

LA CULPA Y SU EXPRESIÓN EN MUJERES CON ESTERILIDAD E
INFERTILIDAD; UNA EXPLICACIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA
GUILT AND ITS EXPRESSION IN WOMEN WITH STERILITY
AND INFERTILITY; AN EXPLANATION FROM A CLINICAL
PSYCHOLOGY PERSPECTIVE

Jorge Carreño Meléndez*

*Instituto Nacional de Perinatología, México

Correspondencia: jocame2003@yahoo.com

Resumen

El quehacer de la Psicología Clínica consiste en explicar los elementos que emergen durante el tratamiento como una condicionante de la salud psicológica. Algunos de ellos, como la culpa y el remordimiento, a menudo provocan una gama de manifestaciones psicológicas reactivas (tristeza, dolor y síntomas ansiosos), cuyo efecto influye en la toma de decisiones respecto al tratamiento médico y provocan cuestionamientos íntimos sobre la identidad y el rol de género. La culpa y el remordimiento, generados a partir de problemas reproductivos, se presentan tanto en la esterilidad como en la pérdida gestacional recurrente; ambos sentimientos, componentes de la estructura psíquica, pueden coexistir como una expresión normal de la afectividad; el remordimiento cumple la función de regular las relaciones con las personas y el entorno, mientras que la culpa, debido a su origen simbólico, puede generar sufrimiento en la persona. Solo a partir de la autorreflexión, resultado de la psicoterapia, la culpa y el remordimiento pueden desplazarse hacia la autorregulación y responsabilidad, como expresiones normales del comportamiento.

Palabras clave: culpa, remordimiento, infertilidad, salud psicológica.

Abstract

The task of Clinical Psychology consists of explaining those elements that emerge during treatment as a condition of psychological health.

Those elements are guilt and remorse, often bringing about a wide range of psychological manifestations, like sadness, pain and anxiety symptoms. The effects include paralyzation of decision making with respect to medical treatment and provokes intimate questionings of their identity and gender role. The appearance of guilt and remorse due to reproductive reasons, are present in those cases where medical explanations do not exist; in sterility and recurrent gestational loss. Remorse and guilt, components of the psychic structure, can coexist as a normal expression of affectivity. Remorse acts as a regulator in relationships with people and their environment, while guilt having symbolic origin with multiple origins can generate suffering in people. Only after self-reflection derived from psychotherapy, guilt and remorse can be displaced, with means of being replaced by self-regulation and responsibility as normal expressions of behavior.

Key words: guilt, remorse, gestational loss, psychological health.

Introducción

El quehacer de la Psicología Clínica consiste en explicar aquellos elementos que emergen durante el tratamiento como una condicionante de la salud psicológica en mujeres con esterilidad o infertilidad, por tanto, resulta importante encontrar el origen de los síntomas, sobre todo de aquellos que aparecen durante el proceso psicoterapéutico. El objetivo es generar estrategias y objetivos que permitan una mejor calidad de vida y un bienestar en mujeres con problemas reproductivos.

Uno de los elementos que debe tomarse en cuenta para el análisis en psicoterapia es la culpa, ya que a menudo este sentimiento provoca manifestaciones psicológicas reactivas, las cuales se expresan por medio de tristeza, dolor y síntomas ansiosos; sin ser considerada como enfermedad paraliza la toma de decisiones respecto al tratamiento médico y provoca cuestionamientos íntimos sobre la identidad y el rol de género; asimismo, funciona como pretexto para conflictuar y predisponer la separación de las parejas y no cargar con la responsabilidad de la felicidad del otro.

Resulta indudable el impacto psicológico en quienes no logran o no pueden terminar un embarazo, generalmente no solo es mediante la verbalización,

ya que de manera indirecta se puede observar a través de una medición con un instrumento de tamizaje, donde se muestra el incremento de síntomas, por ejemplo en la modificación del autoconcepto (González, Carreño, Sánchez y Morales, 2009) durante los primeros cinco años de tratamiento de infertilidad y cuando las manifestaciones psicológicas se prolongan, como efecto de la cronicidad; además la autoestima sufre cambios que pueden ser observados clínicamente, hechos que propician una baja calidad en las relaciones de pareja, familiares, sexuales y sociales, razones que justifican el estudio de la culpa desde la Psicología Clínica.

La culpa derivada de problemas reproductivos se presenta frecuentemente en aquellos casos donde no hay explicación médica (imposibilidad de embarazo, pérdida gestacional o perinatal recurrente). La evidencia médica muestra que las variables biológicas, principalmente infecciones de transmisión sexual, alteraciones de origen genético y hormonal, son las causantes. Clínicamente dichos factores se llegan a expresar sutilmente; no obstante, el desarrollo de la biotecnología, el impacto por la infección y la modificación de las condiciones fisiológicas, el incremento, el decremento o la ausencia de algún componente genético u hormonal aún no se logran medir de forma directa, ya que la deficiencia forma parte de una estructura en estrecha relación con los sistemas y órganos.

En aproximadamente 10% de las situaciones se desconoce el factor etiológico de la esterilidad. Respecto de la pérdida perinatal, las causas son múltiples, sin precisar qué la origina, aunque se sabe que 1.4% de los embarazos terminarán con pérdida gestacional ocasional, en otros casos se puede establecer de manera recurrente (Instituto Nacional de Perinatología, 2007).

En todo tipo de pérdida, como un proceso natural, se hallan dos componentes: el real y el simbólico, la expresión de culpa se encuentra en la fase inicial del duelo, en cambio, en la pérdida perinatal se instituye como una constante, ya que no se puede elaborar; frente a la incertidumbre biológica se producen cambios. En la esfera afectiva la realidad se impone: no se puede tener hijos, por tanto, el panorama de las mujeres con sus parejas se complica en la medida en que se confrontan con la imposibilidad de lograrla; es decir,

carecen de mecanismos compensatorios para paliar su dolor. La Biología escapa a su control, pues a pesar de seguir las indicaciones médicas no logran un embarazo y tampoco evitan la pérdida. La culpa emerge al asumirse como responsables debido a la falta de cuidado y dedicación a los tratamientos. Las pacientes viven a menudo con la sensación de no hacer lo necesario para darle un hijo a su pareja, independientemente de que el factor biológico sea masculino, femenino o mixto.

La culpa desde lo social

La culpa como objeto de estudio es un tema inagotable desde cualquier enfoque (filosófico, sociológico, antropológico, historiográfico y psicológico); pero las distintas aproximaciones coinciden en que constituye una adquisición temprana que se obtiene al ser integrado al mundo social por la familia y ésta a su vez se heredó durante el proceso de su conformación dentro de la civilización. Como efecto cultural, la culpa representa un fundamento inscrito en la integración y evolución de las sociedades y culturas. Las distintas disciplinas han contribuido en torno al tema, lejos de agotarse, las aportaciones generan nuevas ideas para explicarla como un fenómeno que subyace a todas las culturas, confluyen en que es la representante de lo social en la integración de toda estructura psíquica.

La existencia de culturas más o menos culpígenas se debe al proceso selectivo de los motivos para cada familia y grupo cultural (Cuevas, 2009); aunque sus prácticas tienen variantes mínimas, la estructura de su dinámica no cambia, razón del porqué su experiencia puede variar de un grupo social a otro, coexistiendo múltiples manifestaciones. A pesar de que actualmente se practican valores universales, como la prohibición de incesto, asesinato y canibalismo, que funcionan como una norma y un valor, su trasgresión en la mayoría de las culturas se convierte en factor desencadenante de castigo y culpa.

Con una mirada retrospectiva sobre las distintas sociedades, se observan modelos cambiantes para su explicación. En la evolución histórica de la cultura, los motivos de este sentimiento han sufrido cambios, unos se han renovado, otros transformado y otros más desaparecido. A pesar de las modificaciones y el desarrollo de la cultura, los motivos de culpa ligados a

la reproducción se han reactualizando: valen para cada periodo histórico, se reeditan de generación en generación, no pierden vigencia y en épocas de crisis se reciclan.

Biológicamente la mujer es la que se embaraza, por tanto, la responsabilidad sobre la procreación ha sido atribuida a ella; más allá del periodo histórico que se analice, éste ha sido un discurso de todas las épocas: se esgrimen los argumentos de que se trata de una de las principales razones de su existencia y parte fundamental para la construcción de su identidad. Cuando una mujer se somete a un tratamiento por esterilidad admite que la maternidad es un componente fundamental de su valoración, el cual sirve para el sostenimiento de su autoestima, autoconcepto y autodefinición como mujer.

La vida cotidiana, que es lo inmediato y circunstancial, también posee la capacidad de modelar actitudes, pensamientos y comportamientos en las personas; en ésta, paralelamente, se pueden expresar dos sentimientos con características similares, aunque con diferente intensidad: uno es de carácter pasajero, que se deriva de una acción directa ejercida por una persona, categorizado como el remordimiento, es decir, la inquietud por una acción propia censurable consciente, real; el otro es la culpa, sentimiento arraigado y multivalente que aunque parte de la realidad se nutre principalmente de lo simbólico.

Ambos tienen su origen en los preceptos morales y sociales que se han incorporado a la vida psíquica; la persona que sufre remordimiento sabe su origen y la sensación de vivir en falta y dolor por la trasgresión de su propia ley moral, derivada de los valores imperantes de su cultura. En cambio, la culpa parecería surgir solo del mundo interno-afectivo; en ocasiones no se sabe su origen, ya que es un aspecto simbólico que trasmite la sociedad. Para rastrear el origen sería necesario un análisis de generación en generación, aunque algunas causas serían casi imposibles de aclarar, debido a que estos mandatos sociales se insertan en la categoría de los mitos, es decir, son ancestrales y se van vertiendo de una familia a otra sin cuestionamiento; al reactualizarlos funcionan para todo momento social e histórico. Mediante palabras, actitudes y comportamientos, los padres

heredan formas y percepciones para explicar la realidad, mismas que luego pasan de un momento histórico a otro con validez incuestionable y que se integran al repertorio del comportamiento en la vida diaria; por ello, durante un conflicto, el bagaje heredado resurge con intensidad para dar sentido a la realidad, tanto interna como externa.

En una revisión de la literatura sobre el concepto, se observa cómo se han construido múltiples explicaciones y de dónde surgen. Según los registros, inició en la cultura Occidental, los primeros filósofos reflexionaron para explicar el sentimiento de culpa con una producción abundante sobre el tema. Siglos después la continuación de los trabajos alrededor de su origen fueron prolíficas y ordenadas, sobre todo durante la Edad Media. La mayoría de los estudios son de carácter teológico, concepción que fue heredada a las sociedades modernas aun cuando las razones que la detonan no son necesariamente religiosas.

En la mayoría de las personas se forma una estructura del pensamiento impregnada de contenidos místicos para la explicación, el conocimiento y el análisis sobre algún fenómeno. No obstante, se puede partir del hecho de que cuando el mundo se construye y categoriza mediante dicotomías (cielo-tierra, hombre-mujer, bueno-malo) conjuntamente se forma el concepto de culpa; no se reconoce que existen otros descriptores intermedios del comportamiento que pueden ser los principales reguladores de la conducta, es decir, los extremos dicotomizados que se han adquirido como una forma de vida serían los responsables de regular el comportamiento normal del ser humano. En la Ilustración, particularmente en la corriente humanista, se reflexionó en torno al tema, una de las ideas vigentes es que el concepto de culpa y remordimiento tienen una función en la sociedad, su principal aportación ha servido para la regulación de las relaciones entre las personas y los grupos, pues en ellos ha descansado la creación de la cultura. En todas las sociedades, ambos sentimientos han funcionado como normas, patrones y modelos, por lo que su estudio representa un indicador sensible del funcionamiento y las formas de relación dentro de cada grupo cultural (Fernández, 2001).

Durante el desarrollo histórico de las sociedades, la culpa ha sido tratada desde distintos enfoques; para su descripción se han generado clasificaciones con el objeto de hacerla comprensible (Cuevas, 2009): la intrapunitiva, se presenta cuando una persona se culpa de todo lo ocurrido; la extrapunitiva, surge en aquellos casos donde los demás son los depositarios de lo ocurrido y la impunitiva, donde no se identifica un responsable de lo ocurrido. Aunque psíquicamente no existen estas fronteras, en un funcionamiento sano se van sobreponiendo una a otra, aunque algunos eventos que se presentan en la vida cotidiana pueden derivarse del azar o contexto.

Dentro de todos los sistemas sociales es necesaria una cuota importante de culpa, ya que sirve como mediadora en la intersubjetividad: cuando se produce un desbalance entre las tres expresiones de la culpa se convierte en una enfermedad social. La intrapunitiva, por su condición, se considera un fenómeno intrapsíquico que genera sufrimiento y alteración de la salud psicológica. Por el contrario, cuando una persona carece del sentido de culpa se habla de un trastorno mental (Trastorno antisocial de la personalidad). Existen otras modalidades de trastornos de la personalidad que socialmente pasan por un funcionamiento convencional, potencialmente riesgoso para las personas cercanas, pues generan conflictos en las relaciones interpersonales, con un daño potencial que construye un entorno de hostilidad basado en ideas distorsionadas de la realidad generada por la carencia de culpa.

La culpa en la clínica

La Psiquiatría, por ser un modelo médico, influyó a la Psicología Clínica en algunas observaciones sobre la conducta humana, principalmente ante manifestaciones como tristeza, llanto, enojo, disminución de la autoestima y del autoconcepto o de alguna otra conducta que forma parte de las expresiones normales de los afectos y sentimientos. En ocasiones se les clasifica como enfermedad, sin tomar en cuenta que la mayoría de los cambios conductuales dependen de las circunstancias derivadas de la inmediatez de los eventos; una vez resuelta o lograda la adaptación a las circunstancias, las reacciones psicológicas disminuyen o se eliminan. Cerca de 30% de las personas bajo tratamiento médico por algún problema

reproductivo requieren intervención psicológica durante el proceso, independientemente si logran o no el embarazo. En aquellas personas que requieren tratamiento para la reproducción, ya sean parejas con infertilidad o esterilidad, el abordaje psicológico tiene que ser contemplado a largo plazo, pues este padecimiento no se resuelve inmediatamente.

Actualmente, se hacen esfuerzos en las corrientes de la Psicología Clínica para ver a la persona no como un enfermo mental, sino como un ser sufriendo en conflicto que posiblemente tiene cambios frente a situaciones que rebasan la capacidad de sus recursos psicológicos. Delimitar el campo de responsabilidad e injerencia de las disciplinas permite realizar estudios que abarquen las contradicciones de los afectos; sin embargo, la medición se complica debido a su naturaleza. En la medida en que las sociedades y relaciones se hacen complejas los afectos también, por tanto, las respuestas de la Psicología Clínica tienden a reevaluar conceptos abandonados y que son sustituidos por categorías trivializadas que ofrecen argumentos y cancelan toda posibilidad de análisis.

El quehacer de la Psicología Clínica es explicar y analizar la vida afectiva de las personas; trabajar con la parte subjetiva del ser humano; atender la salud psicológica y no la mental (trabajo de la Psiquiatría). Los trastornos mentales que agudizan por un diagnóstico médico o cambios circunstanciales de vida del paciente se reservan para un tratamiento mixto con ambas disciplinas.

Una de las modificaciones psicológicas que sufre el ser humano ocurre cuando se percibe un sentimiento particular como la culpa. Debido a su naturaleza resulta imprescindible descubrir su origen, ya que emerge como consecuencia del diálogo interno después de haber incurrido en un incumplimiento (Paz, 2006). Todas las personas deben tenerla, pero la interrogante es en qué medida; por el contrario, las personas con una psicopatología viven sin sentirla en sus relaciones interpersonales y sociales porque carecen de autocritica y autorregulación.

La culpa y el remordimiento, componentes de la estructura psíquica, pueden coexistir como una expresión normal de la afectividad. El problema en la clínica radica en la identificación cuando se vuelve patógena; por lo general,

se puede observar cuando va adquiriendo una sola forma de expresión, por ejemplo, en la intrapunitiva, con intensidad y tendencia a generalizarla en todos los eventos sus manifestaciones están asociadas al castigo y generan cambios psicológicos o emocionales que aparecen como conductas de sumisión, sacrificio, sufrimiento, dependencia, vergüenza y dolor.

El remordimiento y la culpa tienen dos componentes: uno que se deriva de la realidad externa y otro, más complejo, que emerge de la realidad interna al sentir que ha trastocado sus valores. Cuando tiene su origen en la realidad externa, clínicamente se observa como un reconocimiento de responsabilidad y participación de la persona con una sensación de malestar difuso. La vivencia es reportada mediante conductas obsesivas y reiterativas relacionadas con la falta cometida, con la necesidad urgente de hablar en todo momento sobre el tema ansiedad y en ocasiones alternada con tristeza. La necesidad de poner el contenido interno en palabras va acompañada de fuertes intentos por emplazar conductas compensatorias frente a la persona dañada o la situación fuente de remordimiento.

Si se admite que la culpa se inserta conjuntamente en la conformación de la psique y no como un cuerpo extraño que pueda expulsarse (Rocca, 2010), aquella tendrá expresiones sanas que puedan ser reconocidas cuando el comportamiento sea un producto derivado de la autorreflexión. El encuentro con los otros, a su vez, podría estar mediado por la autorregulación y no por la censura. Las tres modalidades (intrapunitiva, extrapunitiva e impunitiva) pueden intercalarse y facilitar el emplazamiento de una de las funciones yoicas, el contacto con la realidad, que aporta los elementos necesarios para realizar valoraciones y juicios sobre los eventos y las situaciones, y que permite hacer ajustes en la conducta para modificar o reparar las situaciones de falta.

Por el contrario, cuando la culpa es psicopatológica se deriva exclusivamente del mundo interno que no guarda relación con la realidad y puede permanecer en forma latente y activarse ante un evento circunstancial. Este tipo de culpa tiene su origen en la historia de vida de la paciente, cuya génesis se encuentra en esos mensajes sutiles, dobles, contradictorios y perversos con fondo agresivo o descalificador que emplearon sus padres durante la crianza, es decir, cuando no acompañan al hijo y solo le censuran o cuando

no proporcionan los elementos para la autorregulación entre el deseo y la realidad o el buen comportamiento. Generalmente, dichos mensajes se ponen en marcha cuando los padres están presentes; por el contrario, en su ausencia, las conductas son distintas a las esperadas.

Lo anterior se va incorporando a la psique hasta que termina por instalarse la contradicción en el comportamiento del hijo. Al no contar con los recursos para normarse, éste alimenta la duda sobre si lo que hace satisface o no a sus padres o si es adecuado o no. Frente a estas contradicciones emerge la culpa, ya que los hijos pueden percibir y sentir que una es la conducta expresada y otra la que esperan de ellos. Amparados en ese mecanismo, se transmiten los mandatos simbólicos que funcionan como un determinismo psíquico de los valores sociales, por ejemplo el ser mujer, la reproducción, el comportamiento femenino, la vida sexual y de pareja, el sacrificio y la sumisión, preceptos que cobran vida porque se invisten de afectos y adquieren una connotación siniestra o vergonzosa, y generan miedo cuando no se cumplen en su totalidad. Es en este momento cuando irrumpe una conducta rígida, culpígena, frente a la toma de decisiones, el placer y la ambivalencia normal de la vida cotidiana.

El mundo interno tiene formas variadas de expresión. La más común se expresa en el lenguaje. Lo simbólico expresado con carga afectiva se convierte en comunicación mediante códigos compartidos por numerosos grupos, como una forma objetiva de expresar la subjetividad. Con el lenguaje se construye la realidad interna y externa. Al nombrar algo que se desconoce empieza a existir, a cobrar vida: fracaso, incompletud, desesperanza, y vergüenza. Todos los enunciados se hacen presentes en la vida diaria y se extienden no solo a la reproducción, sino que se hallan presentes en las múltiples actividades; a través de éstos se le atribuye a la mujer la responsabilidad de la pérdida o esterilidad, lo cual crea una representación equívoca de su fertilidad y autoimagen, así como la posibilidad de generar culpa, tomando en cuenta sus dos componetes (real y simbólico).

Otra vertiente de la culpa nace de la relación con el otro, que no tiene por qué considerarse una psicopatología. En la integración de la psique dependerá de que los padres incorporen en el mundo afectivo del infante

la diferencia del “yo” vs. “no yo”, conjuntamente con la introyección de la autoridad mediante el principio de realidad –y no el principio del placer– como rector de la conducta, acorde con su historia particular y personal. La piedra angular, desde el punto de vista clínico, sobre la culpa es reconocer que se representa en la subjetividad, pero también se origina en una porción de la realidad, aunque en relación con los otros puede incrementar en la medida en que exista la necesidad de ser reconocido como valioso, ser objeto de amor y mantener esa sensación como persona. La historia reciente de vida y el contexto darán significado y sentido a las cosas del mundo externo e interno. Con frecuencia, las sensaciones están desfasadas respecto de lo que se cree y lo que se siente. Confirmar o desmentirlas tiene una estrecha relación cuando se entra en contacto con el mundo social y la intersubjetividad.

La culpa puede invadir áreas del funcionamiento psíquico, por ello, debe identificarse cuántas áreas del comportamiento y la afectividad están comprometidas; en su manifestación se requiere saber si es integradora o desintegradora del mundo afectivo. Si se inserta como mecanismo de funcionamiento, las respuestas desadaptativas frente a los problemas serán frecuentes. Si es una inscripción rígida cobrará un carácter de enigma, será irreductible a la argumentación lógica y su expresión será intrapunitiva; en caso de ser permisiva, su presentación será extrapunitiva y colaborará en la formación de conceptos individuales y experiencias únicas. En otras ocasiones se puede mostrar como impunitiva sin la prueba de realidad que permita hacer ajustes a la conducta mediante la reparación de situaciones provocadas por la expresión de los afectos, es decir, carecerá de filtros que permiten los mecanismos de defensa. Parcializar la expresión de la culpa, preferentemente en la extrapunitiva, permite depositar en el otro la responsabilidad del propio comportamiento, así como proyectar sobre el mundo exterior lo siniestro que posee toda persona, proyectar sobre el otro el mundo interno evita la culpa, ya que se carece de autocrítica y se hace responsable al otro de las situaciones y los comportamientos. Los sujetos con tendencia extrapunitiva funcionan así porque sobreinterpretan los eventos y los hechos, además de que perciben un mundo hostil que los persigue e intenta dañarlos.

La culpa y la reproducción

Uno de los mandatos culturales y sociales incorporados tempranamente en la psique de la mujer es la reproducción, como forma de identidad femenina; es decir, un hijo funciona como mecanismo psicológico para integrar y mantener la valoración de su propia persona, al no lograrlo, simbólicamente se vulnera la identidad, el rol, la autoestima, el proyecto de vida y el autoconcepto.

Lo anterior no sucede de una forma inmediata, sino en proceso; en los primeros años se modifica el autoconcepto y a los cinco la autoestima, durante esta etapa existe un cúmulo de síntomas difusos, generalmente físicos; después se establecen con manifestaciones reactivas similares a la depresión y ansiedad. La cronicidad se instaura y con ella la emergencia de sentimientos de culpa, quien los experimenta le resulta difícil definirlos porque pertenecen a la categoría del miedo (Rocca, 2010) y se expresan verbalmente con el temor al abandono de la pareja por no cumplir expectativas, por la modificación de los valores arraigados como mujer y por no cumplir con su papel asignado en la reproducción, la cual no solo es un acto biológico, ya que implica y representa la historia de vida, la cultura, la sociedad, los mitos, las creencias y las parejas. Cuando se ha asumido el mandato cultural de que las personas casadas a determinada edad deben tener hijos y no los tienen entran en crisis; en su intimidad cuestionan su capacidad para embarazarse y criar a un hijo, ya que tenerlos implica salud física, psicológica y sexual. Aunque no se reconoce, la mujer se siente en deuda (Mejía, 2002) con la pareja, familia y sociedad por no cumplir con los mandatos sociales (reproducirse como una forma de preservar la comunidad y remplazar a sus integrantes); algunas mujeres viven el incumplimiento de esas expectativas con vergüenza e incluso pueden desarrollar sentimientos de culpa.

En la psique la diferencia (no todas las mujeres quieren tener hijos) puede ser un motivo y origen de culpa. Una de las formas para la confirmación de que son diferentes ocurre cuando éstas creen y sienten que las mujeres de su edad tienen hijos en el momento que lo desean, a pesar de que la

realidad indica que cerca de 15% de ellas en edad reproductiva no lo logra aun cuando lo desea.

Otro motivo para sentir culpa cuando no se logra un embarazo reside en el concepto de deuda; se consideran malas porque dentro y fuera del ámbito de la Psicología se construyó el mito de que la mujer estéril o infértil era la principal responsable de concebir, idea generada en el psicoanálisis silvestre de los años 50 que se ha extendido en la actualidad; se pensaba que el deseo y la necesidad de un hijo actuaban en contra de la fecundidad o la ambivalencia durante el embarazo, proceso por el cual pasa toda mujer, éste se explicaba como el origen del aborto repetido o la pérdida perinatal. Sentir deuda hacia la familia, los padres y la pareja lleva a suponer que el hijo representa una condición para preservar a la pareja; al no cumplirla, la mujer siente que violó un tratado, como si fuera descubierta en un acto que va en contra de los valores asignados.

Otro caso es cuando una mujer pierde el producto durante la gestación en forma involuntaria, si es un hijo deseado las alteraciones psicológicas que se desencadenan son intensas, pero cuando sucede de forma repetida cada embarazo cobra mayor trascendencia y el miedo a la pérdida se vuelve complejo en tanto las expresiones de dolor poseen matices. Con la ansiedad, la percepción del miedo incrementa significativamente; el nuevo embarazo, sobre todo cuando es a través de un tratamiento o mediante la técnica de reproducción asistida, adquiere mayor relevancia, expectativa y probabilidad de concebir; por ello, el embarazo se percibe como valioso, si no se logra, la culpa invade todas las áreas de la personalidad.

Asimismo, el deseo está asociado con un incremento de ansiedad y depresión, ya que no esperan una nueva pérdida; cuando hay un nuevo embarazo, psicológicamente se instalan en un proceso de ilusión con la misma intensidad con que la pérdida es acompañada por la desilusión y dolor, pero cuando ese dolor se inviste de culpa se percibe intenso y difícil de elaborar, se hace permanente y adquiere una dinámica propia que llega a modificar la realidad interna de la persona, pues la autocrítica es severa e impide reconocer que las repetidas pérdidas son debido a circunstancias

biológicas ajenas. Frente a los fracasos reproductivos se reedita la culpa, la ilusión de que el nuevo producto cumpla con las expectativas se fija desde el momento en que se sabe embarazada, situación que la lleva a mantener una atención selectiva alrededor del embarazo. La planeación, las metas y expectativas están puestas en tener un hijo para retomar sus objetivos de vida, aplazados por los tratamientos médicos y, en el peor escenario, por pérdidas perinatales.

Enfrentarse a largos y costosos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, hasta por diez años, hace que su vida gire alrededor del evento reproductivo. Cirugías, medicamentos, pruebas de laboratorio y consultas médicas marcan su ritmo de vida, miden el tiempo a partir de los procesos médicos; reducen sus actividades sociales, económicas y de pareja a las necesidades de atención médica. La esperanza de tener un hijo da sentido a los sentimientos y los pensamientos. Emplazar los recursos psicológicos para el embarazo, con frecuencia, genera limitaciones en distintas áreas de la vida que impiden disfrutar otras actividades.

Cuando se logra el embarazo mediante la reproducción asistida o tratamientos médicos, después de pocos o varios intentos, la mujer mantiene una atención selectiva a los cambios y sensaciones corporales en la medida que avanza el embarazo. Los registros internos se alteran o modifican tanto que desconoce sus respuestas físicas y psicológicas. En la representación de la vida psíquica no existe división cuerpo-mente, es decir, la persona funciona como un todo; un cambio físico se registra como un cambio psicológico. Debido a las reacciones de ansiedad y en la medida en que el proceso de la gestación evoluciona, incrementa la sensación de miedo ante el mínimo cambio, aun cuando éstos son normales durante la gestación. Al permanecer en constante alerta, la ansiedad-estado incrementa más allá de los parámetros clínicamente normales; si un rasgo de personalidad es la ansiedad, durante ese momento los niveles rebasan los parámetros clínicos de normalidad y provocan reacciones variables en la intensidad y frecuencia, que pueden ser incapacitantes e incidir en la salud psicológica. Esto es aún más complicado si enfrenta la pérdida del producto, ya que para ellas, como para los individuos, solo vale lo que las hace singulares. Las

pérdidas repetitivas hacen que se adjudiquen la responsabilidad como una forma de concretar el dolor y poder manejarlo.

Durante el proceso normal de duelo las personas suelen adaptarse aproximadamente después seis meses en caso de una pérdida real; sin embargo, en el caso de pérdida gestacional recurrente se recrea lo simbólico. Este proceso es más complejo de elaborar, ya que aparece la culpa como rectora de las explicaciones, por ello, debe puntualizarse que el miedo a la pérdida es el origen de las manifestaciones reactivas de tipo depresivo y ansioso que presenta la paciente.

Con frecuencia se observa, bajo un esquema de psicoterapia, que la pregunta repetitiva, ¿por qué no tienes hijos?, por parte de la familia política o nuclear, incluso hasta por conocidos, desencadena en ellas sentimientos (vergüenza, resentimiento, enojo, celos, envidia, remordimiento y culpa). Debido a esto, su vivencia se transforma; sin ser una psicopatología o un trastorno mental se instala de forma permanente el sufrimiento, ya que requiere poner fuera todo lo que siente como un intento de sanar lo vivencial. Por ello, se presentan conductas erráticas, de sumisión y sacrificio, observadas en los tratamientos interminables y dolorosos.

Debido a la culpa, las mujeres con problemas de esterilidad piensan que a mayor sufrimiento las posibilidades de concebir un hijo crecerán; toman este estado como inherente a la vida e ingresan a un círculo vicioso, buscan a través de éste el alivio; realizan actos y conductas que las mantienen en él, mismo que incrementa cuando proponen e intentan la separación de la pareja por sentirse responsables de la felicidad del otro. Dependerá de las redes sociales de apoyo, la integración de la pareja y la integridad de las funciones yoicas que esto se convierta en un efecto agudo o crónico, sobre todo cuando hay fracaso reproductivo y se continúan los tratamientos sin obtener resultados favorables, ya que viven y sienten la culpa con mayor peso. Esto es percibido por otros, el sentimiento culpígeno es una forma de concebir al mundo y las relaciones, pues desde esa condición se relacionan con los otros y se establece el campo propicio para ser víctima de la manipulación, el chantaje y maltrato.

El manejo de la culpa en psicoterapia

En el proceso psicoterapéutico se tienen que distinguir varios aspectos como base para la intervención, uno de ellos es cuando el remordimiento o la culpa que expresa la paciente forman parte de una idea de referencia o delirante que guardan poca o ninguna relación con la realidad, de ser así, se habla de un trastorno mental. Tanto el remordimiento como la culpa pueden tener las mismas manifestaciones, pero el primero tiene mayor carga de realidad que simbólica; en cambio la culpa presenta mayor carga simbólica que de realidad, y es ahí donde radica la complejidad de su tratamiento.

Durante la intervención psicológica, el análisis tiene, primero, que evidenciar el mecanismo culpígeno y no las razones de culpa, ya que al estar investida de afecto, los argumentos de la realidad para volverla inocua no tienen efecto alguno sobre ella. En la reproducción ambos fenómenos (culpa y remordimiento) necesariamente parten de situaciones de la realidad, no de una construcción del mundo interno, subjetivo.

Las pacientes en tratamientos para reproducción, ya sea en la clínica de esterilidad, infertilidad o reproducción asistida, en ocasiones interrumpen los tratamientos farmacológicos por olvido, por la intensidad de las reacciones secundarias, por imposibilidad económica para medicamentos o porque no siguen indicaciones médicas (fechas y horarios obligatorios del tratamiento). Otro caso son las pacientes con sobrepeso u obesidad (Arraz, 2010), quienes se comportan de manera contradictoria, invierten sus recursos económicos y emocionales para lograr el embarazo, pero no bajan de peso, condición necesaria para continuar su tratamientos; no aceptan la dieta indicada o no cumplen con las fechas indicadas cuando se trata de coito programado. Durante ese momento emerge el remordimiento y frente a él surge la posibilidad del mecanismo de la reparación mediante conductas o palabras, ya que la omisión se ubica en la esfera de la realidad, es decir tiene posibilidades de aliviarse en forma práctica; a pesar de tener una carga afectiva importante, lo simbólico no determina en ellas las sensaciones que están sufriendo. El contexto es otro objeto de análisis para establecer el

tipo de reparación (Klein, 2004) esto es, de acuerdo con las condiciones reales de la paciente, tanto materiales como psicológicas, se pondrán en funcionamiento los mecanismos de reparación, por lo que hay que atender este aspecto, de lo contrario, pueden actuar impulsivamente y convertirse en lo opuesto de lo que se pretendía reparar.

Es preciso destacar que los consejos que parten de lugares comunes, al funcionar sobre la lógica formal y no tener contra argumentación, no tienen ningún efecto en la persona que vive la culpa; más bien resultan contraproducentes cuando la paciente se confronta con la imposibilidad de reparar, ya que la solución propuesta escapa a sus posibilidades contextuales y la puede hacer sentir más culpable e incrementar los síntomas.

La culpa, al ser multivalente, puede expresarse de diversas formas, al rastrear su origen se observa que tiene sus raíces en lo simbólico, por ejemplo en la vergüenza: por no tener la fertilidad de todas las mujeres; por ser diferente de las otras y no cumplir con las expectativas; por miedo o temor al abandono; por cargar con la responsabilidad de la felicidad del otro o no completarla con un hijo; por la imposibilidad de sentirse realizada con un hijo o por la limitación para ser una persona feliz que no ejerce la crianza. Frente al temor entra en juego la crianza, se reeditan los dobles mensajes; la incoherencia se hace presente con la pareja y se reactualizan cuando se contrasta lo que se pide de ella y lo que puede proporcionar. De esta incoherencia puede surgir la culpa.

El tema de la culpa en su forma manifiesta es recurrente en el discurso de las pacientes, hechos observables en la psicoterapia individual y grupal. Desde Freud (2000), la culpa ha sido objeto de análisis dentro de la psicoterapia; en ocasiones, por ser incierto su origen, provoca en la persona conductas inesperadas: reacciones intensas de dolor, expresiones de tristeza, enojo y vergüenza que las conducen a sumisión, sentimiento de inferioridad y dependencia frente a la pareja como una forma de compensación del malestar percibido sin entender el motivo de tal vivencia.

Conclusiones

El concepto de remordimiento dentro y fuera del contexto psicoterapéutico suele ser condenado por su raíz religiosa, sin embargo, funciona como un mecanismo regulatorio de la conducta, solo que en la psicoterapia se va desplazando hasta convertirse en el generador de la autocrítica y autocensura. El mecanismo del remordimiento puede ser una expresión de salud psicológica y jugar un papel decisivo para la motivación, el crecimiento y el autocuidado, ya que permite el desarrollo en pleno contacto con la realidad y sus condicionantes.

Al sentir remordimiento, las personas muestran conductas de reparación como una forma de aliviar la sensación. En ocasiones, se instala en la conducta de una forma mecánica de respuesta, sin necesidad de reflexionar en cada acto o momento, antes bien como conductas encaminadas a reparar situaciones, pero en la reproducción, por efecto de los cambios en el estado de ánimo, quienes lo padecen no pueden emplazar los mecanismos reparadores, es decir, se percatan de las omisiones solo cuando se analiza su conducta. Durante el proceso de psicoterapia es cardinal reconocer que tanto el remordimiento como la culpa son percibidos y nombrados de manera indistinta; sin embargo, se diferencian en términos generales porque el primero es pasajero y la resolución en ocasiones se produce de forma natural; en cambio, la culpa, por estar compuesta principalmente de contenidos simbólicos y sensaciones, tiene efectos a largo plazo e influye en la calidad de vida de la paciente bajo tratamiento para lograr un embarazo. El terapeuta, a falta de comprensión y análisis de la culpa, no alcanza a vislumbrar elementos del paradigma culposo para reconocer las sensaciones de las pacientes, por ello, en el peor de los casos, se pueden proponer explicaciones fáciles que impiden su elaboración y de esta manera mantenerla como un mecanismo rector de la conducta. La culpa solo puede modificarse o disminuir sus efectos psicopatológicos cuando es procesada mediante el trabajo psicoterapéutico; intentar erradicarla equivale a un trabajo interminable en la psicoterapia.

Al explorar la historia de vida de la paciente con esterilidad o infertilidad durante entrevista clínica es imprescindible distinguir en qué proporción se manejan los tres planos de culpa (intrapunitiva, extrapunitiva o impunitiva). Como criterio clínico en el tratamiento psicológico debe tomarse en cuenta la ausencia de culpa para explorar un trastorno de la personalidad.

El deseo nunca está satisfecho, sobretodo el de tener un hijo; desearlo y no tenerlo no es una enfermedad, sino un sufrimiento. La Psicología Clínica retoma su origen para atender los problemas que mujeres con infertilidad o esterilidad presentan durante los tratamientos; al igual que los griegos utilizaron el término psicopatología para referirse al alivio del sufrimiento y no de la enfermedad: el adjetivo *tópathologikónse* (Girón, 2011) se relaciona con el estudio de los sentimientos o emociones que en gran medida determinan la realidad psíquica. El dolor y el sufrimiento son algunas de las manifestaciones de culpa; su presencia indica el momento oportuno para atenderlas.

Uno de los objetivos que puede ser cubierto en la psicoterapia consiste en modificar el funcionamiento cotidiano de las personas, herramienta que permite el cambio; romper con los mitos sobre las mujeres y sus determinantes socioculturales, como la culpa, que al estar inserta en la estructura de pensamiento no es desechable, será el reto. El remordimiento cumple la función de regular las relaciones con las personas y el entorno, mientras que la culpa deviene de un entramado con múltiples orígenes y manifestaciones. Solo a partir de la autorreflexión, la culpa se puede ir desplazando con la inmersión en la interioridad, para que su lugar sea ocupado por la autorregulación y responsabilidad, hasta restarle el efecto siniestro que atenta contra la salud psicológica de pacientes y parejas.

Referencias

1. Arraz, L.L., Martínez. L.H., Ruiz, O.J., et al. (2010). Estudio fenomenológico de mujeres estériles con obesidad. *Ginecol Obstet Mex*, 78 (10), pp. 547-552.
2. Cuevas, P.M. (2009). La oscuridad en los ojos: anomia, sacrificio y culpa en las sociedades latinoamericanas. *Liminar Estudios Sociales y Humanísticos*, 7 (1), pp. 94-111.

3. Fernández, E.G. (2001). En torno al malestar: aproximaciones de Nietzsche y Freud. *Mal-estar e Subjetividad*, 1 (1), pp.10-42.
4. Freud, S. (2000). *El malestar de la cultura*. Tomo xv, ARGENTINA: AMORRORTU.
5. Girón, E. L. (2011). *Diccionario de etimologías Griegas*. Madrid.
6. González, C.G., Carreño, M.J., Sánchez, B.C., et al. (2009). Estudio Comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. *Psicología y Salud*, 19 (2), pp. 295-302.
7. Klein, M. (2004). *Amor, culpa y reparación*. Obras completas, vol. I, Buenos Aires: Paídos.
8. Castelazo, A.E (2005). *Manual de normas y procedimientos en ginecología*. México: Universum.
9. Mejía, P. M. (2002). Culpa y deuda. *Affectio Societatis*, 6 (3), pp.1-7.
10. Paz, M. A. (2006). Vergüenza, narcisismo y culpa en psicoanálisis. *Psicología psicoanalítica del self*. Aperturas psicoanalíticas, Internacional de Psicoanálisis, 1(21), pp. 1-13.
11. Rocca, V, A. Nietzsche y Sijterdijk (2010). Depauperación del nihilismo, posthumanismo y complejidad extrahumana. *Nómadas. Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 25(1).

Envío a dictamen: 12 de agosto de 2014

Reenvío: 27 de agosto de 2014

Aprobación: 26 de septiembre de 2014

Jorge Carreño Meléndez. Doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México.
Instituto Nacional de Perinatología. Investigador B de los Institutos Nacionales de Salud.
Sistema Nacional de Investigadores Nivel I (2010-2013).
Correo electrónico: jocame2003@yahoo.com