

# **ANTES DEL EMBARAZO**

## **Pongámonos de acuerdo: el momento adecuado**

El momento adecuado para ser madre es cuando la mujer está emocionalmente preparada y disfruta de una relativa comodidad económica. En el sentido psicológico, debemos considerar que la gente no adquiere sabiduría con la edad, sino con la experiencia, por lo que es muy difícil generalizar sobre los cambios presentes en las mujeres de embarazos tardíos, en el caso de que así se decidiera. De hecho, no hay ningún estudio serio que demuestre que la edad en sí (35 años o más), presuponga un declive físico determinante como riesgo de un embarazo.

Y hay una fortaleza personal muy selectiva en casos como la decisión de ser madre en solitario.

### ***¿El trabajo lo ha cambiado todo?***

La posposición del embarazo tiene relación con el creciente rol laboral y profesional de la mujer, la anticoncepción segura, el equilibrio de pareja y un pacto armónico entre los dos. Pero también de la salud o el miedo a situaciones anteriores como abortos de repetición.

Sin embargo, la carrera profesional y/o laboral marcan de forma muy potente la decisión de un embarazo.

### ***No obstante, no es lo mismo un trabajo que otro***

Es evidente. No es lo mismo un trabajo duro y poco estimulante, que la alta especialización profesional. Pero, en los dos casos pueden presentarse obstáculos para la decisión definitiva. La escasa especialización, la dureza laboral o la discriminación salarial, pueden ser tan restrictivas como la competitividad feroz o las demandas de constante actualización. Estos obstáculos se pueden **neutralizar** por las condiciones de satisfacción laboral, las decisiones que igualan los géneros, el trabajo en equipo con organización adecuada, que devenga el trabajo como más seguro, pero también por la forma de ser de cada uno.

### ***¿Es cierto que algunas mujeres trabajadoras temen que la decisión sobre el embarazo haga reaparecer en un futuro inmediato la dualidad trabajadora - ama de casa?***

Absolutamente. Sobre todo, si encuentra escaso apoyo en su contexto social y de pareja, y en el segundo rol, si lo encuentra poco motivador. El 77% de las mujeres jóvenes, con un promedio de 26 años, consideran muy importante mantener la propia individualidad en el seno de la pareja y que no deben ser las que renuncien a su desarrollo personal. Solo un 11% considera prioritario el tener hijos en este momento de su vida, el 32% prioriza la propia autonomía personal y el 30%, el trabajo. Estas son una de las explicaciones de que la decisión reproductiva se retarde cada vez más.

Se impone, pues, la responsabilidad compartida de la pareja y las políticas sociales de protección del embarazo.

### ***De acuerdo, pero muchas se estresan y esto supone un obstáculo ¿Tengo razón o no?***

El riesgo de estrés no depende ni de la decisión de embarazo ni de entrar de lleno en el mismo. El estrés es el resultado final del intento de adaptación ante la presión de situaciones que provocan alerta y que son vividas como eventos claramente amenazantes o disfrazados con la ansiedad, como novedades ante las cuales no sabemos reaccionar positivamente o como desafíos que nos bloquean y generan ansiedad. Si la situación se disipa, o bien contamos con estrategias de afrontamiento adecuadas, y todo vuelve a sus cauces. o si no, se eternizan las respuestas bioquímicas del cerebro y las hormonales que

pasan de ser puramente “avisadoras” a perjudiciales: Aparece el estrés con su impacto malsano, físico y mental.

***Vale, lo entiendo, pero si la mujer cae en estrés ¿Es o no un obstáculo para tratar de concebir?***

No negamos que la respuesta emocional y hormonal típica del estrés pueda ser un obstáculo para tratar de concebir, sea cual sea su *estatus* económico-social, pero es una rareza: Es más, muchas mujeres se han quedado embarazadas en situaciones agobiantes y claramente estresantes.

Otra cuestión es que se tema al embarazo por las causas que sean: Situación laboral, problemas familiares, y tantos otros. En estos casos, el embarazo podría ser un factor adicional para empeorar los acontecimientos estresantes. Será mejor resolver dichas situaciones amenazantes, neutralizando a su vez la respuesta emocional, antes de decidir la gestación.

***¿Y si el embarazo fuera “protector” del estrés?***

En algunos casos, es un elemento de reestructuración y de alegría vital que permite, paradójicamente, afrontar el estrés, pero el embarazo en sí mismo, con sus cambios físicos, hormonales y también cerebrales, no es un factor de protección de la salud mental materna.

***Sin embargo, he oído hablar del “estrés materno”. ¿Es una falacia?***

En absoluto. El embarazo puede ser estresor, debido en parte a la alerta ansiosa frente a las *pruebas médicas del embarazo*, como las ecografías de control, y el llamado “*triplescreening*” para descartar trastornos del feto, como podría ser el síndrome de Down : Consiste en dos analíticas de sangre específicas y una ecografía, en la semana doce, con el comprensible temor de que “algo no vaya bien”. También por la *adversidad ambiental grave* (catástrofes naturales), los *acontecimientos biográficos adversos* (económicos, de pareja, familiares enfermos...), el malestar psicológico o la ansiedad, pueden ser potenciales agentes estresores si aparecen en el embarazo.

***Llegados aquí, ¿Pueden explicarme en qué consiste el Afrontamiento al estrés?***

Los procesos de afrontamiento son un esfuerzo cognitivo y conductual que se ponen en marcha para manejar las circunstancias estresantes e intentar mitigarlas, neutralizarlas, pero sobre todo resolverlas a fin de detener el proceso del estrés y detener su marcha inexorable. Es un claro ejercicio adaptativo.

Si la pareja o la madre están estresados, será útil intentar modificar la situación a su favor, lo que se denomina *Resolución de Problemas*. Si no fuera posible, puede ayudar el variar el punto de vista sobre el problema y el significado que tenga; es la llamada *reestructuración cognitiva o del pensamiento*. Es muy adecuado recabar el apoyo mutuo de la pareja y el de amigos o familiares, lo que se considera el *apoyo social*, y, por supuesto, hallar formas de liberar y gestionar las *emociones*.

Por el contrario, escapar de la situación o actuar como si no existiera o *evitación del problema*, fantasear sobre cómo podrían ser diferentes las cosas o *pensamiento desiderativo*, auto inculparse en exceso, lo que equivale a la *autocrítica*, así como aislarse, practicando la *retirada social*, son estrategias que conducen al estrés y erosionan la capacidad de afrontar con éxito, tanto la situación como las emociones negativas que nos abruman.

## **Sufrí un aborto. Mi ginecóloga me ha tranquilizado, pero yo no las tengo todas conmigo**

El aborto espontáneo precoz, es decir, el que acontece en las primeras semanas de embarazo, es la complicación más frecuente del embarazo, alcanzando una frecuencia del 15% de todos los embarazos reconocidos. En muchas ocasiones no obedece a una patología que condicione su repetición, sino que es la consecuencia natural de un fallo inicial del embrión y, como tal, la propia naturaleza limita su continuidad. En este sentido, es un fenómeno de protección para que el resultado final sea un bebé sano.

Su ginecóloga sabe muy bien por dónde va, ya que la conoce bien, así como sus circunstancias específicas. La decisión no es fácil, y necesita este marco de referencia médico, y si es capaz de superar su miedo a otro aborto.

### ***Así y todo, no sé cómo lo voy a pasar. Esperaré lo peor***

Si su ginecóloga la protege efectiva y *afectivamente*, las incertidumbres, los sentimientos de culpa o los miedos excesivos serán afrontados con el apoyo de su pareja y entorno social, procurando extinguir el exceso de conversaciones sobre el tema en un intento de no estar todo el rato tranquilizando a la futura mamá, ya que la pequeña ganancia que se obtiene es contraria a la adquisición de autonomía. Si “aceptamos” el pensamiento sin luchar contra él, lo dejaremos atrás y se extinguirá por sí solo. Le aconsejamos:

- No esté tan pendiente del embarazo, sepa cubrir sus pensamientos con alternativas tanto de ocio como de responsabilidades.
- Acepte los miedos como algo lógico, pero razónelos, desarrolle pensamientos alternativos, practique distracción activa...Estos ejercicios se denominan *reestructuración cognitiva* y puede ayudarle un psicólogo perinatal a adiestrarse en ellos.
- Aprenda técnicas de control de la ansiedad, como la relajación, la solución de problemas...Hasta adquirir la convicción del autocontrol.

### **Recuerde que...**

- *El momento adecuado para el embarazo es cuando la mujer está emocionalmente preparada y disfruta de una relativa comodidad económica.*
- *El trabajo y la promoción profesional de la mujer son también elementos decisivos.*
- *El embarazo puede ser promotor, pero también protector del estrés. Para vencerlo deben conocerse y aplicarse los elementos positivos del Afrontamiento al Estrés: resolución de problemas, reestructuración de los pensamientos alterados, apoyo social y expresión y gestión emocional.*
- *Una historia de abortos previos es un factor que puede afectar la decisión, pero las técnicas de control de la ansiedad pueden ser de gran utilidad para neutralizar los efectos emocionales negativos.*

## **¿Son razonables mis miedos?**

¿Te has sentido **aterrada** ante la idea de estar embarazada? ¿Has anticipado que algo malo podía ocurrirte, algo irreparable, para tu salud o la del bebé, durante el embarazo o el parto, produciéndote una enorme ansiedad que no puedes dominar?

Las mujeres que sufren este tipo de fobia se sienten **incapaces de buscar un embarazo**, aunque sus deseos de ser madres sean muy altos, y lo posponen o evitan durante mucho tiempo. Tienen una auténtica obsesión por la anticoncepción. Es un verdadero pánico por tener un hijo, pero también temen las responsabilidades de su cambio de vida, así como un rechazo a los lógicos y reparables cambios físicos. Si llegan a

quedar embarazadas, algunas (las más graves), llegan a pensar en el aborto; otras -en las que destaca fundamentalmente la fobia al parto vaginal- piden insistentemente la cesárea. Algunas, prefieren antes la solución de adoptar. Este miedo irracional recibe el nombre de **tocofobia**. Se denomina *primaria* si se presenta en primíparas, y *secundaria* si acontece en mujeres ya con hijo/as. En los casos de primarias, puede ya detectarse en la adolescencia, siendo más frecuentes, como causas, la desinformación, alteraciones psicológicas (personalidad particularmente ansiosa) o haber sufrido abusos sexuales, con el correspondiente estrés postraumático. En el siguiente capítulo, se comenta el caso de Alexandra, con antecedentes de abuso.

En el caso de las secundarias, la depresión posparto, las alteraciones psicológicas, las personalidades muy ansiosas, obsesivas o con exceso de perfeccionismo, experiencias anteriores perturbadoras con el embarazo o el parto, como por ejemplo vivencias traumáticas de riesgo vital para la madre o de violencia obstétrica, son algunas de las causas más frecuentes.

### ***¿Como se trata la tocofobia?***

La deben tratar psicólogos o psiquiatras especialistas en terapia cognitivo conductual, con el soporte del/la obstetra.

Una psicoeducación adecuada, que promueva una información objetiva y realista sobre el embarazo y el parto y derribe mitos, es el arranque imprescindible de una buena terapia. Los cambios y reestructuraciones de los pensamientos alterados y la exposición, tanto imaginativa como virtual, a las situaciones temidas, son nucleares en la terapia. El abordaje en pareja y las técnicas específicas para la ansiedad (relajación, afrontamiento de situaciones y síntomas, objetivación de las preocupaciones excesivas...) son las estrategias adecuadas para el tratamiento. Las alteraciones paralelas también deben ser abordadas: Estrés postraumático a consecuencia de los abusos, alteraciones de personalidad, sobre todo de las dimensiones ansiosa o perfeccionista, u otras alteraciones de la salud mental, como, por ejemplo, el trastorno obsesivo o prevención de posible depresión posparto, si se había padecido anteriormente.

Sería también adecuada una información objetiva y veraz sobre el embarazo y el parto en la adolescencia, periodo en el que se inician muchas tocofobias primarias.

## **Cambios en mi vida cotidiana: Alcohol, tabaco, medicamentos...¿Los puedo aplazar?**

La búsqueda del embarazo lleva implícita la incertidumbre de en qué preciso instante, va a comenzar la vida del bebé. Esto significa que, cuando se constate el embarazo por un retraso en la menstruación o una prueba de embarazo positiva, habrán transcurrido un mínimo de 10 días de la implantación del embrión en el útero materno. Todo aquello que pueda ser potencialmente perjudicial para el embarazo, habrá que evitarlo durante la etapa reproductiva. Y este es el caso del alcohol, el tabaco y algunos medicamentos.

### ***Fumar es un placer.....***

Esta es una canción muy conocida, pero también es una realidad. Se ha demostrado que el tabaco actúa en los circuitos nerviosos, tanto del placer incrementándolo, como de la ansiedad, que aplaca. Pero es una droga intensamente adictiva, a nivel *psicológico*, arraigado en las costumbres, los vínculos sociales, la seguridad...Y también lo es *química*, como lo demuestra el síndrome de abstinencia, el famoso "mono", que acaba asociándose a la vulnerabilidad psicológica en los momentos tanto de ansiedad como favorables

Las consecuencias del tabaquismo en el bebé son analizadas en el capítulo de embarazo. La nicotina y las otras sustancias presentes en el tabaco atraviesan la barrera placentaria y afectan directamente al feto, con una disminución de la capacidad para

transportarle oxígeno. Unos efectos que tienen que ver con la dosis, la edad de inicio y volumen de humo inhalado.

***Lo tengo claro: Debo disminuir drásticamente o - mucho mejor-, dejar de fumar. ¿Qué es lo mejor, terapias psicológicas o fármacos?***

Lo mejor son técnicas *conductuales* de autocontrol, de *capacitación cognitiva* o cambio de pensamientos favorables al efecto del tabaco, de reconocimiento de *factores de riesgo*, tanto emocionales, como sociales. Adiestramiento en el control externo ambiental, tal como se hace hoy día con las prohibiciones generalizadas de fumar en lugares públicos o ambientes específicos, desviarse hacia conductas alternativas y solicitar el apoyo del grupo familiar.

Deben combinarse con fármacos:

***En primera línea***

- *Terapias de reemplazo nicotínico.* Se emplea nicotina en cantidad suficiente para para disminuir los efectos del síndrome de abstinencia por ocupar los receptores de nicotina del cerebro.

- *La nicotina tabáquica en un 60 a 100%. Parches, chicles, caramelos dispersables y tabletas sublinguales* son las recomendadas. Los vaporizadores están en discusión por posibles efectos malsanos de tipo respiratorio, y, de momento, ocupan una línea secundaria. Pueden combinarse en grandes fumadoras o fracasos terapéuticos anteriores, así como aquellas usuarias con deseo muy intenso de consumir.

- *Vareniclina.* Ocupa también los receptores de nicotina, disminuyendo la abstinencia y debilitando la acción positiva del tabaco sobre el placer y menor necesidad para paliar el efecto negativo de reacciones emocionales. Es la opción farmacológica con *mayor efectividad*, con efectos de prevención de recaídas a largo plazo. Acostumbra a iniciarse combinado con continuar fumando hasta un día prefijado, en general el octavo, en que se deja de fumar y se prosigue con el tratamiento farmacológico. Es el único fármaco que permite la anulación total del tabaco desde el momento en que se decide, ya que bloquea los efectos de la nicotina adicional fumada si la paciente recayera en el tratamiento. La duración del tratamiento va de 12 a 54 semanas; la decisión es siempre médica y depende de historia de recaídas previas u otras que considere el profesional. Hoy día es considerado como el fármaco de primera elección en los casos en los que se precisa la anulación total del tabaquismo.

***En segunda línea***

***Bupropion***

Es un antidepresivo que alivia el ansia de fumar y la abstinencia en general. Inhibe la acción de los receptores de la nicotina. Es más adecuado en pacientes con depresión concomitante, pero puede utilizarse en población general. Tiene una serie de contraindicaciones o efectos secundarios, en general compensables y que el facultativo conoce muy bien y sabe cómo afrontar. En cualquier caso, es un fármaco ampliamente utilizado en depresión y muy bien tolerado.

***¿Son bien tolerados en el embarazo?***

Las terapias de reemplazo nicotínico están contra indicados relativamente; el obstetra decide.

El uso de la Vareniciclina no se recomienda en el primer trimestre.

El Bupropion no presenta complicaciones específicas en el feto, pero tampoco se recomienda en el primer trimestre.

Por estas circunstancias, pero también por la propia dinámica del proceso de gestación, es adecuado plantearse la decisión y los pasos efectivos de cesación parcial y - mucho

mejor- total, del hábito de tabaquismo en las fases decisorias del embarazo y, sin excusas, de forma previa al embarazo.

### ***La sombra del alcohol es alargada.***

El alcohol afecta más a las mujeres, que corren mayor riesgo de efectos indeseables con esta sustancia. El nivel de alcohol en sangre alcanza valores más altos que en los hombres, con las mismas cantidades. Ello se debe a que el cuerpo de la mujer tiene menos agua, y el alcohol -que acostumbra a mezclarse con esta agua-, alcanza mayor concentración.

En el embarazo el consumo de alcohol es peligroso, incluyendo pequeñas cantidades. El riesgo de que el niño pueda tener problemas de aprendizaje y comportamiento, así como malformaciones faciales, es grave, sobre todo en grandes cantidades. Pero incluso la ingesta moderada puede aumentar el riesgo de parto prematuro, aborto y el síndrome de alcoholismo fetal.

Por tanto, durante la búsqueda del embarazo y, desde luego, en los inicios de este, debe plantearse la supresión del alcohol, lo cual se alargaría en la lactancia. Si tienes claros problemas de motivación, sientes la necesidad de seguir ingiriendo (aunque sea en pequeñas dosis y alternadas) y te cuesta dejarlo, debes consultar a un psiquiatra especialista en el tema, o en perinatal, que te aconsejarán debidamente sobre diversas estrategias como control de estímulos, manejo de situaciones de riesgo, modificaciones de creencias distorsionadas sobre el efecto “positivo de la copita”, gestión del apoyo familiar, social y de la pareja, utilización de *mindfulness* o técnicas de afrontamiento al estrés o a la ansiedad, así como otras soluciones alternativas.

Si fuera preciso, el tratamiento farmacológico solo podrá plantearse antes del embarazo, por estar los fármacos específicos contraindicados en embarazo y lactancia. Si se siguen las normas básicas que nombramos en el siguiente capítulo, así como de las otras posibles que hemos explicado, no será necesaria la farmacología, excepto en casos muy aislados.

### **Tomo un psicofármaco, ¿Debo interrumpirlo?**

Si tomas algún fármaco para la ansiedad, depresión o algún otro malestar emocional, habla con tu psiquiatra antes de buscar embarazo para trazar el mejor plan de tratamiento que te proteja de recaídas. ¡En ningún caso debes interrumpirlo por tu cuenta!, podrías precipitar una recaída, y los trastornos emocionales maternos descompensados no son inocuos para el embarazo. La depresión y ansiedad maternas deben ser siempre evitadas y tratadas porque pueden generar consecuencias negativas, no solo sobre el bienestar de la madre, sino también sobre la descendencia y el entorno familiar, y un buen plan de tratamiento evitará que recaigas...

Tu psiquiatra, o bien un psiquiatra perinatal si así se considera, es la persona indicada para realizar un adecuado balance riesgo-beneficio y determinar la mejor opción terapéutica.

En general, está aceptado el uso de la mayoría de los **antidepresivos**, existiendo una gran experiencia con algunos de ellos como la sertralina, la fluoxetina y el citalopram), y sin atribuirseles propiedades mal formativas, razón por la cual pueden ser utilizados antes y al inicio del embarazo.

Los tranquilizantes, también llamados benzodiazepinas, como el diazepam, lorazepam, y otros, deben ser evitados, en el primer trimestre del embarazo y, por lo tanto, limitar también su uso en la etapa reproductiva, ya que pueden generar malformaciones menores.

El valproato, fármaco utilizado para la epilepsia y el trastorno bipolar, deberá siempre evitarse si vas a buscar un bebé, dada su elevada capacidad mal formativa. Si lo estás tomando, debes antes revisar el tratamiento con el especialista para sustituirlo por otro medicamento que sea seguro. Una vez cambiado, deberá confirmarse la eliminación del fármaco de tu organismo mediante un análisis y esperar un tiempo prudencial hasta

confirmar que el nuevo fármaco te mantiene estable de tu enfermedad, antes de iniciar la búsqueda del embarazo.

### **Recuerda que...**

- *La tocofobia puede generalizarse a otras circunstancias de la maternidad, que no son solamente las derivadas del miedo al embarazo/parto.*
- *Tanto la tocofobia primaria, como la secundaria son fruto de causas diversas como el abuso sexual, la desinformación, la personalidad ansiosa u obsesiva o la depresión.*
- *La psicoeducación, la reestructuración cognitiva o la exposición imaginativa o virtual, la actuación sobre la depresión o su prevención o la terapia de aspectos específicos de la personalidad, son algunas de las estrategias exitosas ante la tocofobia.*
- *Las técnicas conductuales y cognitivas son las más adecuadas para dejar de fumar. Deberán combinarse con fármacos específicos, como la vareniclina u otros, con control médico.*
- *Igual que el tabaco, el alcohol es peligroso para el bebé en el embarazo y lactancia, por lo que debe iniciarse la supresión en el pre-embarazo. Diversas estrategias cognitivas conductuales, incluyendo específicos contra el estrés o la Ansiedad, situaciones que pueden desencadenar la ingesta alcohólica. Los fármacos sólo deben plantearse en casos muy resistentes y antes del embarazo.*
- *Los psicofármacos deben ser siempre controlados por el psiquiatra en esta situación vital. La mayoría de los antidepresivos son bien tolerados, pero sus dosis y las excepciones que pueda haber (incluyendo cambios o anulaciones) son objeto de protocolos médicos. Algo semejante con otros psicofármacos.*

El litio, otro psicofármaco indicado en el trastorno bipolar, puede ser aplicado en la etapa reproductiva y en el embarazo porque, a pesar de que se le han atribuido propiedades mal formativas a nivel cardíaco fetal (anomalía de Ebstein), estas son muy poco frecuentes (1-2 de cada 1000 nacidos vivos) y, las publicaciones más recientes afirman que este fármaco no tiene el potencial teratógeno descrito históricamente.

## **No hay manera: ¿Seremos estériles?**

*Cristina siempre quiso ser madre, y esperó “su momento”, el de mayor estabilidad en su vida: de pareja, laboral y económica, para ponerse a ello. Lo que nunca pensó es que algo, aparentemente tan sencillo, se convertiría en una pesadilla. Después de dos años de búsqueda y tres tratamientos de reproducción fallidos, se encontraba abatida: se sentía paralizada para dedicarse a los tratamientos; le costaba relacionarse porque los bebés proliferaban entre sus amistades, su sexualidad había perdido la chispa y le recordaba que “tenemos un problema”; se sentía angustiada y negativa ante nuevos intentos de tratamiento, y al mismo tiempo le invadía la culpa ante la idea de “¿será mi obsesión y mi ansiedad lo que impide quedarme embarazada?”*

El caso de Cristina no es una excepción. La infertilidad es un problema muy común (afecta al 15% de la población) y, aunque puede tener solución, ésta acostumbra a ser larga, costosa e incierta, lo que supone un acontecimiento vital estresante en la vida de la pareja que tiene repercusiones psicológicas en un 40% de los casos. Por esta razón, el apoyo psicológico especializado puede resultar de gran importancia.

### **¿Y cómo consiguió afrontarlo?**

- **No más culpabilidad.** El primer gran alivio de Cristina fue cuando le dijimos que no se ha demostrado que la ansiedad sea un factor determinante para el resultado del



tratamiento Dejaron de afectarle comentarios de "olvídate, vete de viaje, no te quedas embarazada porque estás obsesionada", que tanto la habían hecho sufrir.

- **Entendió mejor sus emociones:** Se le enseñó a identificar la rabia, el sentimiento de injusticia, la tristeza; aceptarlas y aprender a matizarlas descubriendo los pensamientos negativos que las provocan. Esta gestión de sus emociones redujo su sufrimiento.

- **Deshazte de tus miedos:** ¿Te aterra ponerte inyecciones?, ¿te preocupan en exceso cuestiones como "¿me sentiré mayor como madre?, ¿estamos haciendo lo correcto?". Los miedos pueden llegar al bloqueo y a provocar una gran ansiedad; es esencial gestionarlos y afrontarlos adecuadamente. Así se actuó con Cristina.

- Aprender a **regular la ansiedad** y la **preocupación**. El entrenamiento en relajación, respiración diafragmática y las técnicas de mindfulness ayudarán a conseguirlo.

### ***Comunícate, no lo pases sola.....***

- **Comunícate mejor**, busca el apoyo en los demás. Ana (otro caso muy parecido), se había aislado de su círculo de amistades y familiares; estaba harta de recibir buenas nuevas de embarazos y de preguntas invasivas: "y vosotros qué, ¿cuándo os pondréis?", a las que no sabía qué responder sin parecer enfadada y acababa callando. Le resultó muy útil aprender a ser asertiva, es decir, expresar lo que sentía y de forma adecuada: ni pasiva ni agresiva; su entorno la entendió mejor y ella dejó de sentirse incómoda en muchas situaciones.

- **La pareja: Tu mejor aliado.** Aunque muchas veces percibas que tú sufres más y llevas el peso físico de los tratamientos, no debes olvidar que estáis en el mismo barco, que perseguís el mismo objetivo. Es esencial fomentar una buena comunicación entre la pareja, compartir emociones y puntos de vista os ayudará. Y si la sexualidad se ha visto afectada (son especialmente frecuentes los fallos de erección en el hombre, por la ansiedad de rendimiento o temor a "no cumplir" en los días "que toca", y la pérdida de deseo en la mujer, descrita hasta en el 50% de los casos). También hay técnicas para reactivar y mejorar la sexualidad.

### ***Calidad y calidez...***

- No permitas que se pierda la **calidad de vida:** Aprende a diversificar y recupera áreas vitales que has olvidado por el camino.

- Prepárate para **superar obstáculos**, como el corredor de fondo. No sabemos cuándo llegará el embarazo ni cuántos ciclos de tratamiento serán necesarios para conseguirlo. Un buen plan de salud mental te ayudará a ser más resistente frente a los acontecimientos difíciles.

- Aprende a generar **expectativas realistas** frente a los resultados de los tratamientos: ni el excesivo optimismo ("seguro que esta vez lo conseguimos") ni el catastrofismo ("esto es imposible, he perdido la confianza") resultarán eficaces.

- Déjate ayudar en la **toma de decisiones difíciles**, obteniendo toda la información necesaria para ello y aprendiendo técnicas como la solución de problemas, para visualizarlo con más claridad. Algunos momentos requieren una especial atención: cuando se plantea la necesidad de donación de gametos o nos acercamos al final de los tratamientos

**No te sientas sola.** El apoyo psicológico servirá para acompañarte a lo largo de tu ciclo de tratamiento, prepararte para afrontar los momentos más difíciles y ayudarte a disfrutar más de lo positivo que hay en tu vida, y que muchas veces ha quedado en el olvido.

## **Necesito una donante**

**Inés: "Decidí ser madre cuando mis circunstancias de vida eran las óptimas: pareja, trabajo, seguridad económica...Era mi momento, y lo sabía. Lo que nunca pensé es que "mi momento vital" estaría tan alejado de "mi momento biológico" óptimo para ser madre, marcado indefectiblemente por la edad. Por eso, cuando el doctor me informó de la necesidad de recurrir a una donación de ovocitos, me cayó como un jarro de agua fría. En aquel instante no sabía si querría ser madre de esa manera"**

### ***La realidad biológica reproductiva***

A medida que avanzamos en el tiempo, la distancia entre la edad biológica óptima para ser padres y la edad psicosocial, marcada por una mayor estabilidad y seguridad en la vida, es cada vez mayor. Así como la edad biológica óptima no se ha movido en todos estos años, estableciendo las mejores condiciones físicas antes de los 35 años para la maternidad y antes de los 45 para la paternidad, la psicosocial no para de alargarse. Hemos de ser conscientes de que, al aumentar la edad de los padres, aumentan también las probabilidades de que se generen anormalidades cromosómicas, responsables tanto de abortos como síndromes congénitos en la descendencia. Realidad no solo evidenciada para las mujeres, sino también para los hombres

De ahí la claridad, por parte del ginecólogo, en recomendar la *donación de gametos*, basada en una realidad biológica reproductiva, que tendrá un coste psicológico.

### ***¿En qué consiste lo que llaman duelo genético? Es un término algo agobiante...***

Nadie está preparado para ser madre/padre sin la presencia de su genética en el hijo. Cuando surge esa situación, pueden aflorar emociones de dolor, culpa, tristeza, pérdida, frustración y miedo, propias de lo que se denomina el "duelo genético".

"Los primeros días me sentí muy culpable por no haberme puesto antes a buscar el embarazo, ahora era demasiado tarde...". En la primera fase de este duelo, predominan los sentimientos de culpa, tristeza y frustración, dejando paso después a una segunda fase en la que el dolor es menos intenso, pero surgen los miedos respecto a esta opción terapéutica:

- "No se parecerá a mí si no lleva mis genes".
- "Quizá no sienta al hijo como mío".
- "Será más tuyo que mío".
- ¿Cómo me sentiré cuando alguien diga que se parece/o no se parece a mí?
- "¿Debemos decírselo a la familia?"
- "¿Debemos decírselo a nuestro hijo?, ¿Cuál es el mejor momento y la forma más adecuada?"
- "¿Será perjudicial para nuestro hijo a largo plazo?"

Es importante dar respuesta a estos temores para poder elegir con serenidad si deseamos optar por el tratamiento con donación de gametos.

### ***¿Y cómo se supera? Del dolor a la ilusión...***

Como todo proceso de duelo o pérdida, precisa un tiempo de procesamiento y adaptación a la nueva realidad y cada persona/pareja necesitará el suyo; en general, acostumbra a durar unos cuatro meses.

Algunos consejos que pueden ayudar:

- **Tómate tu tiempo**, no te impacientes. Hay que vivir las etapas del duelo genético; aunque se sufre, tiene un final.
- Fomenta la **comunicación con la pareja**. Es momento de compartir sentimientos, buscar el apoyo mutuo y hacer equipo superando barreras juntos.

- No olvides que no toda la genética del individuo se reduce a la que aportan los gametos de origen: tu bebé va a generar genética nueva, y tu ambiente intra-útero incorporará modificaciones en la genética de tu hijo. A este proceso se le denomina **epigenética**.

- **En efecto, no todo es genético**; el ambiente en el que se desarrolla el individuo a lo largo de la vida, los valores transmitidos, la educación, la cultura, y las aficiones constituyen un modelo que determinará los rasgos caracteriales de la persona (parte modelada, no genética, de la personalidad) y gran parte de su esencia.

- Empieza a valorar **alguna ventaja**: El gameto joven reduce considerablemente el riesgo genético en la descendencia. Además, se verán ampliamente incrementadas las probabilidades de éxito de consecución del embarazo.

- **Centremos el objetivo** en la que fue nuestra principal motivación: ser madre/padre y volvamos a ilusionarnos con la llegada del bebé.

- **Desactiva tus miedos**. Cada vez se dispone de más información científica que documenta la normalidad de las familias y el bienestar de la descendencia nacida mediante la donación de gametos, en estudios de seguimiento a largo plazo: Algunos de ellos alcanzan los 18 años de la descendencia.

**Inés: "Después de un tiempo de estar afligida, con dudas y temores, dejé de sentirme víctima de mis circunstancias y empecé a ilusionarme con lo que me había hecho llegar hasta allí: El proyecto de ser madre. Y ahora sentía que estaba muy cerca de poder conseguirlo".**

### ***¿Cuándo es necesario el apoyo psicológico?***

Debería estar presente **siempre** que sea preciso un tratamiento con donación de gametos. Servirá para:

- Amortiguar el impacto psicológico inicial asociado a la noticia de la necesidad de donación de gametos
- Acompañar a la pareja en su proceso de duelo, facilitando la expresión de las emociones y el desarrollo de comportamientos adaptativos para la superación de este
- Analizar los miedos respecto al tratamiento y la maternidad mediante donación de gametos y enfrentarnos a ellos con toda la información necesaria y de rigor científico que ya disponemos

### ***¿Llegaré a vincularme bien con mi hijo?***

La evidencia científica ha determinado:

- La ausencia de problemas en el vínculo fetal y en la actitud hacia el embarazo en este tipo de maternidad
- No hay diferencias en los sentimientos de los padres hacia los hijos con respecto a la concepción natural, en estudios hasta los 18 años sobre la descendencia

### ***¿Debo decírselo cuando sea mayor?***

En los últimos años se ha abierto un debate ético sobre el derecho de la descendencia a saber sus orígenes biológicos y genéticos. Entidades como el Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina de la Reproducción aprobó este derecho y publicó en 2013 un artículo en este sentido.

El argumento clave a favor de conocer los orígenes genéticos es la importancia que estos tienen en la construcción de la identidad personal, así como el derecho del individuo a conocer su propia información sanitaria. Este derecho colisionaría con la normativa legal respecto del anonimato en las donaciones de gametos. Sin embargo, existen otros argumentos, también desde la óptica de la ética, que defienden que, ya que mantener el secreto no se ha evidenciado como perjudicial para la descendencia, debe también

considerarse y ser respetada la autonomía de los padres en su decisión respecto a decir o no decir a los hijos.

De los estudios de investigación publicados hasta el momento, se concluye que, la opción de explicarlo a los hijos resulta la más recomendable desde el punto de vista psicológico, porque se le ha asociado los siguientes beneficios:

- Facilita que el niño/a pueda preguntar abiertamente sobre el proceso
- Impide una dinámica en la que el niño/a sienta la necesidad de proteger las necesidades emocionales de los padres evitando el tema
- Permite un espacio abierto para que los padres y los niños consideren el impacto de la concepción mediante donante, evitando el aislamiento del niño
- Aunque no se ha verificado un mejor ajuste psicológico y familiar asociado a desvelar el secreto, los hijos no se ven perjudicados por conocer la verdad sobre cómo fueron concebidos. Por ejemplo, con donación de gametos o embriones.
- La mayoría de los padres confirman una sensación de descanso y relajación tras dar este paso, y no se han arrepentido de la decisión tomada

Conociendo toda esta información, debe abrirse un espacio de libertad para que los padres escojan su mejor opción, manteniendo la coherencia de su decisión frente al entorno: Es decir, si no se desvelara el secreto de sus orígenes a hijo/a, debería mantenerse también el secreto en el entorno social y familiar. Evitamos así que la información llegue al hijo/a por una vía inadecuada de manera fortuita.

### ***¿Cómo se lo digo?***

Se han descrito y estudiado dos formas de desvelar el secreto a la descendencia: la temprana, que se iniciaría en la etapa preescolar, y la tardía sobre los ocho años cuando pueda entender mejor. La forma temprana se asocia con **resultados más positivos en la respuesta** de la descendencia:

- El ajuste psicológico es mejor si se revela antes de los siete años, según algunos estudios. Estando descrito la aparición de sentimientos negativos (conmoción y sensación de traición) cuando se revela en la adolescencia y más allá de los dieciocho años.
- Facilita que el niño/a crezca conociendo su realidad genética y **no caer en falsas presunciones de parentesco genético con sus padres**
- **Impide el descubrimiento accidental**, que se asocia a experiencias negativas y sensación de engaño
- Es también mejor para los padres porque limita su **ansiedad** anticipatoria respecto al tema en cuestión, al mismo tiempo que les resulta **más fácil** que la forma tardía, que plantea más dudas sobre “cuándo” y “cómo” hacerlo

Se trataría, por lo tanto, de un proceso de información progresiva, desde los tres a los ocho años, en el que ambos padres explican a su hijo/a cómo se formó su familia, aportando los datos necesarios a medida que el niño/a pueda ir entendiéndolos, fomentando el diálogo y respondiendo a las preguntas de curiosidad que irán surgiendo en el niño/a, a fin de conseguir una adaptación natural del hijo/a a la realidad de sus orígenes, a la vez que siente que fue muy deseado y querido por sus padres desde el primer instante.

Existen herramientas para facilitar la tarea a los padres e iniciar la transmisión de la información en edad preescolar. Se tratan de cuentos, la mayoría impresos, y uno en formato *app*: “El secreto del tarro mágico. ¿De dónde vengo?”.

## **Reivindico mi decisión: Voy a ser madre sola**

¡Adelante!, representas un grupo de mujeres cada vez más frecuentes que han decidido emprender este camino. Las técnicas de reproducción asistida mediante donación de semen permiten, en la actualidad, planificar un embarazo sola por elección.

La motivación fundamental acostumbra a ser el fuerte deseo de tener un hijo cuando no se ha encontrado una pareja adecuada para dicho proyecto, y la edad comienza a apremiar limitando las posibilidades biológicas para la maternidad, lo que sitúa la media de edad para solicitar una inseminación artificial de donante (IAD) entorno a los 38 años. De tal manera, el momento más frecuente en el que la mujer sola opta por ser madre, coincide con una edad en la que empiezan a disminuir las posibilidades reproductivas, lo que implicará algunas dificultades:

- Menor tasa de éxito en los tratamientos de reproducción.
- Embarazo de más riesgo por una edad más avanzada.

### **Recuerda que...**

- *La esterilidad afecta al 15% de la población y es una situación generadora de ansiedad y estrés. Debe neutralizarse la culpa, gestionar las emociones y regular los temores y preocupaciones. Adecuada comunicación con el entorno (nunca debe pasarse en soledad) y expectativas realistas.*

- *El llamado “duelo genético”, puede superarse sobre todo con el “optimismo epigenético”: el bebé genera genética nueva que equilibra la balanza de la herencia de la donación. Además, no todo es genética: El ambiente y sus modelos condicionarán gran parte de nuestro futuro.*

- *Desactive sus miedos y céntrese en su ilusión. En cualquier caso, el apoyo psicológico y es esencial en estos momentos.*

- *La opción más positiva es explicárselo a los hijos y lo más pronto posible, entre preescolar y los 8 años. El proceso de información es progresivo y fomenta el diálogo y la adaptación.*

- *El motivo de la decisión del embarazo en soledad es el fuerte deseo de tener un hijo cuando no se ha encontrado una pareja adecuada para dicho proyecto, y la edad comienza a apremiar. Como en otras opciones, el apoyo social y familiar en la crianza es esencial.*

- Mayor diferencia de edad con su hijo/a
- Adaptación a la maternidad a una mayor edad.

Es importante que la mujer cuente con un buen apoyo social y familiar para este proyecto, no solo durante el embarazo, sino también a lo largo de la crianza. En general, las mujeres solas deben hacer frente a su economía en solitario, por lo que su dedicación profesional acostumbra a ser muy amplia y, al no existir la figura del padre para el reparto de tareas, precisarán de un mayor soporte logístico familiar compensatorio.

Dado que el rol del padre no existirá, se considera importante proporcionar al niño roles masculinos en entorno primario, familiar y social, para que pueda establecer vínculos de identidad.

La madre deberá estar preparada para responder a las preguntas de su hija/o, que comenzarán alrededor de los tres años, afirmando con claridad que “no tienes papá y la mamá hace también de papá”, lo que le ayudará a responder a las preguntas que surjan en su entorno escolar o de amigos. Los nuevos modelos de familia, cada vez más extendidos, van a facilitar la comprensión de este modelo de maternidad.