



**Psicofertilidad:
abordaje biopsicosocial en tratamiento de fertilidad**

Alumno: Jeanette S. Blicher

Matrícula: (402) - 21336

Tutor: Dra. Mirta Laham

Mail: jsblicher@gmail.com

Indice

Resumen

Introduccion

Presentación del tema

Problema y pregunta de investigación

Relevancia y justificación de la temática

Objetivos generales y específicos

Alcances y límites

Antecedentes

Estado del Arte

Marco teórico

Capítulo uno: la infertilidad

Causas biológicas

Factores causales

Como consecuencia de la postergación

Malos Habitos

Capítulo dos: Principales tratamientos

Capítulo tres: Impacto psicológico de la infertilidad

Capítulo cuatro: Psicología de la reproducción: abordaje psicosocial

Conclusión

Referencias Bibliográficas

Resumen

La Organización Mundial de la Salud nombró a la infertilidad como una enfermedad silenciosa y su multicausalidad hacen casi imposible un diagnóstico prematuro fuera de la búsqueda de un embarazo. Con el pasar del tiempo, el quitar el estigma de quienes lo padecen y pensarlo por fuera del laboratorio típico del Modelo Médico Hegemónico, permitieron la aparición de la persona y su subjetividad. Quedan atrás las terapéuticas parciales, para pasar a una concepción biopsicosocial que enriquece y complejiza el trabajo interdisciplinario, sumando al psicólogo de la salud al tratamiento de fertilidad.

Palabras claves: *infertilidad, multicausalidad, tratamientos de reproducción, psicología de la salud, biopsicosocial, subjetividad, interdisciplinario.*

Introducción

Presentación

Desde el comienzo de la humanidad el culto a la fertilidad fue uno de los pilares sobre los que se rigieron las grandes civilizaciones, lo que explica por qué la infertilidad se ha llegado a considerar como una deshonra, como inferioridad, maldición o castigo divino; e incluso como motivo suficiente para la disolución de la pareja en culturas tan antiguas como la egipcia.

“Hoy se sabe que la infertilidad puede deberse a factores masculinos, a factores femeninos o una combinación de ambos; que afecta al 15 - 20% de las parejas en edad reproductiva y refiere a la incapacidad de obtener un neonato vivo en un ciclo menstrual determinado” (Olmedo, 2003). Más allá de esta definición técnica-estadística, la infertilidad se considera como la inhabilidad para procrear después de un año de vida sexual activa no protegida, la cual se puede manifestar, bien por la dificultad para lograr un embarazo o bien por la incapacidad de llevar el mismo a término.

Si bien hay factores que escapan al control de las personas, como la predisposición biológica, hay otros factores que sí se pueden controlar como las causas relacionadas al estilo de vida como son la obesidad o el bajo peso, el estrés, el tabaquismo o el consumo de drogas entre las más destacadas por los centros de salud. Por esta razón es importante mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio y controlar o, en el mejor de los casos, eliminar el consumo de alcohol y sustancias.

En una era de progreso tecnológico, se ha llegado a pensar en la infertilidad como una mera disfunción física a la espera de terapéutica médica o quirúrgica adecuada. Sin embargo, si bien este trastorno no representa un riesgo físico ni vital para el individuo, puede, y suele, tener un impacto negativo generando frustración y debilitando la personalidad, ya que la mayoría de las parejas consideran tener hijos como un objetivo de vida.

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones enfatizando la importancia de incorporar al psicólogo en los equipos interdisciplinarios de Reproducción Humana, ya que si bien la infertilidad no es una psicopatología, la búsqueda infructífera, el diagnóstico, tratamiento y sus resultados (sean los deseados o no), conllevan un alto impacto psicológico que puede traducirse en un amplio abanico de manifestaciones clínicas.

Problema

A pesar de la cantidad de autores e investigaciones que confirman el beneficio potencial del rol del profesional de la salud mental en la temática, tanto las instituciones médicas, como los pacientes muestran una cierta resistencia inicial a los programas de apoyo psicológico.

Pregunta de investigación

- ¿Existe un impacto psicológico en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad?
- ¿Cuál es el rol del psicólogo frente al sujeto con diagnóstico de infertilidad y su tratamiento?

Relevancia y justificación de la temática

A diferencia de una enfermedad crónica que en algún momento se manifiesta, la infertilidad puede permanecer silenciosa durante años e, incluso, toda la vida. Solo con el motivo de buscar un hijo y la incapacidad de gestar o llevar a término el embarazo es que surge el diagnóstico el cual, lógicamente conlleva repercusiones psicológicas y psicosociales importantes.

Tras el levantamiento del estigma que pesó durante años sobre los sujetos infértiles, los esfuerzos se concentraron en lograr revertir aquella situación que no se pudo lograr naturalmente vía asistencia médica. Sin embargo, el cambio de paradigma que dejó atrás el Modelo Médico Hegemónico y la nueva consideración del sujeto, (no sólo como un cuerpo) como un ser biopsicosocial es que se comenzó a prestar atención a los efectos secundarios de la infertilidad.

Hoy queda claro que la infertilidad y su intento de restitución vía la asistencia médica son, en principio, disparadores para un deterioro psíquico y social. Así como la investigación y el avance de la tecnología en materia de embriología y fertilización asistida lograron dar respuesta a una problemática cada vez más frecuente; la labor del psicólogo en el campo de la reproducción puede sumar a allanar el camino, aportando su saber al abordaje interdisciplinario.

Objetivo generales y específicos

1. Enumerar las múltiples causas de la infertilidad y los posibles tratamientos
2. Profundizar sobre el impacto psicológico del diagnóstico de infertilidad y del tratamiento de fertilidad.
3. Fundamentar la intervención psicológica.
 - 1.1. Desarrollar las causas biológicas de la infertilidad masculina y femenina.
 - 1.2. Identificar y analizar los factores sociales asociados con la infertilidad, en particular el ingreso de la mujer al ámbito laboral-profesional.
 - 1.3 Reconocer y destacar la influencia de los factores de estilo de vida relacionados con la infertilidad, entre ellos el estrés, los problemas de peso corporal, el tabaquismo, el uso de sustancias y fármacos.
 - 1.4 Diferenciar las diversas posibilidades en materia de tratamientos de fertilidad
- 3.1. Examinar la intervención psicológica durante la etapa diagnóstica
- 3.2. Detallar la intervención psicológica y el acompañamiento durante el tratamiento de reproducción
- 3.3. Enunciar la intervención psicológica en la etapa de resultados de los tratamientos de reproducción, sean los mismos positivos o negativos.

Alcances y límites

Si bien las nuevas leyes sancionadas en nuestro país tales como la Ley 26.862: ley de reproducción médicamente asistida (cobertura)(2013); Ley 26.743: de identidad de género (2012) y Ley 26.618 de matrimonio igualitario (2010); como así también la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y la Ley 26.150: Educación Sexual Integral (2006), han abierto las puertas a nuevos tipos de composición familiar y así el acceso de otros actores al proceso de reproducción asistida, esta investigación se centrará en la población de parejas heterosexuales en edad reproductiva sin presencia de psicopatologías asociadas.

Antecedentes

“Procread y multiplicaos” fue la orden que Dios le dio a Adán y Eva en el comienzo del libro de Génesis. Sea uno religioso o no, es innegable que a lo largo de la historia de la humanidad, la fertilidad se vio como un pacto entre lo divino y lo terrenal, con un único castigo para su incumplimiento: la infertilidad.

Ya en el Paleolítico se ensalzaba la figura de la mujer como procreadora, así lo atestiguan las estatuillas femeninas halladas en este periodo, figuras de pocos centímetros de altura, de piedra, que resaltan extraordinariamente el vientre y los senos, y en las que las piernas y los brazos son insignificantes y la cabeza carece de rasgos aparentes. (Fertility Madrid, 2018)

En el manual *Fertilidad y reproducción asistida* (2009), coordinado por la Mg en Ciencias Biológicas, María Teresa Urbina y el Ginecoobstetra especialista en medicina reproductiva, Jorge Lerner Biber; la ginecóloga Arpad Barany Konrad escribe sobre la “Historia de la reproducción asistida en Venezuela”. Allí, la médica explica que con la llegada del periodo Neolítico y el paso de una sociedad nómada y cazadora a otra sedentaria y agricultora, se vinculó la fecundidad de la mujer con la fertilidad de la tierra: al acoplamiento se lo comparó con la siembra y la lluvia, a la concepción con la germinación, a la gestación con la maduración y el nacimiento con la cosecha. “La mujer, como la tierra, es productora de vida y nutricia de sus criaturas”.

Desde la consagración a diosas de la fecundidad como ISIS, Cibele y Rea; danzas rituales basadas en movimientos de caderas y vientre; representaciones fálicas, ungüentos y preparados; las civilizaciones pasadas consideraban al embarazo como un regalo de los dioses y la infertilidad como un castigo divino atribuible a la mujer, desconociendo así (salvo en el Antiguo Egipto) la infertilidad masculina.

Durante la Edad Media, el aumento poblacional fue algo necesario por lo que los esfuerzos médicos se destinaron a diagnosticar el origen de la misma buscando las causas en la obesidad, la humedad y la desproporción o malformación de los órganos genitales.

Los profesionales del Centro de Reproducción Asistida madrileño, Fertility (2018), reconocen el Renacimiento como un periodo de progreso científico: en 1677 el holandés Anton van Leeuwenhoek, conocido como el “Padre de la microbiología”, sería el primero en visualizar espermatozoides; en 1779 Lazzaro Spallanzani, un sacerdote y fisiólogo italiano, comprobó que el embrión se desarrolla por encuentro real de óvulo y espermatozoide; en 1785 el cirujano escocés John Hunter recogió en una

jeringa caliente el semen de un comerciante con hipospadia y lo inyectó en la vagina de su mujer, realizando la primera inseminación artificial en un ser humano en la historia, con el resultado de un niño sano ese mismo año; y en 1884 en Filadelfia, gracias al desarrollo médico marcado por la Ilustración, se logró el primer caso confirmado de inseminación artificial con semen de donante.

La historia de la fecundación in vitro (FIV) tiene sus orígenes a finales del siglo XIX, concretamente en 1890, cuando Walter Heape transfirió exitosamente embriones de conejo. Heape recuperó dos embriones al lavar las trompas de una coneja fecundada horas antes y luego los transfirió a las trompas de una coneja de raza belga; de estos embriones nacieron seis conejos completamente sanos. No obstante, durante mucho tiempo persistieron las dudas sobre los resultados exitosos de la fecundación in vitro en animales, y fue hasta 1959 cuando se comprobaron inequívocamente, gracias a los experimentos de Chang también en conejos. Debido a los estudios de Heape, los científicos se mostraron más interesados en la posibilidad de cultivar embriones en laboratorio, y poco a poco fue perfeccionándose el estudio del desarrollo embrionario temprano. (Alvarez Diaz, 2007)

Con el siglo XX empieza a desarrollarse la Endocrinología Reproductiva, y en enero de 1961, el biólogo italiano Daniele Petrucci, de la Universidad de Bolonia, logró fecundar óvulos humanos en una probeta, marcando el inicio de la compleja y esperanzadora fertilización in vitro. Sin embargo, no fue hasta 1973, donde casi un siglo después de haber empezado a pensarse la posibilidad de crear vida de manera no convencional, el equipo de la Universidad de Monash, en Australia, consiguió el primer embarazo mediante técnicas de fecundación in vitro, que sólo duró unas pocas semanas.

Finalmente, tras un largo camino recorrido, el 25 de junio de 1978 nació en el Royal Oldham Hospital de Manchester (Reino Unido), Louise Brown, el primer bebé probeta (Deech, 2008). Sus padres científicos fueron el fisiólogo Robert G. Edwards, que en 2010 ganó el Premio Nobel de Medicina y Fisiología por su trabajo en fertilidad; el ginecólogo Patrick Steptoe; y Jean Purdy quien implantó el embrión de Louise en el útero de su madre, convirtiéndose en la primer embrióloga (Gianarolli, 2010).

En la década de los 80, los esfuerzos se centraron en poner en marcha protocolos de estimulación ovárica más efectivos, desarrollar técnicas de criopreservación de embriones y realizar los primeros ciclos de donación de gametos.

Si bien se tienen reportes de que la primera donación de semen se hizo en 1884, y de que su criopreservación comenzó hacia 1953, es hasta 1986 cuando por vez primera se produjo

el embarazo con un óvulo criopreservado. Las razones son evidentemente biológicas: resultó mucho más sencillo criopreservar sin dañar a una célula pequeña, prácticamente sin citoplasma, como lo es el espermatozoide, que a una célula tan grande con un metabolismo tan complejo en su estado de quiescencia, como el óvulo (Álvarez Díaz, 2007).

Sin embargo, para Urbina y Biber (2009) “las técnicas desarrolladas para solucionar problemas de fertilidad importantes como los factores masculinos severos o las enfermedades genéticas hereditarias, como el diagnóstico genético preimplantacional (DGP) y la microinyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), no surgieron hasta la siguiente década”.

Es innegable, como destaca el Médico sexólogo clínico; magíster en bioética Dr. Jorge Alberto Álvarez Díaz (2007) que la ciencia y la tecnología se desarrollaron vertiginosamente, sobre todo durante el siglo XX como consecuencia de los cambios socioeconómicos, políticos y culturales producto de las dos grandes guerras; teniendo así un impacto directo en la medicina. Sin embargo, en muchos casos los esfuerzos por dar respuesta a problemáticas puntuales quitaron del medio toda subjetividad, dejando a los individuos implicados en el lugar de meros conejillos de indias.

Estado del Arte

Es evidente el cambio conceptual de la infertilidad: desde un castigo divino, una enfermedad plenamente femenina, hasta llegar a hoy, donde se la entiende como “una crisis multidimensional que afecta a todos los sistemas (individuo, pareja, familia) y niveles (psicofisiológico, del sentido del self, de la relación con los otros)” . (Moreno Rosset *et al*, 2008).

Durante años, en los tratamientos de fertilización asistida se quitó el peso emocional que conlleva la decisión de tener un hijo y, más aún, de no lograrlo; para enfocarse plenamente en la tarea experimental de uno (espermatozoide) más uno (óvulo) = uno (embrión). Sin embargo, con el nuevo milenio un cambio de paradigma tocó la puerta de las unidades de fertilización asistida, pasando a un abordaje biopsicosocial.

Todos los tratamientos de alta complejidad requieren un seguimiento exhaustivo, en donde las mujeres deben inyectarse hormonas, en algunos casos, anticoagulantes, y realizarse, día por medio, ecografías para ver los resultados de la estimulación ovárica. Se trata de un control riguroso que, en la mayoría de los casos, es sentido como un examen absolutamente determinante. Los métodos antes mencionados promueven un cambio muy importante en la vida sexual de la pareja. Se trata de pautas que deben seguirse al pie de la letra para tener relaciones sexuales. Horarios, abstinencias, frecuencias determinadas, estudios que deben realizarse dentro de la primera hora después de haberse consumado el acto sexual sin poder higienizarse. (Goldstein, 2016)

Así, para la Licenciada en psicología Sandra Goldstein (2016), el seguimiento clínico imposibilita a la pareja de resguardarse y mantener su intimidad, quedando expuestos bajo la mirada examinadora constante de los profesionales de la salud y, donde la privacidad queda desdibujada.

El cuerpo se resignifica, comienza a percibirse como “fallado”, se convierte en “un objeto” manipulado por especialistas. El deseo consciente de tener un hijo puede encubrir otro deseo del que nada sabemos, resultando un impedimento que se manifiesta en el cuerpo a través de la imposibilidad de lograrlo. Las manifestaciones corporales son una manera de “hablar”, de transmitir aquello que no puede decirse con palabras. Una forma de sacar afuera lo que se encuentra dentro. (Goldstein, 2016)

Siguiendo esta línea y tomando a la Doctora Carmen Moreno Rosset (2008), la evaluación psicológica de los sujetos que se someten a dichos tratamientos se vuelve imprescindible con el mero fin de evaluar su impacto.

La Psicología de la Reproducción es una nueva disciplina de la Psicología de la Salud, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo. No sólo porque quizá pueda llegar a aumentar el éxito de los tratamientos médicos sino por la propia calidad de vida de estos pacientes que sufren tanto o más que otros pacientes con enfermedades crónicas mortales (Moreno Rosset, 2008)

Marco Teorico

Si bien los problemas para procrear existen desde el comienzo de la humanidad, solo un cambio de carátula destrabó siglos de tortura, vergüenza y discriminación, para reposicionar la figura del infertil y, así, comenzar con su tratamiento.

Se define como infertilidad a la falta de embarazo luego de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección anticonceptiva. Aunque en muchos casos no es posible evidenciar algún tipo de enfermedad o patología que la cause, el sufrimiento, angustia y desesperación que aquejan a las parejas imposibilitadas de concebir son situaciones reales que han llegado a considerarse un verdadero y frecuente problema a enfrentar por los profesionales de la salud. La esterilidad puede ser primaria, si la pareja nunca ha logrado un embarazo, o secundaria, si tras haber tenido un hijo o aborto, no logra volver a concebir; también puede ser de causa femenina si es la mujer la que padece la causa de la infertilidad o masculina si es el hombre el que la padece, o de la pareja pues ambos pueden tener dificultades que impidan lograr su objetivo. Aun cuando las estimaciones sobre su incidencia no son muy precisas y varían según la región geográfica, aproximadamente entre el 8,0 % y el 12,0 % de las parejas experimentan algún problema de este tipo durante su vida fértil, lo cual, extrapolado a la población mundial, representa entre 50 y 80 millones de personas. Incluso publicaciones más recientes citan cifras aún mayores y reconocen una tendencia general a la elevación de la incidencia de la infertilidad, que puede llegar al 20 %. (Rojas Quintana, Medina Tío, Torres Ajá, 2011)

Como explica el Centro de Fertilidad IVI, la especie humana se diferencia de las otras especies animales por no tener un alto poder reproductivo, estimando un 25% de posibilidad de embarazo en el momento de ovulación femenina, sumado a que, aproximadamente, 1 de cada 6 parejas será estéril. Cabe destacar que estos porcentajes conciernen a mujeres menores de 35 años, ya que a partir de esa edad el potencial reproductivo disminuye y después de los 40 años, la posibilidad de embarazo por mes es menor de 10%.

Con el avance de la ciencia y la tecnología las técnicas de reproducción asistida se han expandido. Hoy podemos hacer una primera gran distinción entre los tratamientos de Alta y Baja Complejidad. Los de baja son procedimientos de bajo riesgo que buscan aumentar las posibilidades de embarazo por ciclo. La estimulación ovárica consiste en administrar medicación por vía oral o inyectable para estimular la ovulación. De esta manera se logra mejorar la calidad de los óvulos y se pueden programar las relaciones sexuales a los fines de lograr mejores posibilidades de embarazo. Un segundo tratamiento de baja complejidad es la inseminación artificial, que consiste en colocar espermatozoides

(de la pareja o de donante) previamente seleccionados en el laboratorio dentro de la cavidad intrauterina en el momento en que la mujer está ovulando.

Las técnicas de Alta complejidad son aquellas que tienen como objetivo la unión entre el óvulo y el espermatozoide fuera del sistema reproductor femenino entre las cuales se encuentran la Fecundación in vitro (FIV), tratamiento de Reproducción Asistida en el cual se fertilizan las gametas (óvulos y espermatozoides) en el laboratorio (“in vitro”) para luego transferir los embriones al útero; y la Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) donde se inyecta un solo espermatozoide dentro del óvulo mediante un microscopio con micromanipulador.

Ambos procedimientos se realizan en el Laboratorio de Alta Complejidad, bajo condiciones ambientales estrictamente controladas de temperatura, pH, humedad, concentración de oxígeno y anhídrido carbónico, dentro de placas conteniendo medios de cultivo, en modernas incubadoras especialmente diseñadas para embriología humana. Con cualquiera de las dos técnicas utilizadas, si ocurre la fertilización y se desarrollan embriones (embriones de preimplantación o pre-embryones) son transferidos generalmente al útero, y en raros casos a la trompa de Falopio (Transferencia intratubárica de gametos -GIFT);, con el objeto de que continúen su desarrollo hasta adquirir la capacidad de implantarse en el endometrio (capa interna del útero). (Pregna, 2018)

Otras técnicas de alta complejidad más específicas son la Criopreservación de embriones que consiste en mantener los embriones a muy bajas temperaturas, deteniendo todas las funciones celulares, pudiendo conservarse en este estado durante varios años. De esta manera, los embriones criopreservados pueden ser descongelados y utilizados un tiempo después. La donación de gametos puede ser tanto de óvulos como de espermatozoides. Respecto a la subrogación del vientre una mujer acepta gestar y dar a luz al hijo de otra pareja o persona soltera. Los padres pueden aportar el propio material genético (óvulo y esperma) o en su defecto se recurre a un donante de óvulos y/o esperma. En Argentina no se realiza porque no existe una legislación que regule esta técnica.

La infertilidad obedece a múltiples factores que, aislados, quizás no tengan importancia para bloquear la fertilidad, pero que sumados podrían ser suficientes para hacer fracasar la reproducción. Conocemos ahora bastante bien que el factor psicológico es una causa de infertilidad. Pero, lo que no se conoce y comprende suficientemente es que la infertilidad per se puede generar respuestas emocionales que, a su vez, pueden desempeñar un papel destructivo en la infertilidad. Es decir, el factor psicológico puede actuar tanto como, causa y como consecuencia. El paciente usualmente evaluará su incapacidad para concebir no sólo como un

fracaso personal, sino también como un cuestionamiento de su propia sexualidad, lo que generará conflictos interiores difíciles de manejar. Ello se expresará sintomáticamente a través de ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa, desinterés sexual, retraimiento social y baja autoestima. Por otro lado, a nivel de pareja se hará evidente el deterioro del nivel de relación, que se expresará como recriminaciones mutuas que buscan externalizar la culpa, desajustes en su vida sexual en la comunicación, hostilidad, entre otras. De lo anteriormente expresado, podemos concluir que el factor psicológico puede intervenir en dos niveles: -a nivel individual, en donde intervienen factores especialmente relacionados a la personalidad de cada uno de los miembros de la pareja. -a nivel de pareja; en este nivel nos interesa estudiar a la pareja como un todo y, por lo tanto, pondremos énfasis en los aspectos de interacción o relacionales que organizan la vida de la pareja y que se expresan a través de pautas de interacción que se repiten de modo consistente. En otras palabras, en el primer caso estamos actuando a nivel intrapsíquico y, en el segundo caso, a nivel interaccional. En el primero nos interesa sus conflictos interiores y, en el segundo, la naturaleza de su relación. En el primero averiguamos quiénes forman la pareja y en el segundo cómo se relaciona dicha pareja. (Pacheco, De la Torre, 1998)

Está claro que para la mayoría de las personas afectadas, la incapacidad producto de la infertilidad es una situación traumática. Una importante crisis psicológica en la que han de enfrentarse al reconocimiento de la incapacidad unido al sentimiento de valía de uno mismo, construido por las representaciones sociales y los ideales propios y del entorno.

Otros estudios han concluido que la infertilidad afecta a la calidad de vida de las parejas siendo menor que la satisfacción experimentada por aquellos que no padecen este problema (Schanz, Baeckert-Sifeddine, Braeulich, Collins, Batra, Gebert, Hautzinger y Fierlbeck, 2005; Van der Akker, 2005). Con respecto a la relación de pareja, también se ha constatado que la infertilidad puede ocasionar dificultades en la relación marital, tanto en el ámbito afectivo como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso de la afiliación (Leiblum, 1997; Olivius, Friden, Borg y Bergh, 2004). En esta línea, Burns y Covington (1999) encontraron que la infertilidad alteraba la comunicación, hacía que disminuyera el interés por la pareja, empobrecía la relación sexual y podía provocar que los miembros de la pareja se replantearan seguir juntos. Pese a esto, otras investigaciones sugieren que la infertilidad aumenta la unión, el amor, el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos cónyuges (Callan, 1987; Pasch y Christensen, 2000). Factores como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital antes de la aparición del problema de infertilidad parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras la aparición del mismo (Cutrona, 1996;

Peterson, Newton y Rosen, 2003). Todas estas evidencias dan cuenta de la infertilidad como un problema complejo con una amplia variedad de manifestaciones y ante el que cada pareja puede responder de manera diferente. Tal variabilidad puede explicarse, de acuerdo con Gerrity (2001), por el tipo de infertilidad que presente la pareja, por el modo de afrontar el problema y por el rol que adopte cada miembro. Pese a todo, se afirma de forma unánime que la infertilidad es un problema que afecta a la pareja como entidad unitaria y que así debe ser tratado en terapia psicológica. Por tanto, es probable que aquellas parejas que presenten un buen ajuste marital, una visión compartida del problema y una adecuada comunicación entre ambos miembros afronten de manera más saludable su situación de infertilidad e incluso salgan fortalecidas de la misma, frente a aquellas otras para las que la infertilidad supondrá un problema de tal intensidad que ponga en juego su propia relación de pareja. (Robaina *et al.*, 2008)

El problema que plantea la infertilidad en la psiquis de los sujetos a los que afecta es tan complejo como la infertilidad misma, por lo que hoy no hay un único abordaje terapéutico. Como explica la Doctora Moreno Rosset, (2010) las distintas manifestaciones emocionales derivadas de la infertilidad pueden necesitar diferentes tipos de abordajes, incluso dependiendo el tipo de tratamiento que se deba llevar adelante. Por supuesto que las personas con mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos psicopatológicos son una de las poblaciones más vulnerables en esta situación; sin embargo, los tipos de infertilidad que precisan tratamiento con donantes de gametos, las cuales se conoce como “reproducción compartida con terceros”, suelen conllevar más implicancias psicológicas que físicas.

En cualquier caso, la evaluación psicológica determinará el tipo de acompañamiento más adecuado para cada situación y para cada sujeto; por tanto es fundamental el rol de psicólogo en los tratamientos de fertilidad.

Son diversas las alternativas de intervención psicológica desarrolladas en este nuevo campo de la Psicología de la Salud. Muchas adolecen de datos empíricos acerca de su eficacia terapéutica. (...) Además y como indica Solé (2000), “no basta con estudios clínicos controlados que miden la eficacia terapéutica, sino que hay que ser más práctico y medir la efectividad y en términos de costes, medir la eficiencia”. En la efectividad entra en juego la selección de los terapeutas, su formación y punto de partida profesional similar. (Moreno Rosset, 2010.)

Capítulo 1

La infertilidad

Ha de notarse que cuando intentamos profundizar en el conocimiento psicológico de la infertilidad nos encontramos con un sesgo serio: la inmensa mayoría de los datos con que se cuenta provienen de estudios realizados sobre personas que, encontrándose con problemas para tener hijos, se han acercado a un Centro Sanitario relacionado con la reproducción humana. (Llavona Uribebarrea, 2008)

El Dr Luis Maria Llavona Uribebarrea, quien durante más de quince años ha dictado la asignatura “Intervención en problemas de familia” en la Universidad Complutense de Madrid, trae en su análisis “El impacto psicológico de la infertilidad” la dificultad que representa para los investigadores acceder al colectivo de parejas infértiles por dos razones principales: o por el desconocimiento de tu su propia condición o por el “velo silencioso” que la cubre.

Desde un punto de vista físico, la inmensa mayoría de las personas que tienen este problema no presentan ninguna repercusión física negativa: no muestran síntomas específicos, no padecen ningún dolor, malestar, ni impedimento físico; ni corren riesgo de presentar otros trastornos físicos derivados de este problema. Así, muchas personas que son infértiles, pueden pasar gran parte de su vida, o toda ella, desconociendo si son “fértils” o “infértiles”, y disfrutando de una vida plena, ya vivan solas o en pareja. (Llavona Uribebarrea, 2008)

Causas biológicas

Desde lo fisiológico, el embarazo es la resultante de una articulación de procesos complejos. (...) para que pueda ocurrir deben darse varias condiciones: una adecuada concentración y movilidad de los espermatozoides, que el semen alcance el cuello del útero en la etapa preovulatoria y que el moco cervical presente características favorables para la migración y capacitación espermática. También, al menos una de las trompas tiene que ser permeable para que el óvulo liberado por el folículo dominante sea captado por las fimbrias tubáricas. La fecundación ocurre en la trompa y el producto debe llegar a la cavidad uterina para, finalmente, implantarse en el

endometrio. Cualquier modificación u obstáculo en alguna de estas etapas puede causar infertilidad. (Guía Sobre Fertilidad Para Equipos De Atención Primaria De La Salud, 2015)

Durante siglos se ha pensado la infertilidad como sinónimo de esterilidad. La incapacidad de dar frutos, llevado al plano biológico humano se traduce en la incapacidad de concebir. Con posterioridad se acuñó el término infertilidad para referirse a una persona que le resulta difícil lograr un embarazo o llevarlo a término tras intentarlo por más de un año sin métodos anticonceptivos, y afecta a más del 10% de las parejas en edad reproductiva que quieren tener hijos.

La infertilidad es considerada una disfunción biológica, o como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, una enfermedad crónica relacionada con la reproducción. A nivel corpóreo, esta deficiencia no afecta la integridad física ni provoca limitaciones a aquel que la padece; (...) Sin embargo, a nivel psicológico otras son las implicaciones porque los problemas derivados de las dificultades para reproducirse son de consideración. La infertilidad genera alteraciones emocionales de importancia si la pareja tiene como una de las metas principales de su vida el tener hijos, generando mucha frustración, ansiedades y humor depresivo. (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Este no es un problema de mujeres o algo relacionado con la edad. Hay múltiples factores que pueden conducir a la infertilidad, y esta puede afectar a personas de cualquier sexo y edad. Cuando a una pareja le cuesta lograr un embarazo, cualquiera de los dos (o ambos) tienen las mismas probabilidades de ser la causa. Considerando en porcentajes que aproximadamente un 40% son causas femeninas, un 35% masculinas, un 25% mixtas y el resto, sin razones aparentes.

Con el fin de llegar a un diagnóstico lo más exacto posible es que se analizan todos los factores que están asociados con la fertilidad de ambos miembros de la pareja ponderando cuatro puntos fundamentales: la ovulación femenina (dosaje de progesterona y biopsia de endometrio); integridad y funcionamiento del útero y trompas de falopio mediante ecografías transvaginales, histeroscopia, histerosalpingografía y laparoscopia; la correcta interacción de los espermatozoides con el aparato genital femenino a través de un test post coital; y la producción de espermatozoides mediante un espermograma.

Factores causales

Como se explica en la *Guía sobre Fertilidad para Equipos de Atención Primaria de la Salud* (2015), publicada por el ministerio de Salud y Presidencia de la Nación Argentina, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproducción Responsable; no todos los trastornos limitan la capacidad reproductiva de forma absoluta, sino que algunos “pueden disminuirla sin anularla”, razón por lo cual es mejor utilizar el término de “factor causal” en vez de “causa” para referirnos a los trastornos fisiológicos que pueden traer inconvenientes en la tarea reproductiva.

Como se describe en “El test poscoital. Infertilidad y medicina reproductiva” (Cohen, 1991) “Alrededor del 10 % de las parejas tienen problemas en la reproducción, los cuales pueden resultar por causas ginecoobstétricas endocrinológicas, inmunológicas y genéticas”. (Barrios Martínez & Méndez Rosado, 2014).

Dentro del primer grupo se destacan, el factor ovulatorio, el útero-tubárico-peritoneal, la endometriosis, la migración espermática y la evaluación seminal. En la revisión realizada por el MSc. Anduriña Barrios Martínez y el Doctor C. Luis Alberto Méndez Rosado y publicada bajo el título Enfoque de los principales factores causales en los trastornos reproductivos (2014) se explica:

El factor ovulatorio que resume el desarrollo, maduración y la ruptura adecuada del folículo está presente en alrededor del 20 % de las parejas. El factor útero-tubárico-peritoneal incluye el estudio de la integridad tubárica, la cavidad uterina y la presencia de adherencias pélvicas que comprometan la anatomía del aparato genital femenino. Este factor se observa aproximadamente en el 30 % de las parejas. La endometriosis es una afección que coexiste con infertilidad o sin ella y tiene una alta incidencia en pacientes con trastornos reproductivos (48 %). Si lo hace puede estar afectada la calidad de la ovulación, junto con la estructura y permeabilidad de los oviductos debido a adherencias e implantes. El factor de migración espermática incluye estudio de la relación entre moco cervical y los espermatozoides. Las alteraciones en estas variables encierran una reducción en el número y la motilidad de los espermatozoides y su desplazamiento dentro del moco cervical, los cuales son prerequisites para llegar a las trompas y fertilizar el óvulo. Esta situación ocurre aproximadamente en el 10 % de los casos con semen normal. En el factor masculino también incluye el estudio del semen. Se sabe que varias afecciones provocan alteraciones en la calidad y cantidad en la muestra de espermatozoides; entre estas causas se destacan: varicocele, infecciones genitales, traumatismo, cirugías, disfunciones y sustancias tóxicas, que ocurren en el 30 % de los individuos masculinos. Alrededor del 40 % de las parejas que consultan por problemas reproductivos presentan habitualmente una combinación de factores, es decir, un factor femenino combinado con trastorno masculino. (Barrios Martínez & Méndez Rosado, 2014).

Respecto de los factores inmunológicos y endocrinos los autores (2014) explican que “tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar anticuerpos que reaccionan contra los espermatozoides, denominados anticuerpos antiespermáticos que interfieren en la fertilidad”.

Entre las afecciones predominantes ocupa el primer lugar el síndrome de los ovarios poliquísticos, que afecta del 5 % al 10 % de las mujeres en edad de procrear y la hiperprolactinemia; como así también las amenorreas hipotalámicas funcionales, en relación con una restricción alimentaria, y los demás casos infrecuentes de hipogonadismo hipogonadotropo.

En relación a los factores que pueden afectar la disponibilidad folicular Barrios Martínez & Méndez Rosado (2014) destacan los problemas genéticos que incluyen anomalías cromosómicas, enfermedades autoinmunes, y ciertos factores socioculturales y de estilo de vida que pueden aumentar las probabilidades de presentar problemas de infertilidad como ser que han de ser desarrollados en los próximos apartados; haberse sometido a quimio o radioterapia; alta exposición a plomo o pesticidas; clamidia o gonorrea como así también antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI); lesiones en el escroto y los testículos; tener un testículo retenido.

Como consecuencia de la postergación

Para las mujeres latinoamericanas se ha incrementado la variedad de opciones para ser personas en la sociedad. Ser individuos es una obligación que requiere de orientación para establecer la diferencia entre lo actual y lo potencial. Ellas están forzadas a elegir o escoger entre más opciones de metas y roles, que rompen con lo que se había considerado innato, tradicional o correspondiente a las mujeres. En pro de su desarrollo como individuos, pueden y deben suspender hitos, como la maternidad y el matrimonio. (Montilva, M. 2008)

Montilva (2008), a través de una investigación respecto de la postergación de la maternidad en mujeres profesionales de Caracas y Santiago de Chile, como muestra de la población latinoamericana, encontró que la pérdida del carácter imperativo del matrimonio y la maternidad, como representantes de hitos indiscutibles y que hasta hace poco eran sinónimo del desarrollo individual; se convierten en actos de crecimiento de la responsabilidad.

En 1978 la escritora estadounidense, consultora de gestión y defensora de la diversidad, Marilyn Loden, creó la frase "techo de cristal" para referirse al papel de la discriminación de género en el lugar de

trabajo. El mismo fue tomado y expandido por la psicoanalista, Especialista en Género y Salud Mental, Doctora Mabel Burin quien no solo habló de aquel techo invisible que limita el crecimiento de las mujeres, sino que lo extendió hacia las fronteras como resultado de la globalización. Con todo, las autoras se refirieron así a las renunciadas que las mujeres deben hacer para uno u otro lado, eligiendo entre ser madres o profesionales.

El conflicto que se está presentando en la actualidad es que existe una masa de mujeres jóvenes que ya no están dispuestas a tales “sacrificios”, porque han tenido oportunidades educativas de nivel superior y experiencia laboral en trabajos que les implicaron una significativa satisfacción subjetiva. Pero el desarrollo de estos bienes subjetivos y materiales así obtenidos entra en contradicción con la crianza de los hijos e hijas y el despliegue de los vínculos de intimidad. (Burin, M. 2008)

Sea entonces por elección o por circunstancias de la vida misma, como no encontrar pareja o que la misma no esté interesada en procrear; da como resultado una postergación que puede tener consecuencias negativas, especialmente en mujeres, en futuras búsquedas. A diferencia de los hombres que producen espermatozoides a lo largo de toda su vida, los óvulos tienden a agotarse con la edad, por lo que un embarazo pasado los 35 años, resulta más costoso y riesgoso, aunque no imposible.

Según explicó el doctor Santiago Brugo Olmedo (2013), especialista en reproducción y director médico de SEREMAS en una nota para el diario Clarín:

Los números son claros. Del millón de óvulos con que nace una mujer, sólo quedan 400.000 en la adolescencia, el resto se agota durante la infancia. Cuando llega a la menopausia, sólo tiene 1.000, lo que muestra claramente que la fertilidad está condicionada por un reloj biológico que marca la disminución de los óvulos y el empobrecimiento de su capacidad para ser fertilizados. (Burgos Olmedo, 2013)

En suma, la posibilidad de elegir sí o no, cuándo, cómo y con quién; y la capacidad de realización personal por fuera de la maternidad llevan a la postergación de la misma, volviéndose en esta nueva era feminista, otra causa de infertilidad creciente, ya que no solo disminuye las posibilidades de éxito sino que:

aumenta el riesgo de padecer dolencias maternas del embarazo como preeclampsia, hipertensión y diabetes, al igual que anomalías cromosómicas fetales y pérdidas de embarazo. La posibilidad de un embarazo a los 40 años de edad es del 50 % respecto a mujeres más jóvenes, mientras que la incidencia de abortos espontáneos se duplica o triplica. (Barrios Martínez & Méndez Rosado, 2014).

Malos Hábitos

En *La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante* (2001), los médicos de familia Capitán Jurado y Cabrera Vélez, proponen una serie de averiguaciones respecto a la gestante y su familia, con el fin de promover hábitos saludables y prevenir malformaciones congénitas y bajo peso al nacer.

La mejor fuente de información será una historia clínica completa que incluya la valoración de rasgos demográficos, historia gestacional previa, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control, así como factores psicosociales y de estilos de vida. Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer. (Capitán Jurado, M., & Cabrera Vélez, R. 2001)

No hay investigación que no acentúe la importancia de los buenos hábitos a la hora de buscar hijos: los hábitos nutricionales, el consumo de cafeína, el abuso de alcohol, drogas; el tabaquismo como así también la exposición a tóxicos, riesgo laboral y del entorno familiar deben ser valorados.

En este sentido, Capitán Jurado y Cabrera Vélez sostienen que “en la evaluación preconcepcional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada”.

La OMS (2018) introduce el término “malnutrición” para referirse a “las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona”.

La obesidad es un problema de salud crónico, complejo y heterogéneo. Se caracteriza por un aumento de peso ligado fundamentalmente a la grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud de la persona, generándole un riesgo relativo mayor a padecer múltiples enfermedades y dificultades en la reproducción y fertilidad. Se estima que, en mujeres de la misma edad, la incidencia de infertilidad es hasta tres veces mayor en aquellas que padecen obesidad, siendo la obesidad central (tejido adiposo localizado que aumenta el perímetro

abdominal) la de peor pronóstico (Maheshwari et al., 2007). (Guía Sobre Fertilidad Para Equipos De Atención Primaria De La Salud, 2015)

A esto, los especialistas que trabajaron en la guía, advierten que la misma puede aumentar los riesgos asociados al embarazo; como así también sobre la capacidad reproductiva masculina la cual también se ve afectada por la obesidad ya que se puede presentar hiperestrogenismo asociado a alteraciones hormonales, sexuales y epidérmicas. (Mac Donald AA et al., 2009). De igual manera el peso excesivamente bajo trae sus complicaciones: por debajo de un límite crítico se asocia con la anovulación.

El hábito tabáquico en pacientes gestantes puede resultar un factor muy adverso para la salud del feto puesto que se asocia a bajo peso al nacer pudiendo producirse hasta una disminución de 200gr en el momento del nacimiento, incrementa el riesgo de parto pretérmino, abrupcio placentae, muerte fetal y abortos espontáneos, así como aumento del riesgo de infecciones del tracto respiratorio en el recién nacido. Existen datos que indican que el 10% de la mortalidad perinatal se podría deber al tabaquismo. Es prioritario desaconsejar su consumo. (Capitán Jurado, M., & Cabrera Vélez, R. 2001)

En relación a la infertilidad, el equipo coordinado por la Dra. Belén Provenzano Castro (PNSSYPR) y María Eugenia Otero (2015), sostienen que “las tasas de infertilidad entre las personas que fuman son significativamente mayores que en las no fumadoras. Los diferentes químicos presentes en el humo del tabaco están implicados en mecanismos que comprometen la fertilidad”.

Se habla de un empeoramiento de la madurez ovocitaria y de la calidad embrionaria; entre otras cosas aumenta la tasa de embarazo ectópico, disminuye el porcentaje de captación ovocitaria y a nivel uterino, disminuye su receptividad e implantación. En numerosos estudios se ha comprobado también que el tabaco disminuye la reserva ovárica (Zenzes, 2000). Además, puede disminuir la calidad, la cantidad y la motilidad de los espermatozoides, e incrementar el número de espermatozoides con anomalías. “Fumar también puede disminuir la capacidad de los espermatozoides de fertilizar los óvulos”. (Fertility and Sterility, 2012).

Si bien no pareciera existir riesgo en el consumo ligero y esporádico de alcohol, Capitán Jurado y Cabrera Vélez (2001) asocian la principal causa de retraso mental previsible al consumo excesivo de alcohol, explicando que esto en etapas tempranas de la gestación puede producir síndrome alcohólico fetal hasta en un 11%. Así mismo, los autores relacionan el alto consumo de alcohol a “muerte intraútero,

retraso del crecimiento pre y postnatal, bajo peso al nacer, alteraciones del sistema nervioso central (SNC) y alteraciones de la conducta”.

El consumo de marihuana, cocaína, heroína, cafeína, anfetaminas, LSD, entre otros, pueden producir daños en óvulos y espermatozoides y, en caso de embarazo, pueden atravesar la placenta y lesionar severamente al feto. El consumo excesivo de alcohol altera la absorción de nutrientes, entre ellos el ácido fólico, esencial para el adecuado desarrollo del sistema neural del feto. El consumo excesivo de alcohol ha sido asociado en la mujer a una alteración en la maduración ovocitaria, con las consecuentes alteraciones en la producción de estrógenos, ovulación y mantenimiento de fase lútea. En el hombre, el consumo excesivo conlleva alteraciones en la calidad del semen como la morfología y la cantidad, y alterando la producción de testosterona, con impacto en la maduración espermática (Jensen, 1998). (Guía Sobre Fertilidad Para Equipos De Atención Primaria De La Salud, 2015)

“El uso de cocaína en embarazadas ha sido asociado a numerosas alteraciones congénitas como malformaciones genito-urinarias, alteraciones cardíacas, oftalmológicas y de las extremidades, e incluso anomalías del SNC”, advierten los autores de *La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de las futuras gestantes*. (2001)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un conjunto heterogéneo de infecciones causadas por agentes patógenos que pueden ser adquiridos y transmitidos a través de la actividad sexual. Algunas de estas infecciones afectan la anatomía y la función cervical, endometrial y tubo-peritoneal, ocasionando un mayor riesgo de infertilidad y de embarazo ectópico. Por ejemplo, la clamidia y la gonorrea son los principales agentes etiológicos de la enfermedad pelviana inflamatoria (EPI), que como secuela del proceso infeccioso puede generar adherencias entre los diferentes órganos pelvianos, que llevan a una distorsión de la arquitectura pelviana y/u obstrucción de las trompas de Falopio. Todo esto contribuye a producir dificultades reproductivas por factor tubo-peritoneal. Estos gérmenes también pueden provocar orquitis, epidídimo orquitis y epididimitis, que pueden alterar la espermatogénesis y la anatomía de los conductos espermáticos. (Guía Sobre Fertilidad Para Equipos De Atención Primaria De La Salud, 2015)

Dentro de la valoración psicosocial que se propone llevar a cabo en el sistema de atención primaria es importante indagar sobre la exposición a sustancias tóxicas como plomo o pesticidas en el lugar de trabajo y el hogar ya que numerosos agentes producen alteraciones tanto en la espermatogénesis como en la ovogénesis, causando infertilidad.

El diagnóstico de infertilidad, ya sea ginecológico, endocrino, inmunológico y genético, no exime de efectuar una valoración completa en el estudio a la pareja infértil. Por todo lo antes expuesto se puede plantear que los estudios de las parejas con trastornos reproductivos deben ser enfocados por un equipo médico multidisciplinario para conocer origen, realizar pronóstico y brindar la opción reproductiva según corresponda. (Barrios Martínez & Méndez Rosado, 2014).

Capítulo dos

Principales tratamientos

En base a los informes realizados por la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva -SAMER- (2012), el uso de técnicas fue aumentando a través de los años.

La Reproducción Asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos destinados a favorecer el embarazo en caso de problemas de fertilidad masculinos, femeninos o ambos.

En los últimos años, esta disciplina médica ha ayudado también a mujeres que afrontan la maternidad de forma individual, sin pareja, y a parejas de mujeres, a ser madres. Estamos entonces ante una especialidad de la Medicina, que está creando nuevos modelos de familia.
(IVI)

Los tratamientos se pueden clasificar en técnicas de baja o alta complejidad. “Las técnicas de baja complejidad buscan la unión del óvulo con el espermatozoide dentro del aparato reproductor femenino” se explica en la página web de Fundación Huésped, mientras que, “las técnicas de alta complejidad también buscan la unión entre el óvulo y el espermatozoide, pero por fuera del sistema reproductor femenino”

La inseminación artificial (IA) es quizás una de las técnicas de baja complejidad más conocidas. Su objetivo es “respetar al máximo el entorno natural de los gametos” anuncia la página web oficial de IVI España. “Esta técnica consiste en la colocación de una muestra de semen, previamente preparada en el laboratorio, en el interior del útero de la mujer con el fin de incrementar el potencial de los espermatozoides y las posibilidades de fecundación del óvulo” (IVI).

Este procedimiento en contraposición de una relación sexual, aumenta las probabilidades de un embarazo exitoso ya que la muestra de semen fue tratada previamente en el laboratorio, se estimuló el ovario para controlar el crecimiento y maduración de los óvulos, pero además, al ser depositada directamente en el útero de la mujer, los espermatozoides deben recorrer una distancia menor hacia el óvulo maximizando la posibilidad de fecundación y embarazo.

Dentro de los tratamientos de alta se encuentra la Fecundación In-Vitro, más conocida como FIV, la cual:

consiste en la unión del óvulo con un espermatozoide en el laboratorio –in vitro–, con el fin de obtener embriones de buena calidad que puedan, tras su transferencia al útero

materno, dar lugar a un embarazo. Para llevar a cabo este procedimiento es necesario estimular hormonalmente a la paciente de manera controlada y obtener sus óvulos, que luego son fecundados in vitro en el laboratorio, donde se cultivan durante unos días. Uno de esos embriones se transfiere de vuelta a la cavidad uterina y se criopreservan los restantes para un uso futuro. (IVI)

La Microinyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI, por sus siglas en inglés), es una técnica incluida en el FIV cuando el diagnóstico presenta un trastorno masculino severo. “Este procedimiento -se explica en la página oficial del centro internacional de fertilización asistida, IVI - consiste en la extracción de un espermatozoide a partir de una muestra de semen o mediante una biopsia testicular para seleccionar los espermatozoides más adecuados”.

La ICSI está indicada en varones con bajo número de espermatozoides, problemas de movilidad o mala morfología de los mismos; hombres sometidos a vasectomía, rayos o quimioterapia; problemas eyaculatorios; pero también cuando hay cuestiones hereditarias.

Así mismo, en “la ovodonación, se realiza una FIV con la peculiaridad que los óvulos son de una donante y los espermatozoides son de la pareja receptora. Así, la donación de óvulos hace posible el milagro de la vida en mujeres que de otra manera no podrían tener hijos”. (IVI)

Una última alternativa para parejas que deben someterse a tratamientos de alta complejidad es la Embriodonación. La médica cirujana y ginecoobstetra especialista en Medicina Reproductiva, Pamela Nicotra explica que la misma suele usarse cuando se requieren, tanto óvulos, como espermatozoides donados.

Estos embriones disponibles en el centro de fertilidad para ser donados pertenecen a parejas que realizaron previamente tratamiento de fertilización in vitro con óvulos y espermatozoides donados, que ya lograron embarazo y que no desean una nueva transferencia. Es decir, son embriones excedentes de un tratamiento previo, que son donados por la pareja para su utilización en quien los necesite. (Nicotra. 2020)

La técnica se la denomina homóloga cuando se utiliza la gameta de la pareja, o heterograda, cuando es de donante. Esta última suele ser la más temida por las parejas y con mayores implicancias psicológicas ya que implica sumar un tercero, aunque desconocido, y puede generar conflictos en la futura relación con el niño.

La Dra. Ruth Morales, biología molecular del Instituto Bernabeu (2013) refiere a un alto número de parejas que llegan a los centros de Medicina Reproductiva luego de sufrir reiterados abortos o pérdidas del embarazo.

Desafortunadamente un porcentaje de los embarazos acaban en abortos o pérdidas del feto a una edad gestacional inferior a las 20 semanas. Cuando una pareja sufre 2 o más abortos sucesivos se habla de abortos de repetición, y esto afecta al 5% de las parejas que están intentando concebir. Las anomalías cromosómicas representan la causa mayoritaria del total de los abortos. (Morales, 2013)

Dentro de la etapa de tratamiento y para evitar nuevas pérdidas es que los profesionales realizan el test Genético Preimplantatorio (PGT) el cual, con el fin de detectar y prevenir la transmisión de enfermedades genéticas de padres a hijos, o alteraciones que produzcan abortos espontáneos, se realiza una biopsia embrionaria. La Doctora Nicotra (2020) ilustra así que “Los embriones son estudiados antes de ser transferidos al útero, de esta manera, se selecciona el embrión sano para transferir y se evita el nacimiento de un bebé afectado”.

Para realizar un PGT es necesario recurrir a una fertilización in vitro (FIV-ICSI), generar blastocistos en el laboratorio y de esta manera tenerlos disponibles para biopsiar. Cuando encontramos el embrión genéticamente sano para transferir, la tasa de embarazo aumenta considerablemente alcanzando el 70% de éxito por transferencia, se reduce el riesgo de aborto y se acorta el tiempo para lograr el embarazo. (IVI)

Capítulo tres

Impacto psicológico de la infertilidad

Cuando justamente lo que se busca es el embarazo y éste no llega, dicha situación produce cuando menos sorpresa, hace que las parejas se cuestionen su propia capacidad y, por tanto, los motivos de no lograr lo que parece que para los demás es fácil y se da por hecho, implica también que el plan de vida con un hijo pueda replantearse: hijo o no hijo; y, si se opta por el hijo, según qué opciones. (Thompson, Woodward y Stanton, 2011).

Es importante destacar que no siempre que un embarazo no llega en el momento deseado se debe a problemas de fertilidad. Sin embargo esta situación empuja a la pareja deseante a tomar cartas en el asunto para saber si es solo el tiempo, o si realmente hay algo más que obstaculiza la ansiada gestación. Sin embargo, una vez recibido el diagnóstico este no solo acarrea sorpresa sino un replanteamiento de las metas vitales.

Cuando se descubre que la pareja tienen problemas de fertilidad es común que aparezcan reacciones emocionales diversas de gran impacto psicológico y mucho estrés ya que suele suceder después de un largo tiempo de búsqueda del embarazo. Algunos autores, vinculan la infertilidad con una crisis vital más del individuo como lo son la adolescencia y el embarazo en el caso de la mujer. Esta crisis afecta a la pareja, a cada uno de sus miembros de manera individual y a la familia en general, siendo lógico que frente al diagnóstico y los tratamientos de infertilidad (si los hay) afloren síntomas depresivos y ansiosos. (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Con el fin de poner un poco de luz sobre los efectos desconocidos de los tratamientos que repercuten en los sujetos y favorecer la elaboración de los mismos es que la Licenciada en Psicología Miriam Girolami (2006) llevó adelante un estudio donde se evaluaron 30 pacientes a través del psicodiagnóstico de Rorschach, según la modalidad de Klopffer. La muestra estuvo compuesta en su totalidad por mujeres de entre 25 y 38 años de edad, con diagnósticos clínicos de infertilidad y cuya indicación médica eran tratamientos de FIV e ICSI.

La evaluación consistió de tres etapas bien planificadas. En un primer momento se investigó: la historia de la infertilidad, de la relación de pareja y su sexualidad; las experiencias quirúrgicas previas;

los factores de estrés; la información que las mujeres tenían sobre el tratamiento. Se buscó detectar posibles ansiedades, las influencias del área familiar y social; el grado de disponibilidad y cooperación al tratamiento; los criterios de realidad y medio de información con los que los sujetos contaban y la situación actual; el estrés, como así también posibles riesgos de descompensación. Se evaluó también la actitud frente al procedimiento propuesto y el grado de expectativas frente al mismo. En un segundo momento se administró el psicodiagnóstico y en un tercer momento se realizaron encuentros grupales quincenales de, aproximadamente, una hora y media de duración. Así, la Licenciada pudo dar un pantallazo global de la situación de las pacientes.

Los tratamientos suelen ser dolorosos, molestos e intrusivos, experimentando un gran discomfort físico. Por ejemplo: inyecciones diarias, ecografías, dosajes hormonales, efectos secundarios de la medicación, hasta realizarse estudios más complejos como videolaparoscopia o en algunos casos someterse a cirugía previas al tratamiento. Por otra parte, la ansiedad y preocupación por su cuerpo es altamente significativa. Surgen las vivencias de un cuerpo sentido como deteriorado, fragmentado, deserotizado, del que solo importa como responde a la estimulación hormonal, o a los resultados de los estudios, sentimientos altamente devastadores. Con respecto al índice de autoestima, se observó que se encontraban muy por debajo de los parámetros esperados. Estas pacientes registran conflictos serios en relación a su autoimagen y estima, con fuertes sentimientos de desvalorización y autocrítica negativa, con fluctuaciones y sensación de vulnerabilidad y desamparo. Es importante tener en cuenta con respecto a este índice, que algunas veces, las fluctuaciones emocionales son generadas por influencia de la medicación, especialmente las hormonales, como así también elevados montos de ansiedad y estrés afectan la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal con una disminución sobre la función reproductora. (Girolami, M. 2006)

Varios estudios tomaron muestras de mujeres, hombres y parejas en conjunto para analizar las consecuencias emocionales del sometimiento a tratamientos de fertilidad. Mediante un análisis parcial de los datos obtenidos en un primer estudio realizado por Moreno Rosset, Antequera Jurado y otros, avalado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Instituto de la Mujer en dos Hospitales Universitarios españoles, se pudo establecer que alrededor de un 60% de mujeres que han comenzado los tratamientos presentan modificaciones en su estado anímico, solicitando ayuda profesional, sólo un 3,2% de los casos, mostrando una cierta resistencia a los programas de apoyo psicológico.

El Dr. Ignacio González Labrador (2002), especialista en gineco obstetricia, magíster en pedagogía de la sexualidad en su publicación "La infertilidad, el maternaje frustrado", propone un

acercamiento de ambos conceptos con el fin de visibilizar el impacto del diagnóstico desde una mirada clásica.

El género femenino socializado en el modelaje de la pasividad, la ternura, el afecto, la complacencia, la maternidad y la valoración del ser mujer a partir de las tareas del maternaje, supone un estilo de vida de un número de mujeres que daña su autoestima y provoca depresión cuando el rol de mujer = madre no se puede lograr, y es entonces cuando ante la imposibilidad del embarazo por una infertilidad la mujer se siente frustrada, pues deja de cumplir con una de sus principales funciones y no satisface desde lo sociocultural y lo personal con uno de los principales mitos femeninos. (Gonzalez Labrador, 2002)

En México, los principales estudios sobre el tema se han llevado a cabo en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPER). Los mismos reconocen alteraciones similares a las antes nombradas y hacen hincapié en la necesidad de un trabajo psicoterapéutico.

Estos investigadores han determinado que en la esterilidad, los síntomas depresivos no se manifiestan en forma progresiva, sino que se presentan cambios en tres momentos: al principio experimentan una gran inquietud por su incapacidad para concebir. Después buscan poco a poco la satisfacción en otras áreas de la vida cotidiana y, finalmente, después del tercer año, aparecen sentimientos de pérdida y desesperación. Si no logran adaptarse a su situación entonces se puede desarrollar lo que Morales-Carmona concibe como “Esterilidad de vida”, que se manifiesta como el empobrecimiento paulatino de varias áreas de su vida cotidiana. Se producen reacciones emocionales regresivas en las que se cuestiona su incompetencia como mujer, y su esterilidad se convierte en parte de su autodefinición. (Arranz Lara, L. Blum Grymberg, B. Ito Sugiyama, E. 2001)

La psicóloga chilena, Irene Furman (2017), revela en base a su experiencia clínica, la infertilidad no como una enfermedad médica, sino como una verdadera situación de vida que afecta todas las áreas de funcionamiento del sujeto (individual, de pareja, familiar, social y laboral) alterando el equilibrio personal y relacional.

A los efectos negativos se les suman las opiniones negativas de quienes, desde una línea más conservadora, no ven con buenos ojos la idea de cambiar el curso de la naturaleza dando lugar a lo que madre natura no quiso que sea. Tal es el caso del bioeticista estadounidense, León Kass (2005), quien critica fuertemente las tecnologías de reproducción, argumentando que nos hemos acostumbrado a ellas.

La bioética se ha contentado con analizar argumentos morales, reaccionando frente a los nuevos desarrollos tecnológicos e incorporando los problemas emergentes de política pública; todo esto realizado con la fe ingenua de que nuestros males pueden evitarse mediante la compasión, la regulación y el respeto por la autonomía. Para él, la procreación humana no es una simple actividad de nuestra voluntad racional; es una actividad más completa, pues nos compromete tanto en forma corporal, como erótica, espiritual y racional. Sostiene que hay sabiduría en el misterio de la naturaleza, que ha unido el placer del sexo, el mudo deseo de la unión, la comunicación del acto de amor y el deseo tan profundo pero parcialmente articulado de tener hijos, en la misma actividad por la cual continuamos la cadena de la existencia y participamos en la renovación de la posibilidad humana. Sabiéndolo o no, separar la procreación del sexo, el amor y la intimidad es inherentemente deshumanizante, independientemente de lo bueno que resulte ser el producto. (Kass, L. 2005)

Su postura plantea que, con el uso de las tecnologías reproductivas, además de jugar a ser Dios, posiblemente nos deshumanizamos, afirmación que, para muchos, puede resultar exagerada. Sin embargo, podemos coincidir con Kass en cuanto a que tenemos la responsabilidad bioética de atender al problema del uso de las tecnologías reproductivas desde una mirada más equilibrada.

Como reconoce la Lic. Kattia Escalante Barboza (2003) en su artículo *Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos*, los aspectos psicológicos relacionados con los tratamientos de Reproducción Asistida refieren necesariamente a dos temas muy importantes: por un lado la forma en que se afecta la relación de pareja cuando se diagnostica la infertilidad o la esterilidad, y las emociones que surgen en el proceso de confrontación del problema; y por el otro el esquema de tratamiento o acompañamiento psicológico que debe darse de manera paralela al tratamiento médico.

Antequera Jurado, Moreno-Rosset, Jenaro Río & Ávila Espada prefieren denominar estos cuadros como desajuste emocional y no como alteraciones psicopatológicas ya que no siempre se está frente a una entidad clínica. Esto significa que no todas las personas con problemas de infertilidad tienden a desarrollar trastornos mentales. Por consiguiente, se considera necesario que las parejas infértiles que desean concebir un hijo y estén pensando en someterse a tratamientos de fertilización asistida o ya estén iniciando un ciclo de tratamiento tengan la posibilidad de que se les brinde una orientación y un apoyo psicológico especializado y/o intervenciones psicoterapéuticas. Desde esta perspectiva, se torna imprescindible llevar a cabo una atención integral a las parejas que sufren infertilidad. Y es aquí donde la Psicología de la Reproducción se empieza a pronunciar. (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Es importante recordar que si bien el mayor impacto lo recibe la mujer, el compañero y la pareja en cuanto a la suma de ambas subjetividades también se ve afectada. La Licenciada Barboza (2003) explica que frente al diagnóstico pueden suceder dos cosas. “En el mejor de los casos y tratándose de parejas sólidas, maduras y funcionales, la pareja se dispone a buscar alternativas de solución y no permiten que la situación socave las bases de su relación. Otra posibilidad, y desafortunadamente la más frecuente, surge en la pareja una serie de emociones”. Estas abarcan un amplio abanico de la relación las cuales la autora enumera:

“la expectativa de ambos respecto de la posibilidad de tener un proyecto de vida con una "familia" (con hijos); la valoración de cada miembro de la pareja respecto de su propia capacidad para procrear; el temor al rechazo de su pareja; la profecía autocumplidora de que no se va a poder tener hijos de manera definitiva; en muchos casos surgen también emociones relacionadas con la represión religiosa por la creencia de que utilizar un método de reproducción asistida puede ser "pecado" o puede ser "malo"; la presión social y/o familiar. (Barboza, K. 2003)

Nancy Tame, psicoanalista y experta en las repercusiones emocionales de la reproducción asistida, explica en su libro “Infertilidad: el dolor secreto” que si bien los tratamientos de fertilidad trajeron esperanza a las parejas infértiles en búsqueda de un hijo, “Irónicamente también son fuente de una profunda ansiedad y desgaste emocional”. (2008. pg. 38)

“Es interesante observar cómo, en su mayoría, las parejas no le prestan mayor importancia a los riesgos de los tratamientos de infertilidad, tal vez a modo de mecanismo de defensa que les ayuda a adoptar una actitud positiva para poder mantener su decisión de tener hijos y seguir con los tratamientos. En efecto, la situación es más difícil para la mujer ya que debe dedicarle más tiempo al tratamiento que el hombre, aunque el problema sea de él. Algunas relegan su trabajo y su desarrollo profesional a un segundo lugar con tal de lograr un embarazo. Otras aseguran que su vida ha sido interrumpida por completo y que se sienten “fuera de control”. (Tame, 2008, pág 41)

Así, la autora enfatiza la relevancia del tema y la importancia de que los médicos comprendan a la infertilidad, no como una enfermedad o procedimiento más, sino como la puesta en juego de la “esencia de la masculinidad y la femineidad”.

Cuando se toma la “potencia para procrear” como referente de la virilidad-masculinidad o la feminidad, la incapacidad para tener hijos “por uno mismo” pondrá en cuestión la identidad personal, pudiendo sembrar dudas sobre “el grado de hombre o mujer” que uno es (Carmeli y

Birenbaum-Carmeli, 1994; Deveraux y Hammerman, 1998; Williams, 1997). Este cuestionamiento sobre la identidad personal, puede llegar a modificar el concepto que se tenía sobre uno mismo hasta ese momento, devaluando, y convertirse en el responsable de desencadenar en las personas con problemas de infertilidad pensamientos de desvalorización personal. (Llavona Uribelarrea, 2008)

La exploración del impacto individual y en la pareja, como así también de los recursos que movilizan para ayudarse durante el proceso, son una fuente de información insuperable sobre el impacto de los tratamientos y permiten al grupo de profesionales pensar las estrategias más adecuadas para cada subjetividad.

Hemos de tener presente, como explica Luis María Llavona Uribelarrea en *El impacto psicológico de la infertilidad* (2008), que el valor positivo de la concepción sin asistencia es de un peso tal que algunas personas acarrean la valoración negativa sobre sí mismas, incluso una vez logrado el embarazo mediante reproducción asistida.

Capítulo cuatro

Psicología de la reproducción: abordaje psicosocial

El denominador común de los estudios de los últimos años relacionados con el tema de fertilización o reproducción asistida es la importancia que se le da al rol del psicólogo de la reproducción. Como explicó Escalante Barboza (2003), “para iniciar con un tratamiento la pareja debe someterse a una valoración integral, o sea se debe de realizar tanto el diagnóstico médico como el diagnóstico psicológico, como una forma de optimizar la efectividad del tratamiento a seguir”.

Este rol se vuelve fundamental en el proceso de tratamiento teniendo en cuenta todos los factores antes destacados. Por lo general, los pacientes que asisten a una psicoterapia de apoyo, lo hacen luego de que el diagnóstico médico ya haya sido realizado y, en la mayoría de los casos, con los tratamientos iniciados, cargando con la sentencia de “usted no va a poder”.

En este aspecto, el psicólogo puede ser un excelente mediador entre paciente y médico que ayude a acomodar los roles entre ambos. El ginecólogo posee el conocimiento científico sobre los TRA (tratamientos de reproducción asistida) y sabe las probabilidades de éxito de las mismas, en función del diagnóstico y demás características del caso y por ello su actitud frente al paciente es activa, es decir, de ofrecimiento de las soluciones adecuadas al caso. El paciente es el receptor de la atención sanitaria por lo que, a veces, adopta un papel más pasivo que puede chocar con sus expectativas en torno a la relación con el médico. El psicólogo, en estos casos, puede orientar la modificación de esta postura pasiva por una actitud más activa que permita al paciente una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, lo que aumentaría la sensación de control de la situación de infertilidad. (Moreno Rosset, et al. 2009)

Una vez superada la etapa de diagnóstico, existen diferentes enfoques metodológicos a adoptar en el tratamiento psicológico paralelo al tratamiento médico. Uno de los que ha tenido los mejores resultados es el cognitivo conductual, el cual es explicado por el psicólogo argentino Gerardo Primero como breve y focalizado, orientado a aprender nuevas habilidades para enfrentar situaciones ansiógenas.

Es fundamental que la pareja que se somete a tratamiento psicológico comprenda que esa parte del tratamiento es sumamente importante ya que es un espacio en el que se van a ir

trabajando temas como: aceptación del problema y visualización de las soluciones a través del tratamiento médico, la importancia de la relación independientemente del resultado del tratamiento, reconocimiento de algunos problemas que ya existían en la relación, valoración de los deseos de ambos de tener un hijo (a), manejo de la culpa, trabajo de las presiones sociales, fortalecimiento de la tolerancia a la frustración (por el margen de fracaso de los tratamientos), reconocimiento de la importancia de hacer un "espacio psicológico" para el tercero y en caso contrario, trabajar una especie de "plan B" en caso de que el tratamiento médico no funcione. (Barboza, K. 2003)

Cada uno de los diferentes momentos implica manifestaciones o a veces síntomas que incidirán en cada sujeto de manera singular. Sentimientos de inadecuación, de envidia, de desesperación, de pena, miedo, pérdida, entre otras. La función asistencial brinda la posibilidad de traducir a palabras el mundo interior, y desarmar tramas que tienden a rigidizarse y que a su vez propician más aislamiento, decepción y frustración.

El psicólogo que trabaja en reproducción humana es responsable de orientar a los pacientes y al equipo médico. Lo hace de varias maneras: a) Brindando información. La información que se le brinda al paciente debe ser adecuada, realista y debe darse en el momento oportuno, puede ser sobre el diagnóstico, acerca de los diferentes tratamientos de reproducción asistida o ambos. La información que se le da al equipo de salud es puntualmente para que éste se dirija a los pacientes con palabras que ellos puedan comprender, es decir sin tecnicismos médicos y con el fin de que se cercioren que los pacientes han procesado lo que ellos les han comentado, b) Facilitando que las parejas entiendan lo que los médicos pretenden explicarles. Se vuelve por lo tanto un mediador entre médico y paciente, c) Favoreciendo el desarrollo de estrategias que les permitan hablar y aclarar dudas, d) Fomentando una actitud activa en el paciente que le permita tener una mayor participación en la toma de decisiones y una sensación de control de la situación de infertilidad, e) Trabajando lo concerniente al apoyo social de la pareja que se somete a tratamiento de fertilización asistida. (Izzedin-Bouquet de Durán, R. 2011)

Podemos retomar así el concepto winnicottiano de "holding environment" poniendo de relevancia otra vez el vínculo como una forma de propiciar el entorno que ampara y ofrece seguridad, lejos de aquel exterior que no comprende y que por el contrario presiona sin quererlo -o incluso saberlo- enfatizando los aspectos emocionales negativos.

Sostengo que la función de un psicólogo dentro de un equipo de reproducción asistida debe ser principalmente preventiva, para facilitar el aprendizaje de estrategias adaptativas que sirvan como recursos de afrontamientos efectivos para que los ayuden a transitar ese momento. Es importante tener en cuenta que cuerpo-mente interactúan permanentemente tanto en la salud como en la enfermedad y en el deseo de tener un hijo, la mente juega un papel importante. (Girolami, M. 2006).

Y es con ese criterio que autores tales como Alejandro Ávila Espada y Carmen Moreno-Rosset (2008) de la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) respectivamente consideran que “ofrecer tratamiento o psicoterapia en lugar de apoyo y orientación induce factores de resistencia en los consultantes que sí perciben sus necesidades de ayuda, pero que no buscan tratamiento”. Ellos proponen dejar la oferta directa de tratamientos para las parejas que lo justifiquen luego de la evaluación psicológica, siendo también adecuada para aquellos consultantes que estén en la etapa “persistente” de los tratamientos médicos, como así también para quienes frente a reiteradas evidencias negativas, presentan una gran dificultad en tomar la decisión de abandonar los mismos.

Tanto las instituciones de salud como los pacientes suelen ser reticentes a la ayuda psicológica, sin embargo, en el imaginario de las parejas, la capacidad de evitar el embarazo se equivale a la capacidad de lograrlo, por lo que tanto el diagnóstico como los tratamientos pueden desencadenar patologías psicológicas y psiquiátricas o alteraciones del estado de ánimo en muchas parejas que se someten a ello.

Para ayudar a afrontar esta crisis vital se han desarrollado diversos métodos de intervención que abarcan lo individual, la pareja e incluso puede darse de forma grupal. La forma más adecuada dependerá del paciente y los recursos con los que cuente para hacerle frente y procurar el mayor equilibrio emocional posible con el objetivo principal de prevenir la aparición de cuadros clínicos, mantener mayor esperanza y optimismo en el tratamiento, así como ayudar al logro de los objetivos personales.

Cada nuevo ciclo de tratamiento representa un nuevo estresor para la pareja y si se tiene en cuenta el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es probable que se hayan efectuado varios tratamientos frustrados. Según Antequera Jurado, Moreno-Rosset, Jenaro Río & Ávila Espada "El tiempo que la pareja lleva implicada en el proceso diagnóstico y tratamiento se relaciona con los niveles de frustración y tensión" (p.168). Por lo tanto, es importante que el

psicólogo se inserte en el equipo de salud de la unidad de reproducción asistida a causa de la carga emocional que implican tanto el diagnóstico como los tratamientos. (Izzedin, Duran. 2011)

Los autores de *Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida (2011)* amplían que la pareja que se somete a tratamiento pasara en un corto periodo por mesetas emocionales negativas y positivas donde cada inicio es considerado el principio de todo y que, frente al fracaso se siente el final absoluto; sucesión de emociones que se repetirá, según los autores, en cada nuevo tratamiento, sufriendo un fuerte desgaste psíquico. “Es necesario brindarles a los pacientes, a la pareja, ciertas estrategias de afrontamiento para poder transitar todo el proceso lo mejor posible”. (Izzedin, Duran. 2011)

Gracias a los constantes avances, la tasa de éxito de los tratamientos crece año a año, permitiendo que cada vez más personas cumplan su deseo de ser padres. No solo a parejas infértiles sino también a parejas de mujeres y mujeres solas. Nuestro país todavía tiene una deuda con los hombres que desean ser padres sin una mujeres, dado que en nuestro país no está regulada la subrogación de vientre.

Al pasar los años y ver hacia atrás, muchas parejas se asombran de lo que soportaron y de cómo sobrevivieron esa invasión tan tremenda en sus vidas. Muchos simplemente no pueden creer los momentos tan intensos y las desilusiones tan dolorosas que lograron enfrentar. Les resulta satisfactorio darse cuenta de que son más fuertes de lo que imaginaban”. (Tame, 2008)

Conclusión

El espectacular desarrollo que ha vivido en los últimos años el campo de la fertilización asistida ha abierto la puerta a nuevas situaciones anteriormente invisibilizadas por estar centrados únicamente en revertir la incapacidad procreadora.

Como se ha sostenido a lo largo de toda la investigación, la infertilidad conlleva una amplia gama de sentimientos y emociones negativas respecto de la valía personal. La fantasías de un cuerpo deteriorado e incapaz, atentan no sólo contra el plan de vida personal y familiar que se ve truncado frente a la imposibilidad de concebir, sino que minan la confianza y ponen en jaque absolutamente todos los ámbitos de desarrollo del sujeto: laboral, social, familiar, individual.

Además está claro que una de las tantas palabras que definen a los tratamientos de fertilidad, y que no es menor, es “invasión”: del cuerpo, de la intimidad, del deseo, del placer, de la pareja. Ya nada puede estar librado al azar, a las ganas o a la espontaneidad del momento. Todo es medido, cuantificado, cronometrado y programado con el fin de lograr ese hijo tan deseado.

Esto demuestra que una buena práctica implica mucho más que buenos tratamientos médicos. Las estrategias de intervención psicológica y psicosocial se hacen fundamental, no solo para los casos con elevado nivel de estrés, sino para construir una idea real de la situación que se está viviendo y maximizar así los resultados de los tratamientos.

Burns en *Psychological Changes in Infertility Patients* (2005) sostiene la necesidad de aceptar la infertilidad como inaceptable, donde el objetivo último de la intervención psicológica es capacitar a los sujetos para poder vivir con ello, dándole un sentido personal a la experiencia vivida, como una oportunidad para conocerse mejor (a sí mismo y a la pareja) en relación a los recursos para afrontar una experiencia traumática, su resiliencia y sus límites.

Tratar al sujeto de manera parcial traerá sólo respuestas parciales, por lo que sólo una intervención biopsicosocial basada en el trabajo interdisciplinario, donde el psicólogo de la salud tendrá

un lugar fundamental para el acompañamiento en todo momento de la pareja infértil, permitirá el despliegue total de las capacidades de los sujetos, y poder desarrollarse a través de la función parental.

El psicólogo dentro del equipo de trabajo no solo cumplirá un rol asistencial y de sostén para la pareja, sino también para el equipo médico. Su rol será un puente por donde la información cruzara segura de un lado al otro: por un lado quitando los tecnicismos propios de la medicina para que la información pueda ser procesada y asimilada correctamente; por el otro haciéndole llegar al cuerpo médico las preocupaciones y pensamientos de la pareja.

La elaboración del duelo, la evaluación de posibles caminos a seguir, el trabajo con los miedos, las fantasías y los fantasmas; la ilustración de las implicaciones y los alcances de las técnicas a las cuales se someten; la aceptación y la puesta en acción de los recursos para la superación, son muestra de las variadas e irremplazables tareas que tiene para cumplir la Psicología de la Reproducción en relación a la infertilidad.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Díaz, JA. (2007). *Historia contemporánea: las técnicas complejas de reproducción asistida*. *Ginecol Obstet Mex* 2007; Vol.75: núm 5. 293-302.
- Arranz Lara,L. Blum Grymberg,B. Ito Sugiyama, E. (2001) *Estudio de un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida: Un enfoque cualitativo*. *Revista Salud Mental* - Vol. 24, No.5. Mexico
- Barrios Martínez, A, Méndez Rosado, L.. (2014). Enfoque de los principales factores causales en los trastornos reproductivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 40(2), 246-257. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200011&lng=es&tlng=es.
- Brugo Olmedo S, Chillik C, Kopelman S (2003). *Definición y causas de la infertilidad*. *Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología* Vol. 54 No 4. 227-48.
- Brugo Olmedo, S. (2013) *¿Por qué se agota la reserva ovárica?*. *Clarín.com*. Recuperado de:https://www.clarin.com/salud/salud-fertilidad-fertilidad-femenina-ovarios-ovulos-edad-mujer-embarazo-fertilizacion-asistida-fertilizacion-in-vitro-hijos_0_rJ8ivatvQe.html
- Burin, M. (2008). *Las "fronteras de cristal" en la carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización*. *Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. Anuario de Psicologia*, vol. 39, nº 1, 75-86 .
- Burns, L.H. (2005). *Psychological Changes in Infertility Patients*. En A. Rosen y J. Rosen (Eds.). *Frozen Dreams. Psychodynamic Dimensions of Infertility and Assisted Reproduction*. Cap. 1 (pp 3-29). Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Capitán Jurado, M., Cabrera Vélez, R. (2001). *La consulta preconcepcional en Atención Primaria: Evaluación de la futura gestante*. *Medifam*, 11(4), 61-77. Recuperado en 16 de marzo de 2020, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000400004&lng=es&tlng=es.

- Fertility Madrid. (2018). *Historia de la fertilidad, del rito a la ciencia*. Recuperado de: <https://fertilitymadrid.com/blog-fertilidad/historia-de-la-fertilidad/>
- Fundación Huésped. (2019). *Derechos sexuales y reproductivos: fertilidad asistida*. Recuperado de: <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/fertilidad-asistida/>
- Furman, I, & Charlin, V. (2017). Calidad de vida de parejas infértiles en el sector público de Chile. *Revista médica de Chile*, 145(11), 1378-1386. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017001101378>
- Gianaroli L. (2010) *The 'Father of IVF' and a Founding Father of ESHRE*. Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. *Human Reproduction*, Vol.25, No.12 pp. 2933–2935.
- Girolami, M (2006). *Influencia de los aspectos psicológicos en un tratamiento de reproducción asistida*. *Revista de Medicina Reproductiva* . Vol. 21. No.1. SaMER. Argentina.
- Goldstein, S.H. (2016). *Detrás de la imposibilidad*. Página 12. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-301850-2016-06-16.html>
- Gonzales Labrador, I. (2002) *La infertilidad, el maternaje frustrado*. *Rev Cubana Med Gen Integr* [online], vol.18, n.3, pp.233-235. ISSN 0864-2125.
- Guía Sobre Fertilidad Para Equipos De Atención Primaria De La Salud. (2015) <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento107.pdf>
- Gutiérrez K. (2008) Intervención psicológica grupal en Reproducción Asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*; n°47
- IVI. (2020). www.ivi.es

- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. *Revista Científica Ciencia Médica*, 14(2), 31-34. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332011000200009&lng=es&tlng=es
- Jenaro Río, C, & Moreno-Rosset, C, & Antequera Jurado, R, & Flores Robaina, N. (2008). *La evaluación psicológica en infertilidad: El "dera" una prueba creada en España*. Papeles del Psicólogo. vol. 29, núm. 2, pp. 176-185 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77829204>
- Kass L. (2005). La sabiduría de la repugnancia. En: Luna F, Rivera E, (comp.) *Los desafíos éticos de la genética humana*. México: UNAM, FCE; 183-198.
- Llavona Uribe Larrea, L. (2008) *El impacto psicológico de la infertilidad*. Papeles del Psicólogo, vol. 29, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pp. 158-166 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Madrid, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778292>
- López Larrosa, S; Devesa Hermida, R. (2013). *Impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad*. Psicología y Salud II: salud física y mental. Editorial GEU. España.
- Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 69-79. Recuperado en 04 de marzo de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200004&lng=es&tlng=es.
- Morales, R. 2013. Alteraciones cromosómicas en abortos de repetición. Recuperado de: <https://www.institutobernabeu.com/foro/alteraciones-cromosomicas-en-abortos-de-repeticion/>
- Moreno Rosset, C. (2008). *Infertilidad y Psicología de la Reproducción*. Papeles del Psicólogo, . Vol. 29, pp. 154-157

- Moreno Rosset, C, Antequera Jurado, R, Jenaro Río, C, & Gómez Sánchez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100007&lng=es&tlng=es.
- Moreno Rosset, C. (2010). *Infertilidad*. Madrid, España. Editorial Síntesis
- Morente, C; Horton, M; Serpa, I; Mackey, M. (2012). Registro Argentino de Fertilización Asistida (RAFA). Sociedad Argentina de Reproducción Asistida (SAMER). Argentina. *Reproducción - Vol 27 / N° 1*
- Nicotra, P (2020). Tratamientos. https://drapamelanicotra.com.ar/?gclid=CjwKCAjwsMzzBRACEiwAx4ILGxX_PS9U4A8zC_xUXwNCr7QkhsaHRd6vk_ILGKXeK9J5Zs9rfDQ4xoCKaYQAvD_BwE
- Pacheco, J, De La Torre, B.(1998) *Factor psicológico en parejas con problemas de infertilidad*. Ginecología y Obstetricia - Vol.44 N°3. Perú.
- Pacheco, J. & Remo, A. & Ishihara, J. & Orihuela, P. & Zúñiga, C. (2005). *Gestación en parejas con infertilidad. Experiencia en el Hospital Nacional E. Rebagliati M., EsSalud*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. vol. 51, núm. 2, pp. 69-79. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428176003>
- Prega. (2018). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://pregna.com.ar/fiv-icsi/>
- Primero G. Terapia Cognitivoconductual. En internet: www.geocities.com/ansiedadyvinculos/
- Rojas Quintana, Práxedes, Medina Tío, Dulce, & Torres Ajá, Lidia. (2011). Infertilidad. *MediSur*, 9(4), 340-350. Recuperado en 30 de septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012&lng=es&tlng=es.
- Tame, N. (2008) *Infertilidad: el dolor secreto: métodos para revertirla*. Mexico. Editorial Pax Mexico.

- Thompson, E, Woodward, J, Stanton, A. (2011). *Dyadic Goal Appraisal During Treatment for Infertility: How Do Different Perspectives Relate to Partners' Adjustment?*. International Society of Behavioral Medicine. Recuperado de: <https://www.semel.ucla.edu/sites/default/files/publications/2012%20-%20Dyadic%20Goal%20Appraisal%20During%20Treatment.pdf>
- Urbina, M T; Lerner Biber, J (2009). Fertilidad y reproducción asistida. Venezuela. Editorial Panamericana.