistida. Esto incluye respetar la autonomía de los pacientes, proteger la salud y el bienestar evitando daños.

Responsabilidad moral: Obligación de actuar con honestidad, integridad, empatía y respeto por la dignidad humana en la toma de decisiones. Respetar el bienestar emocional y psicológico de los involucrados. Considerar las implicaciones morales en la selección de gametos, embriones y gestación subrogada. Promover el diálogo y la reflexión, privilegiando el bienestar físico y emocional de los pacientes y los niños concebidos a través de la reproducción asistida.