



Ricardo  
Pou  
Ferrari

Mario  
Feder

A la  
búsqueda  
del hijo  
deseado



colección referencias  
editorial fin de siglo

capítulo XIX

ASPECTOS PSICOLÓGICOS  
DE LA ESTERILIDAD

*Lic. Leticia Urdapilleta*

*Lic. Darío Fernandez*

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, C.E.G. Y R.,  
BUENOS AIRES, ARGENTINA

## I

*Introducción*

A lo largo de la historia y por diversas creencias y prejuicios sociales la infertilidad tuvo un halo condenatorio para quienes la padecían. Generalmente era un tema desconocido para la gran mayoría de las personas y ocultado por quienes lo sufrían. Recién en los últimos años y a partir de un evento tan novedoso y polémico como fue la creación de la fecundación in vitro los medios de comunicación masiva dan difusión a la existencia de los problemas reproductivos y de sus tratamientos médicos. Aún así la discusión social de estos temas recién está comenzando. Todavía el “mundo fértil” no conoce con profundidad todas las implicancias que tienen los problemas reproductivos en lo personal; en la pareja; en la relación con amigos y familiares; en la relación con el entorno social más amplio. Por lo que en muchas situaciones carece de recursos efectivos para comprender, apoyar y ayudar adecuadamente en el plano emocional.

Nadie está preparado para ser infértil. La infertilidad es una sorpresa dolorosa e inesperada. Tener un hijo se convierte en un camino arduo y difícil que pone permanentemente a prueba la fuerza personal, la integridad del vínculo de la pareja y la capacidad de apoyo y comprensión de familiares y amigos.

En nuestro trabajo encontramos con frecuencia que las personas con problemas reproductivos piensan que ellos son “los únicos” que tienen este problema. Vemos cómo se asombran al ver la sala de espera llena de parejas con su mismo problema, y cómo en cierto sentido se alivian al constatar que no son tan “raros”, que a mucha gente le pasa lo mismo. Nuestra intención en este breve capítulo es mostrarles cómo se vive psi-

cológicamente la infertilidad; decirles que hay reacciones emocionales que son comunes a todos, que no son ni débiles ni egoístas por sentir lo que sienten. Toda esa miríada de sentimientos inesperados e incómodos son reacciones normales a una situación anormal como es la infertilidad.

A los autores de este libro, nuestro agradecimiento por invitarnos a participar en él. A todos nuestros pacientes, con quienes hemos compartido profundos momentos de dolor y de alegría, muchas gracias por habernos enseñado tanto acerca del amor y del sentido de ser padres.

## II

### *La crisis psicológica producida por la infertilidad*

El concepto de crisis psicológica implica entre otras cosas: a) la intromisión de un obstáculo que impide la consecución de importantes metas personales; b) la aparición inesperada de este obstáculo; y c) una dificultad que sobrepasa la capacidad de la persona para resolverla y para adaptarse a la nueva situación. Los efectos psicológicos derivados de un impedimento tan importante como no poder tener hijos, toman para la mayoría de las personas que padecen esta dificultad, la forma de una crisis.

Veamos el modo en que mujeres y varones son afectados por esta crisis. Ser madre implica para la mujer vivir la experiencia del embarazo, vivir el parto y criar a su hijo. Esto generalmente forma parte central de su plan de vida y es entonces un pilar fundamental de su identidad. No lograr quedar embarazada o llevar un embarazo a término puede hacer que la mujer se sienta "menos" (menos mujer, menos persona), y que el efecto de esto sea una gran disminución de autoestima casi siempre acompañada de malestar. El tema de la infertilidad

puede llegar a convertirse en el tema central alrededor del cual girará su estado de ánimo. El hombre también es profundamente afectado, pero aunque ser padre es un pilar de su identidad, tiene como "equilibrante" de su autoestima la posibilidad de fortalecerse en su rol laboral o profesional. Esto está sustentado por el hecho de que tradicionalmente la sociedad espera de la mujer que sea madre y del hombre que sea exitoso social y laboralmente. En general la mujer tiende a estar y a mostrarse más afectada que el hombre en el plano emocional.

Los períodos prolongados de dolor psíquico, la acumulación de frustraciones y de estados de duelo, las alteraciones del estado físico producidas por los tratamientos o por enfermedades dolorosas como endometriosis severas y eventos altamente traumáticos como los abortos espontáneos, hacen que el sufrimiento psicofísico sea la razón principal por la cual las personas con problemas reproductivos pueden sufrir alteraciones emocionales (tristeza, ansiedad, angustia, irritabilidad, hipersensibilidad, desasosiego, depresión, sensación de falta de control, pendulación entre estados de esperanza y desesperanza).

En el vínculo de la pareja la crisis psicológica producida por la infertilidad tiene un doble efecto. Por un lado se ponen a prueba la capacidad de comunicarse abierta y sinceramente, la capacidad de empatía, de dar apoyo emocional y de tolerar las diferencias de opinión, de sentimientos o de tiempos internos, provocando a veces períodos de distanciamiento en el vínculo. Pero, por otro lado, el hecho de atravesar juntos una experiencia tan profunda hace que, en la mayoría de los casos, su relación se torne más sólida ya que descubren en su pareja actitudes, opiniones, sentimientos y virtudes que hasta el momento desconocían y pasan a valorar.

El plano laboral puede verse afectado por estados depresivos o por incomodidades físicas. Algunos trabajos pueden tor-

narse dolorosos pues implican un contacto permanente con el tema "niños" (por ej. maestras de jardinería, médicos obstetras, pediatras). El tiempo es otro factor condicionante, especialmente para las mujeres ya que ciertos tratamientos las obligan a alterar su horario laboral.

La vida social y la relación con la familia y amigos puede dificultarse como consecuencia de prejuicios sociales, de la ansiedad o la presión (para que se embaracen, para que hagan o dejen de hacer tratamientos, para que adopten, etc), por comentarios inoportunos y por la propia dificultad de la pareja en contar lo que le pasa o por su decisión de no hacerlo. Por otro lado, hay muchas situaciones en que intentos bien intencionados del "mundo fértil" por ayudar, pueden provocar el efecto contrario.

Es frecuente que sea doloroso o al menos incómodo tomar contacto con bebés o mujeres embarazadas y que entonces las personas con problemas reproductivos eviten ir a reuniones para evitar el dolor. Esto produce un aislamiento progresivo, que casi nunca es bueno. Cuando las parejas logran superar sus propios obstáculos en la comunicación con los demás, y pueden entonces hacer que los otros entiendan sus sentimientos y sus necesidades, se produce un gran alivio pues pueden apoyarse en su entorno.

Los tiempos de lucha contra la infertilidad suelen ser muy duros emocionalmente. Pero el deseo de tener un hijo es una fuerza espiritual tan poderosa que cotidianamente vemos en nuestro trabajo cómo las personas con problemas reproductivos superan sus propios límites y descubren una fortaleza interior que quizá nunca pensaron que tendrían.

## III

---

*Cómo se vive la infertilidad desde lo psicológico*

---

Hay diversas condiciones físicas que conducen a la infertilidad, pero ninguna evita el sentimiento de dolor y sufrimiento emocional, que es el mismo para todas aquellas personas que la transitan. Nadie se siente infértil a menos que desee tener un hijo. Tener las trompas obstruidas o menos cantidad de espermatozoides no duele en el cuerpo pero sí mucho en el alma.

Duele porque además de impedir a la pareja tener un hijo genético, les cuestiona conceptos básicos de las personas como su identidad, autoestima, autoimagen y sexualidad.

Duele porque los inunda de sentimientos desagradables como la bronca, la desesperanza, la frustración, la impotencia, la falta de control, la sorpresa, la envidia y tantos otros.

Duele porque sienten que todo lo malo les pasa a ellos, que cada vez que se abre una esperanza esta termina cayéndose.

El sentimiento de dolor es el más fuerte y constante, aumentando o disminuyendo según los diferentes momentos que estén atravesando. Es leve cuando están en medio de un tratamiento y altísimo durante las variadas situaciones de duelo. Duelo por no tener hijos con facilidad, por los diagnósticos que confirman los temores, por los embarazos perdidos, por los hijos que no llegaron a nacer o nacieron muertos, duelos por los hijos que quizás nunca lleguen a tener.

Los duelos de la infertilidad solo son conocidos por aquellos que los pasan o los pasaron, e incomprensibles y frecuentemente minimizados por quienes los rodean. Ellos no entienden que el sueño de ese niño tan esperado se muere con cada menstruación, cada tratamiento fallido, cada embrión que no

prendió. Así, a pesar de la buena intención, generalmente el entorno ayuda poco o mal a quienes no pueden evitar el sufrimiento que la infertilidad les impone.

La infertilidad puede inundar muchas áreas de la vida de las personas, por lo que el desafío de salir adelante no solo se circunscribe a lograr tener un hijo, sino a encontrar la manera de aprovechar la experiencia para fortalecerse en cada una de esas áreas.

#### IV

### *Causas psicológicas de infertilidad*

La influencia de los estados psicológicos sobre la función reproductiva tiene un perfil policausal. El impacto que una condición psicológica, aguda o crónica, tenga sobre lo orgánico va a estar determinado por la combinación de factores tales como: rasgos de personalidad, presencia o no de trastornos mentales, experiencias previas, disponibilidad de soporte socio-emocional, exposición a una fuente productora de estrés (externa o interna), efectividad de las estrategias de adaptación y la labilidad o sensibilidad del sistema límbico (conjunto de estructuras cerebrales relacionadas entre sí, que concentran la actividad emocional y que influye sobre gran parte del funcionamiento hormonal). Resumiendo, la respuesta endócrina de una persona a los estímulos ambientales e internos depende de variables psicológicas, socio-ambientales, históricas, y neuroendócrinas.

Para enfocar adecuadamente este tema es necesario dividirlo en dos áreas.

Por un lado los casos en que una causa psicológica es la "causante única" de trastornos orgánicos que van a influir so-

bre la fertilidad. Como por ejemplo, las hiperprolactinemias debidas a ciertas estructuras de personalidad, la anorexia, la amenorrea funcional hipotalámica, trastornos de origen psicológico que pueden deteriorar el funcionamiento reproductivo. Hay otras causas puramente psicológicas como aquellas disfunciones sexuales que impiden que la pareja puede tener relaciones sexuales "adecuadas" desde el punto de vista reproductivo.

Por otro lado, nos encontramos con el terreno de la influencia negativa del estrés y de ciertas estructuras de personalidad sobre la función reproductiva que pueden sumarse a un problema de fertilidad puramente orgánico. Históricamente hubo tres momentos diferentes en la forma de entender el estrés. La primera conceptualización solo tomaba en cuenta el estresor (fuente externa productora de estímulos negativos) y planteaba que la reacción del sujeto dependía del tipo e intensidad del estímulo que provocaba la reacción de estrés. En un segundo momento el foco fue puesto en el sujeto y se planteaba que el impacto producido por un estresor dependía de mecanismos internos del individuo (cómo interpretaba la situación y qué estrategias de adaptación psicológicas y orgánicas ponía en juego). La postura actual resume a las dos anteriores, la reacción de estrés es vista como la resultante de la interacción dinámica entre el estresor y el sujeto.

Existen experiencias de vida amenazantes que la gente no dudaría en calificar como estresantes (por ej.: guerras, abuso sexual, accidentes) y donde es claramente comprensible que la tensión emocional pueda tener influencias negativas sobre lo orgánico. Pero hay determinadas personas con determinadas características de personalidad que provocan respuestas hipersensibles al estrés común de la vida cotidiana y que pueden llegar a sufrir reacciones orgánicas similares a las anteriores.

Resumiendo, hay dos puntos que consideramos importante destacar. Primero, el peso que las características individuales tienen en la reacción de estrés. Segundo, el hecho de que no es necesario que el estresor tenga una potencia magnánima, ya que sólo la tensión que implica la vida cotidiana puede producir en algunas personas reacciones orgánicas y/o psicológicas de magnitud exagerada.

Alteraciones del ciclo menstrual, baja en la cuenta espermática, mala respuesta a algunos tratamientos médicos, pueden ser las consecuencias de este segundo grupo de factores psicológicos que influyen negativamente sobre la fertilidad.

## V

### *Sexualidad*

La vida sexual es una de las áreas más afectadas por las alteraciones emocionales producidas por la infertilidad y por su tratamiento médico. El trastorno más frecuente es la disminución del deseo que generalmente se ve acompañado por una baja importante en la frecuencia de relaciones sexuales. También es habitual que haya problemas en la fase de excitación, que se manifiestan en la mujer a través de falta de lubricación vaginal con el consecuente dolor en la penetración, y en el hombre mediante problemas de erección o problemas en el control de la eyaculación.

Existen dos fuentes de distorsión de la sexualidad. A) Los problemas emocionales que producen los trastornos reproductivos: períodos prolongados de sufrimiento psíquico (que en algunos casos llegan a transformarse en depresión), estados de angustia o de extrema ansiedad, períodos de desasosiego luego de un diagnóstico o del fracaso de un tratamiento, distanciamientos temporales en la pareja. B) Algunos métodos

diagnósticos y tratamientos médicos rompen dos pilares fundamentales de la sexualidad que son la espontaneidad y la intimidad. Normalmente las personas hacen el amor cuando “tienen ganas”, pero las parejas infértiles muchas veces hacen el amor porque “deben hacerlo” (porque están en los días fértiles o porque deben hacer un test postcoital). Es común que estos encuentros “no espontáneos” sean vividos con tensión y la relación sexual no sea buena. Para algunas parejas el sexo cambia de sentido, “hacer el amor” se transforma en “hacer bebés”, se transforma en un trabajo. Los encuentros sexuales ya no son cuando ellos quieren sino que los decide un termómetro, un test de ovulación o los indica el médico.

Es frecuente que la tensión previa a ciertos estudios médicos como el test postcoital produzca mala lubricación en la mujer y problemas de erección en el hombre. La obtención de muestras de semen para espermogramas puede ser una experiencia difícil, sobre todo si el lugar para hacerlo no asegura suficiente intimidad (por ej. el baño para el público en un hospital). Por otro lado hay efectos secundarios, no deseados, de ciertas medicaciones que alteran el estado físico o anímico e interfieren sobre la sexualidad; especialmente ciertas drogas que recibe la mujer para el tratamiento de la endometriosis o en tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad.

Hay algunas cosas que pueden hacerse para preservar la sexualidad. Separar “sexo reproductivo” de “sexo por placer” guiándose por los días fértiles y los no fértiles. No “pedir peras al olmo” aceptando que las relaciones sexuales “por pedido” pueden no ser buenas y que esto es normal. Tomarse vacaciones de los tratamientos para recuperar el bienestar individual o de la pareja. Si no se logra superar el problema sexual, consultar a un especialista en sexología.

## VI

---

*Aspectos emocionales particulares de los tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad*

---

Desde el surgimiento de la Reproducción Asistida (RA) de alta complejidad hasta hoy, ya han pasado más de 20 años. La medicina ha evolucionado mucho en este campo, las técnicas se han sofisticado y han aumentado las chances de las parejas de lograr un embarazo, pero esto no ha podido evitar que tanto ayer como hoy, transitar uno de estos tratamientos resulte de una complejidad psicológica importante a tener en cuenta.

Cuando el médico plantea la necesidad de realizar un tratamiento de RA, una catarata de escollos se antepone a los pacientes. Estos van desde los más generales y ampliamente debatidos en la sociedad, hasta los más íntimos y particulares, que van surgiendo como demanda propia de los tratamientos.

Así vemos que se cuestionan si lo que piensan hacer es “natural” o no; si los sumerge en dilemas éticos y/o religiosos; si son eficaces; si lo van a poder enfrentar en términos económicos, sociales, físicos, emocionales. Algunos incluso se ven influidos por la opinión en contra que ciertos profesionales del área tienen al respecto. Tampoco son apoyados por las obras sociales o empresas de medicina prepaga, quienes raramente solventan algunos de sus gastos sin contemplar que la infertilidad es una enfermedad. Realizar un tratamiento de RA es para algunos, el único camino que tienen para intentar ser padres biológicos de sus hijos. Otras preocupaciones externas están relacionadas a los altos costos de los medicamentos, el lucro cesante y las complicaciones que se les pueden presentar a las mujeres, dada la dificultad de compatibilizar horarios laborales con los impuestos por los tratamientos.

Por otro lado están las situaciones de peso emocional, que difieren de persona a persona, que son las que generalmente más les afectan porque son desconocidas y muchas veces ines-

peradas. Por ejemplo; el peso de las demandas físicas que van desde la incomodidad hasta el dolor. Recordemos que cualquier tratamiento de RA implica para la mujer la aplicación de varias inyecciones, extracciones sanguíneas, ecografías transvaginales, anestесias totales o locales, la entrada a un quirófano con los temores que conlleva, las molestias de los efectos colaterales de los medicamentos y los procedimientos. Punciones y biopsias testiculares son también frecuentes entre los hombres.

Además de tanta intromisión y estudios sobre el cuerpo de estas personas, deben aprender un lenguaje nuevo y específico, conocer determinados eventos relacionados con todos los procesos orgánicos y psicológicos que conducen a un embarazo y mirarlos de cerca y entenderlos para poder tomar decisiones adecuadas. Estos tratamientos tienen varias etapas y obviamente tienen que superar una para entrar en la otra. Entonces, primero tienen que esperar que su hipófisis “se duerma”, luego esperan que sus ovarios funcionen activamente produciendo muchos folículos, más tarde poder recuperar varios óvulos y que sean utilizables, después que esos óvulos sean fertilizados y lleguen a convertirse en embriones pasibles de ser transferidos a su útero. Todo este proceso genera apego emocional intenso y suelen sufrir decepciones fuertes, aún cuando ni siquiera saben si van a quedar embarazados o no.

La comunicación entre los esposos y con el entorno también se ve alterada. Por efecto de las hormonas, las mujeres están generalmente altamente vulnerables a la tristeza, la irritabilidad, y a otras emociones que son vividas con una intensidad fuera de lo habitual. Además pueden sentir calores, dolores de cabeza, molestias musculares, inflamación pélvica y alteraciones del sueño. Si el entorno no sabe que están haciendo un tratamiento o no conoce las particularidades de los mismos, difícilmente comprendan o puedan ayudar en estas circunstancias, lo que influye de manera negativa. Cuando a las

parejas se las previene de estas alteraciones generalmente logran vivir momentos de mucha comprensión y apoyo entre ellos. Quienes han informado del tratamiento a parientes o amigos, habitualmente reciben ayuda en distintas variantes que van desde el ofrecimiento de dinero hasta contención emocional y muchas demostraciones de cariño.

Dentro de los pacientes infértiles que reciben indicación de realizar tratamientos de alta complejidad, solo aquellas personas con determinadas características de personalidad los realizan. Son personas que aceptan ayuda externa, que luchan por sus ambiciones, que son independientes y creativas. Además, por lo general, la relación marital es lo suficientemente buena como para enfrentar todos los avatares a los que se expone.

Sin embargo las mujeres y los hombres reaccionan a estos tratamientos de distinta manera. Las mujeres los viven con mayor ansiedad y estrés. Colaboran en estos estados, fundamentalmente, factores externos, como el peso del tratamiento que recae sobre su físico y la cantidad de requerimientos a los que el tratamiento las somete, y factores de su esfera personal relacionados con la responsabilidad que ellas sienten de dar un hijo a su marido y a la culpa con que se cargan si no quedan embarazadas cuando les fueron transferidos embriones. Los hombres en cambio funcionan como sostén emocional de sus esposas y les preocupa que ellas deban cargar con el peso del tratamiento sobre sus cuerpos, aún cuando sean ellos los que tengan el problema físico de infertilidad. Difícilmente pidan ayuda o manifiesten sus temores. El esconder sus sentimientos, el negarlos, los hace sentir protegidos. Solo exteriorizan temores respecto de no poder tomar la muestra de semen o que su calidad no sea óptima, los costos del tratamiento y en algunos casos, qué podría pasar si el tratamiento no diera resultados positivos.

Como verán, son muchos los factores psicológicos en juego cada vez que una pareja entra a algún plan de alta compleji-

dad. Cuando se puede realizar trabajo psicológico preventivo, muchos de estos inconvenientes se toleran de mejor manera y los riesgos de secuelas disminuyen. Todos los equipos médicos que trabajan en RA deberían incluir un profesional del área de salud mental dentro de su staff. Ello les permitiría facilitar el tránsito de sus pacientes por las etapas diagnósticas y de tratamientos, ayudándolos a: desarrollar mecanismos de adaptación eficaces, pensar acerca de las múltiples decisiones que se van presentando a lo largo de los tratamientos, entrar tranquilos a los quirófanos, reducir los niveles de estrés que influyen en las respuestas orgánicas, prevenir fallas en la obtención de las muestras de semen, disminuir los efectos de la crisis de la infertilidad, prevenir el deterioro a largo plazo, sentirse contenidos emocionalmente, etc.

## VII

### *Donación de gametos*

Dentro de los recursos de los que dispone la medicina reproductiva, la donación de gametos es probablemente uno de los temas que más suscita la polémica y discusión social. Ninguna de las grandes religiones acepta como válido este modo de formar una familia. Parte de la sociedad tiene una posición adversa sustentada en confusiones tales como pensar que el funcionamiento familiar no será bueno, que el niño va a ser "raro" o que va a tener problemas psicológicos. Quienes trabajamos cotidianamente en este campo vemos que aquellas parejas que han elaborado adecuadamente el tema forman familias de buen funcionamiento y que los niños son absolutamente sanos y normales. En todo caso el mayor riesgo de problemas para el niño puede venir de la discriminación externa y de la pared de prejuicios que muchas veces separa lo tradicional de lo novedoso.

Toda pareja que está decidiendo acerca de la posibilidad de realizar un tratamiento de este tipo debiera contar con un asesoramiento psicológico específico. En este asesoramiento se debe ayudar a la pareja a trazar planes adecuados para encarar sana y eficazmente este modo particular de formar una familia. Hay temas que es necesario trabajar antes de iniciar una donación de gametos, temas que tienen que ver tanto con el presente como con el futuro. Preguntas y temores que frecuentemente se presentan y que si no son trabajados antes del tratamiento, pueden presentarse durante el embarazo o luego de que el niño haya nacido. ¿Cómo calmar el dolor que produce el no poder aportar los propios genes? ¿Es sana la donante? ¿Cómo nos vamos a sentir al recibir gametos donados? ¿Qué características se transmiten genéticamente? ¿Qué rasgos recibirá de ella? ¿Qué voy a sentir durante el embarazo o posteriormente? ¿Qué va a sentir mi hijo si se entera de la donación? ¿Qué es lo mejor para él, contárselo o no decirle nada? ¿Qué decirle? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Cómo reaccionarán nuestras familias? ¿Qué haremos si fracasa este tratamiento?

## VIII

---

### *Actitudes tendientes a facilitar el tránsito por la infertilidad*

Existe la creencia bastante generalizada entre las parejas infértiles de que solo la llegada de un hijo calmará sus angustias y pesares. Esto es real a medias, ya que si bien muchas parejas cuando logran embarazarse recobran su plenitud pasada, otras no logran recomponer las áreas de sus vidas que se dañaron durante la búsqueda aún cuando ésta haya sido exitosa.

Hay maneras de paliar y sobrellevar mejor el tránsito por la infertilidad que son independientes del resultado. Sobre estas

situaciones las personas si pueden ejercer cierto control y el esfuerzo, vale la pena. Mencionaré algunas de ellas.

1. Comunicar-comunicarse: el transmitir sus sentimientos al cónyuge, a la familia, a los amigos siempre ayuda. Incluso participar de grupos de apoyo con otras personas con su mismo problema les permite compartir vivencias comunes y modos de adaptarse que han sido útiles para otros en su misma situación.
2. Evitar que la única meta de sus vidas sea el hijo y poner el énfasis en crecer en ellas, paralelamente.
3. Brindarse tiempos de descanso, de relax. Esto quita presión, mejora la sexualidad, permite conectarse con situaciones que favorecen el normal funcionamiento psicofísico de las personas, permite “recuperar fuerzas”, permite reevaluar objetivos y metas y sus modos de alcanzarlos.
4. Acudir a profesionales médicos que entiendan la dimensión real de la infertilidad para las parejas, que abarca no solo la imposibilidad de tener un hijo biológico sino que implica una crisis a nivel emocional muy grande que debe tomarse en cuenta para que la terapéutica sea realmente eficaz.
5. No dejar de lado la posibilidad de pedir ayuda a profesionales dedicados al cuidado de la salud emocional y psíquica. De ellos pueden recibir asesoramiento, información, apoyo u orientación para tomar decisiones difíciles, preparación para tratamientos complejos (ej. donación de gametos, alta complejidad, etc.) o prepararse para ser padres adoptivos. En algunos casos, cuando ha habido pérdidas importantes, cuando los componentes emocionales destructivos están aumentando y se pierde el sentido de equilibrio psíquico, la psicoterapia individual es lo más indicado.

El solo deseo de tener un hijo no alcanza. Muchos factores no están bajo nuestro control por mucho que nos esforcemos. Los efectos de la infertilidad se presentan en distintos grados en todas las personas que la padecen. La posibilidad de menuear los aspectos negativos y aprovechar los positivos depende de cada uno.

## IX

### *Salidas de la infertilidad*

¿Cuándo termina la ordalía?

Existen dos vías principales de salida de la infertilidad. 1º) "Exitosa", en los casos en que las parejas llegaron a cualquiera de estas tres posibilidades: a) son padres de un hijo biológico; b) son padres de un hijo adoptivo; c) decidieron seguir su vida libre de hijos. 2º) "Frustrante": "lo que la vida nos dejó".

La primera de las vías es aquella en la cual la pareja siente que a pesar de todo lo vivido, llegaron a un lugar de paz, sin remordimientos, sin reproches, contentos de su situación actual. La segunda vía, es la negativa; es aquella en la cual la pareja siente que el destino, Dios o la suerte, los dejó. Ellos no pudieron encontrar la manera de ser PADRES si es lo que deseaban, o no pudieron elegir otras metas y un futuro con aspectos positivos y nutritivos, aún cuando no pudieran tener su hijo biológico. "Un hijo NO CURA la infertilidad".

Obviamente, todos aquellos que, quizás por años, lucharon por tener un hijo biológico de ambos, esperan tenerlo y generalmente son muy felices al lograrlo. Pero el final feliz no es exclusivamente para ellos. El tiempo, factor tan relevante en esta problemática, si bien fue enemigo en muchos casos, en

otros, permite repensar, reevaluar determinados posicionamientos que parecían inamovibles y que a la larga los llevan a un camino de madurez y crecimiento. Así vemos que muchas personas, a pesar del duelo que implica renunciar al deseo de ese hijo de ambos, cambian el concepto de “padres” y se dan cuenta que ser padre o madre no implica necesariamente el hecho biológico, sino más bien, criar, nutrir, amar a alguien que se convierte en su hijo por su voluntad y amor. Y en su mayoría se alivian mucho al darse cuenta que si quieren ser padres, pueden.

A otras parejas, la no llegada del hijo biológico, los inclina a decidir vivir sin hijos, pero por su propia decisión, apuntando a los beneficios que obtienen de no tener la responsabilidad de criar a un niño y enfocando sus vidas hacia otras áreas donde sí pueden generar, ser fértiles (trabajo, estudio, etc.). Y son felices con esta decisión.

A la vía de la frustración se llega por posiciones inflexibles, por no asumir que hay determinadas cosas que los seres humanos no podemos modificar. Estas frustraciones generalmente se cargan sobre el cónyuge, las personas que tienen hijos, los chicos en adopción, etc., etc. No pudieron encontrar una alternativa viable.

¿Qué cosas pueden hacer para ayudarse a “parar”?

1. Definir metas (Reproducción- Paternidad- Embarazo- Generatividad)
2. Proyectarse al futuro (10 años) ¿Hicimos lo que debíamos?
3. Preguntarse ¿Qué es lo más difícil de dejar?
4. Informarse, leer, hablar con otras personas que pasaron por la misma situación.
5. Hacer una lista de costos- beneficios de parar o no parar.

6. Identificar formas individuales de adaptarse a la realidad.
7. Establecer un punto final en el tiempo.
8. Conversar con el cónyuge sin coaccionarlo ni amedrentarlo.
9. Saber que difícilmente un médico tome la decisión por los integrantes de la pareja.
10. Balancear los deseos personales con los deseos de estar juntos.

La infertilidad sólo se constituye como tal cuando una pareja sufre porque algún problema que sobrepasa sus posibilidades de manejo les impide tener un hijo biológico. Tener pocos espermatozoides móviles solo afecta si deseamos reproducirnos. Cuando reproducirse no solo se circunscribe al "hijo biológico", la infertilidad desaparece, aunque los espermatozoides sigan inmóviles.