

Sistemas

Familiares



ASIBA
ASOCIACION SISTEMICA
DE BUENOS AIRES

AÑO 11 - Nº 3 - DICIEMBRE 1995

El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del "no-saber"
Harlene Anderson y Harry Goolishian

Lenguaje y cambio: el uso de palabras clave en terapia
**Luigi Boscolo, Paolo Bertrando, Paola M. Fiocco, R. Meri Palvarini,
Jacqueline Pereira**

Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos
Darío Fernández y Leticia Urdapilleta

Responsabilidad y capacidad de respuesta: el "yo" y el rol del terapeuta
Russell Haber

La abnegación
Rodolfo Pérez y Julia A. Zafra

In Memoriam. Carl Withaker

Reflexiones
Dialogando. Eduardo Figueroa

Comentarios bibliográficos

Actividades de ASIBA

Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos*

Darío Fernández**
Leticia Urdapilleta**

Dentro del campo psicológico la infertilidad es actualmente definida como una crisis con efectos similares a los trastornos por estrés postraumático. Esta crisis gravita en distintos niveles: intrapersonal, interpersonal, laboral y social.

El 20 % de la población en edad reproductiva padece problemas de fertilidad, y de ellos un 10 % tienen diagnósticos que hacen necesaria la reproducción asistida (RA).

Las parejas que solicitan una RA llegan en su mayoría ya afectadas por esta crisis, a la que se suman las tensiones producidas por el propio tratamiento médico. Los autores han diseñado un modelo de counseling que vienen aplicando y mejorando desde hace tiempo. Este modelo apunta primordialmente a lo preventivo, y sus objetivos son: mejorar el tránsito de los pacientes por el tratamiento, reducir la iatrogenia, disminuir el estrés anticipatorio, intentar mantener lo emocional en un nivel que no interfiera con la respuesta hormonal, optimizar la relación médico-paciente, prevenir el deterioro a largo plazo y paliar algunos de los efectos de la crisis de la infertilidad.

Introducción

El motivo del presente artículo es introducir a la comunidad psicológica en un campo poco o nada explorado y que por su creciente difusión y tratamiento en los medios de prensa es objeto de juicios parciales, que dañan a quienes sufren por su condición de infértiles. La razón principal es la enorme cantidad de prejuicios y la ignorancia supina de quienes no han pasado por esta dolorosa experiencia o bien no trabajan para ayudar a superarla.

Existen dos mundos: el de la fertilidad y el de los infértiles. Poco comprenden los fértiles acerca del sentir, el actuar, el decidir de los infértiles. Es muy fácil opinar, es muy fácil criticar, es muy fácil decir: "adoptá". Es fácil para el que tiene hijos o para quien no sospecha que pueda tener dificultad para tenerlos. Lo que no se sabe es que no es nada fácil padecer de infertilidad.

Y podemos hablar con conocimiento de causa porque uno de los presentes autores fue infértil y vivió lo que significa el desconocimiento de la sociedad respecto de cómo tratar a esta población y, lo que es peor aun, vivió la necesidad de encontrar ayuda, guía, sostén en los

* Este trabajo fue presentado en el Tercer Congreso de la Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA), Mar del Plata, noviembre de 1994.

** Licenciados en Psicología, CEGyR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción), Paraguay 2302, piso 19, dto. "1", Capital Federal.

profesionales de la salud mental y sólo encontró "culpas", "deseos negativos inconscientes", "rechazo a los bebés", etc.

La infertilidad es, o debería ser, una especialidad dentro de la clínica psicológica y quienes se dediquen a ella, ser entrenados en este área para adquirir los conocimientos no sólo de técnicas psicológicas sino de orden médico, muchas veces también humano.

Por fortuna, hay países como Estados Unidos, Canadá, Australia y otros, donde los profesionales del área mental han investigado y comprobado lo inexacto de la asociación trastorno mental-infertilidad y refutado viejas teorías psicoanalíticas que, en su afán de encontrar una causa originaria, no hacen sino culpabilizar al infértil (3, 11, 14, 19).

Hoy en día el trabajo se centra fundamentalmente en los efectos que la infertilidad produce en la pareja y su familia y en cómo menguarlos (18, 19). Asimismo, es de vital importancia estar en contacto con los médicos tratantes para coordinar entre ambos qué es mejor, y cuándo, para cada pareja en particular.

¿Qué es la infertilidad?

La infertilidad es tan antigua como el hombre y quienes la padecen son tan castigados por esta sociedad como por las de todos los tiempos y culturas. La diferencia entre el ayer y el hoy es que cada vez son más los infértiles, pero cada vez hay más soluciones para ellos. La medicina reproductiva es una realidad, aunque algunos la condenen sin conocerla; ella alivia una parte de lo que significa ser infértil. Puede darle un hijo a una pareja pero no puede evitar la crisis que la infertilidad acarrea, antes y después, a ellos y a su familia. En muchos casos la infertilidad afecta no sólo a la pareja sino también a sus padres, ya que la dificultad de la llegada del sucesor impide completar el ciclo vital abuelo-hijo-nieto. Desde el punto de vista de Borszormenyi-Nagy y Sparks, podríamos decir que la infertilidad es un problema trigeneracional, pues "la lealtad familiar se basa en el parentesco biológico hereditario" (5).

La definición tradicional de infertilidad se da solamente desde el punto de vista médico, sin considerar que, como cualquier discapacidad crónica, significa mucho más que no tener un bebé. Se dice que la infertilidad es "la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año o más de mantener relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, o la imposibilidad de llevar un embarazo a término dando a luz un niño vivo". Pero sabemos que la infertilidad, además, es una crisis. Según Barbara Eck Menning (19), pionera en este campo, se puede hablar de crisis ya que aunque muchas veces es muy prolongada o crónica, es sumamente estresante, un problema insoluble en lo inmediato, y sobrepasa los recursos de las personas envueltas porque está más allá de los métodos de resolución tradicionales. Esta crisis amenaza importantes metas de la pareja y evidencia problemas irresueltos del presente y del pasado. Ejerce sus efectos en cuatro áreas principales: intrapersonal, interpersonal, laboral y social.

1) La esfera individual se ve afectada por la crisis de la identidad, la disminución de la autoestima, el deterioro de la autoimagen y el hecho de que la persona se encuentra inesperadamente con una serie de sentimientos que nunca imaginó: sorpresa, negación, rabia, culpa, miedo, dolor, soledad, depresión, esperanza-desesperanza cíclicas, angustia y ansiedad, los cuales se expresan a través de alteraciones a nivel conductual, ideacional y emocional (22).

2) A nivel interpersonal, vemos un deterioro en la pareja en los planos comunicacional y sexual. También hay perturbaciones y dificultades en las relaciones con el entorno familiar y de los amigos, siendo más disfuncionales aquellas situaciones en que la pareja mantiene su infertilidad en secreto.

3) Lo laboral se ve afectado por la merma o abandono del trabajo, ya sea por la depresión, por el tiempo que la mujer debe dedicar a los tratamientos o por lo inconveniente que resultan para el hombre algunos trabajos que involucran noxas físicas, químicas o radioactivas.

4) En el área social la crisis se caracteriza por la tendencia al aislamiento y por la evitación

de determinadas situaciones, como estar con embarazadas o con familias con chicos, ir a reuniones sociales, etc. Se produce un choque a nivel ideacional entre el infértil y la sociedad, ya que el primero ha tenido que enfrentar cambios pero la sociedad sigue muy influida por mitos y creencias de todos los tiempos que le provocan al infértil sentimientos de inadecuación.

Hay otros factores de peso que también colaboran para volver aún más complejas las actitudes y decisiones de la gente infértil.

Uno de ellos es la religión. Por ejemplo, el catolicismo los pone ante una situación paradójica, porque promueve la maternidad y al mismo tiempo prohíbe muchos procedimientos necesarios para alcanzarla. Los judíos ortodoxos ven a la infertilidad como un castigo. Otras religiones aceptan el divorcio o abandono de la mujer si se la cree estéril. Aunque debemos destacar que muchas veces la fe religiosa actúa como factor de apoyo y sosiego para quienes la profesan.

Otro de los temas que entra en juego es la ética. Sintéticamente, se produce un cuestionamiento de los valores personales que, luego de un cierto tiempo (muy breve en la mayoría) vemos revitalizarse y cambiar, dejando rápidamente de ser un problema. Por desgracia, el mundo fértil da un significado erróneo a las decisiones del mundo infértil al leerlas fuera de su contexto.

Por último, nos encontramos con el factor económico, que en muchísimos casos es determinante a la hora de avanzar en los tratamientos. Los medicamentos y procedimientos en general son caros y a la reproducción asistida (RA) sólo accede una "élite". Es frecuente que la gente tenga que hacer esfuerzos enormes, como vender bienes, pedir préstamos o sacrificar vacaciones o momentos recreativos, y encauzar todos sus recursos económicos al logro del tan esperado hijo.

Reproducción asistida

Estamos ahora en mejor situación de comprender el contexto dentro del cual se manejan

quienes optan por algún método de RA.

En nuestro país, alrededor de un 20 % de la población en edad reproductiva es infértil y de ellos un 10 % utilizan estas técnicas. Pero no todos los que tienen indicación médica de seguir estos métodos acceden a ellos. Muchos no lo hacen por falta de recursos económicos, muchos por impedimentos morales o de fe, y otros por decisiones particulares. Además, según Carl Harkness, "hay una gran cantidad de mitos, malentendidos y controversias alrededor de estos avances. Los consejos no solicitados ofrecidos a las parejas infértiles tienen ahora una nueva vuelta de tuerca: 'No se preocupen; siempre tienen la posibilidad de un bebé de probeta'. Tales afirmaciones presumen erróneamente que la RA es una experiencia fácil, barata, altamente exitosa y libre de estrés. Al mismo tiempo, otros sectores de la sociedad argumentan vehementemente que las opciones de la RA son injustas, antiéticas o explotadoras (económicamente hablando) respecto de los pacientes o terceras partes envueltas; y por lo tanto constituyen caminos inapropiados para resolver la infertilidad" (16). A pesar de todo, mucha gente elige la RA. Quienes lo hacen tienen características de personalidad que los toman más proclives a optar por estos métodos: son más ambiciosos, creativos e independientes que el resto de los infértiles (15). En la mayoría de los casos su relación marital es buena, lo cual permite invertir el tiempo, dinero y esfuerzo emocional y físico que requiere una técnica de RA.

En general, estas parejas han transitado juntas un largo camino emocional en busca del ansiado hijo, han tenido extensos períodos de diagnóstico y tratamiento, han visitado distintos consultorios y médicos y, sobre todo, han vivido repetidamente los ciclos de esperanza-desesperanza con sus devastadores efectos. Catorce días de esperanza a partir del día ovulatorio, catorce días de dolor y desesperanza luego que la menstruación confirma nuevamente el no embarazo. Con frecuencia la RA es la esperanza final, la última página de este capítulo de sus vidas. Una vez más deben bajar sus defensas y

enfrentarse a la posibilidad de otro fracaso. Detrás de todo el empuje y optimismo con que los vemos entrar a la clínica hay gente sufriendo.

A pesar de que son muchas las alternativas médicas dentro de la RA (FIV, GIFT, PROST, ZIFT, SZUSI, ICSI) en este trabajo tomaremos como referente la fecundación in vitro (FIV). Básicamente, el proceso de una FIV consiste en la estimulación hormonal de la mujer con el fin de lograr el desarrollo de varios óvulos maduros. Este proceso se controla casi a diario a través de análisis de sangre y ecografías transvaginales. Los óvulos son aspirados del medio folicular y combinados en el laboratorio con el semen del marido. Si se produce la fertilización, los embriones son transferidos al útero de la mujer, que ha sido preparado artificialmente para recibirlos. Luego hay un período de quince días de espera, a cuyo término un análisis de sangre determinará si hubo o no embarazo.

A partir de este contacto diario, que dura en total unos treinta o cuarenta días, la pareja es compelida a ver sus gametos y el proceso de concepción más cerca de lo que nunca había sido posible. Deben cambiar la intimidad de la concepción natural por la interacción con un equipo médico junto al cual verán milímetro a milímetro cada etapa del procedimiento, en el que tomarán contacto con un mundo que conocen en forma apenas parcial y a veces errónea, y que frecuentemente les ha sido presentado en forma rápida y en una terminología complicada para ellos. Además, comenzar una FIV no garantiza que se la termine. Es un tratamiento por etapas, donde si se alcanza éxito en una se puede acceder a la próxima y así hasta el test de embarazo.

Forma de trabajo y proceso emocional

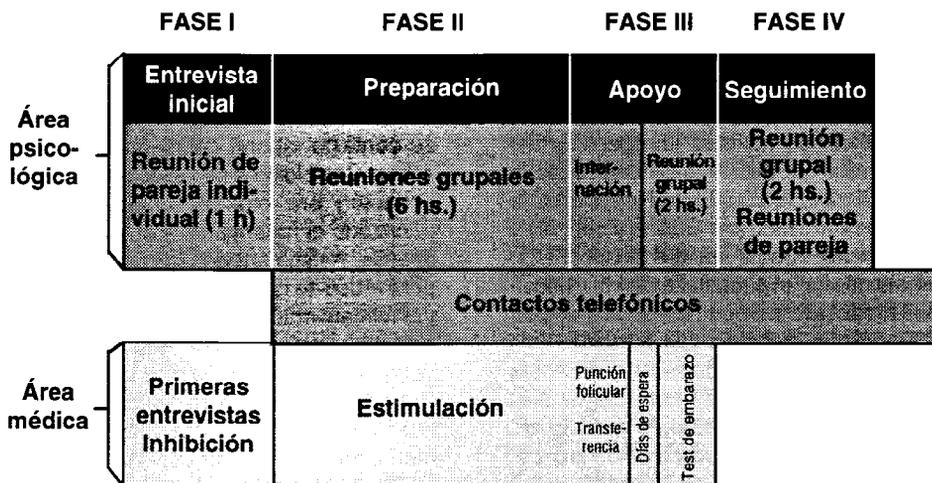
En la Argentina son muy pocos los médicos que sugieren a sus pacientes infértiles buscar ayuda psicoterapéutica para sobrellevar mejor esta dura faceta de sus vidas. Rara vez quienes se enfrentan a una técnica de RA de

alta complejidad como una FIV tienen algún tipo de preparación previa o siquiera acompañamiento durante el tiempo que ella dure.

Afortunadamente, nosotros trabajamos en una clínica, el Centro de Estudios de Ginecología y Reproducción (CEGyR), cuyos profesionales médicos han comprendido la enorme necesidad de que quienes actuamos en salud mental lo hagamos de manera preventiva, sin esperar que síntomas indeseables se agreguen al dolor de sus pacientes. Es por ello que tenemos desde hace varios años la privilegiada posibilidad de ver cotidianamente muchos pacientes que realizan una FIV y, como el tiempo de acceso a ellos es limitado, confeccionamos un plan de trabajo específico que más adelante detallaremos.

En la implementación de este plan utilizamos una amplia gama de recursos: los nuestros; los de cada paciente; los de la pareja; los de su entorno familiar, social y laboral; los del equipo médico; los de las instituciones relacionadas con la adopción, y los del barrio que rodea la clínica. Pero antes quisiéramos mencionar dos recursos que nos parecieron fundamentales. Uno de ellos, con el que nos manejamos a lo largo de todo el proceso, es la información. Según Reading (23), la información es uno de los recursos adaptativos imprescindibles cuando se trabaja con pacientes que deben realizar un tratamiento médico, siendo esto de vital importancia con la persona infértil. Se la imparte oralmente, mediante lecturas, gráficos, explicándoles los procedimientos cuantas veces lo necesiten, qué instrumentos serán usados, qué efectos secundarios pueden traerles la medicación o las intervenciones con anestesia, y qué pueden esperar emocionalmente. Otro recurso que los pacientes destacan como importante es que trabajamos en una dupla de mujer y hombre, lo cual permite a cada miembro de la pareja expresar y validar vivencias que son propias de cada género, especialmente evidentes en el tema reproductivo.

Se han observado pautas de conducta y estados emocionales que se corresponden con



cada una de las etapas esenciales de la FIV (25). Nuestro trabajo abarca estas etapas en cuatro fases diferenciadas:

Fase I: entrevista inicial

La entrevista inicial es un momento emocionalmente fuerte y muy ansiógeno para la pareja, ya que teme no ser aceptada en el programa por motivos psicológicos. Inmediatamente reencuadramos nuestra función disuadiéndolos de la idea original con la que llegan: que los derivaron a psicología porque “están locos”. Les pedimos que nos cuenten su historia en la búsqueda de hijos, lo que nos brinda datos predictivos importantes y les ofrece a ellos interlocutores interesados y atentos al costado espiritual de su infertilidad. Además, el hecho de que uno de nosotros haya vivido la experiencia es un recurso terapéutico potentísimo, que facilita la construcción de un vínculo empático (15).

Nos interesamos en el estado del vínculo de la pareja y en averiguar de qué recursos disponen a nivel de comunicación y apoyo emocional.

Evaluamos los recursos contextuales con que cuentan. La pareja no llega sola; su contexto familiar, de amigos y laboral cumple un papel importantísimo, tanto en el mundo interno de cada uno, como en las interacciones cotidianas. Esto no implica que dichas personas estén enteradas; la mayoría de las veces, la FIV es mantenida en secreto, distorsionando la comunicación con la familia extensa, y sólo se habla de este tema con los médicos.

A nivel cognitivo, evaluamos la comprensión que tienen del procedimiento, para luego explicárselo en detalle y responder a todas sus dudas y preguntas. Revisamos y aclaramos una serie de supuestos con los que típicamente llegan las parejas, como el de que FIV equivale a quintillizos.

Verificamos en cuánto estiman sus probabilidades de éxito. Aproximadamente una de cada cinco parejas que inician una FIV logra el embarazo en ese intento. Cada pareja que entrevistamos presume que será la afortunada, llegando a tener a veces un optimismo desmesurado, que en algunos casos incluye la negación de la posibilidad de fracaso.

Charlamos con la pareja acerca de si han

considerado otras opciones, como la adopción o la vida libre de hijos. Sabemos que quienes se han adentrado en estos temas y han tomado alguna decisión al respecto enfrentan el fracaso de una FIV con mayor entereza.

Para medir los efectos de la crisis de la infertilidad y de los factores iatrogénicos del tratamiento médico, utilizamos, además de la evaluación clínica, la Escala de Reacción a la Infertilidad desarrollada por Collins y col. (10) y adaptada por nosotros a nuestra idiosincrasia. Esta escala nos da un pantallazo rápido y eficaz sobre las áreas que merecen especial atención en cada individuo, la pareja y el contexto.

A lo largo de toda la entrevista evaluamos factores de personalidad como la ansiedad-rasgo, la ansiedad-estado, la predisposición a la depresión, los recursos de control del estrés individuales y de la pareja, ya que estos elementos son predictores de la respuesta emocional y psicoendocrinológica. Esto es de vital importancia, porque ciertas hormonas ligadas a la reproducción (cortisol, prolactina, testos-terona) varían en presencia de estresantes específicos en función de los factores de personalidad y de las estrategias de adaptación de que dispone cada persona (12, 13). Ha sido descripta la influencia negativa del estrés ocupacional y familiar sobre parámetros como la cuenta espermática y la motilidad y morfología de los espermatozoides (2). Por lo mismo, inquirimos acerca de potenciales fuentes contextuales de estrés que pudieran estar presentes en el momento del tratamiento y provocar modificaciones corporales que lo suspenderían.

Veamos dos casos en que el estrés interfirió en los tratamientos:

Caso 1

Raúl, alto ejecutivo de una empresa internacional, deseaba, junto a su esposa Cecilia, iniciar un tratamiento de RA en medio de importantes negociaciones: debía recibir en esos días a directivos de otros países y coordinar una venta millonaria. A pesar de nuestro consejo de posponer el tratamiento para un momento más

oportuno, la pareja decidió seguir adelante. El tratamiento no pudo iniciarse pues un espermograma de chequeo previo dio cero como resultado.

Seis meses después la pareja volvió para volver a intentarlo, cuando Raúl pudo manejar su contexto laboral de manera un poco más eficaz. Coincidimos con ellos en que esta vez la situación era más apropiada. Raúl había priorizado el tratamiento y su participación fue intensa. Asistió a todas las reuniones, e incorporó el uso de técnicas para el control del estrés y el relajamiento muscular. Hicimos con ellos un esquema del contexto familiar, laboral y de amigos para buscar fuentes de apoyo y evitar situaciones estresantes. Se congelaron muestras de semen para ser usadas en caso de que nuevamente la cuenta espermática diera cero el día del procedimiento, lo que sirvió además para dar tranquilidad a la pareja. Finalmente, la muestra del día del procedimiento fue buena y el tratamiento pudo seguir adelante. La fertilización fue exitosa, Cecilia recibió tres embriones y se criopreservaron varios ovocitos pronucleados (preembriones): sólo restaba esperar el test de embarazo.

Caso 2

Elena y Carlos estaban muy angustiados pues peligraba su continuidad en el tratamiento. Si no bajaban los valores de estradiol de Elena, ella no podría acceder a la segunda etapa (estimulación de la ovulación). Un índice de que esto ha sucedido es que la mujer menstrúe (si bien hay casos en los que el estradiol disminuye y la mujer no menstrúa). Elena tenía varios días de atraso y estaba sumamente preocupada. Es muy común que el ciclo menstrual se vea alterado por cuestiones emocionales, de modo que hicimos con Elena un ensueño dirigido utilizando metáforas tendientes a tranquilizarla, e incluimos la imagen de un árbol de moras que iba perdiendo sus frutos, para simbolizar la descamación del endometrio. Al terminar, el marido, que había presenciado el ensueño, comentó la similitud de la imagen con la menstruación; ella no se había percatado de esto ni

le dio trascendencia. Una hora después recibimos una llamada telefónica de Elena para contarnos que había comenzado a menstruar. Al día siguiente el estradiol había bajado; la pareja continuó el tratamiento.

Fase II: preparación

En esta etapa trabajamos en forma grupal con la intención de generar una red de soporte constituida por otras parejas en programas de FIV. Se ha comprobado que el apoyo brindado por otras mujeres infértiles ocupa el segundo lugar en cuanto a sostén emocional luego del brindado por el marido (11). La mayor potencia terapéutica de un grupo comparada con la de los encuentros individuales nos ha hecho adoptar esta modalidad para las fases II y III (1).

En estos encuentros retomamos y profundizamos ciertos temas, como los siguientes:

- La descripción detallada del procedimiento médico y sus probables concomitantes emocionales.

- Lo importante que es considerar al tratamiento con un enfoque que tenga presente sus etapas sucesivas. El paciente puede protegerse si está mentalmente preparado para anticipar las malas noticias en cada estadio del tratamiento. Así, puede concebirlo como una serie de pasos o escalones que deben ser superados (7).

- Reducir la sobrestimación de las probabilidades de éxito.

Como esta fase coincide con la etapa de inducción de la ovulación, en la cual se aplican alrededor de treinta inyecciones, se extrae sangre y se hacen ecografías, la vida cotidiana de la paciente transcurre en gran parte en la clínica y dedicada al tratamiento. La relación médico-técnico-paciente es de vital importancia y por ello dedicamos parte de nuestras intervenciones a aclarar los aspectos verbales y no verbales de la comunicación. En los controles ecográficos se instruye a la paciente para no guiarse por los gestos o comentarios de los médicos, ya que generalmente se les da un significado equivo-

cado; así como para no interrumpirlos mientras trabajan y esperar a que terminen para preguntar todo lo que necesite. Asimismo, les pedimos a los médicos que cuiden sus comentarios y tonos de voz, y que al terminar den la información de manera cuidadosa. Hay que tener en cuenta que uno de cada ocho ciclos es cancelado por una mala respuesta ovulatoria, por lo que los resultados deben ser dados con especial sensibilidad.

Para trabajar los factores de contexto, tomamos de la Gestalt los conceptos de "tóxicos" y "nutritivos" y pedimos a las parejas que hagan un listado de las personas, lugares, situaciones o actividades que puedan ser beneficiosas o inconvenientes para ellos. Por ejemplo, es muy habitual que una madre sea un factor de tensión para la hija, pues la carga de ansiedad al preguntar, opinar y "aconsejar". Con estos datos, y utilizando técnicas como connotaciones positivas, tareas, instruir a los pacientes para hacer reencuadres de situaciones específicas y hasta en algunos casos prescripciones, intentamos que saquen el máximo rédito de su contexto.

Veamos en un caso la influencia del contexto familiar y su posterior modificación.

Caso 3

Pamela y Daniel, una pareja joven del Gran Buenos Aires, trajeron en su lista de gente "tóxica", como principal fuente de tensión, a la madre de ella. Mientras Pamela contaba que su madre la llamaba o visitaba cotidianamente cuando ella volvía de la clínica, veíamos a Daniel apretarse las manos nerviosamente y gesticular enfadado a espaldas de Pamela en clara alusión a su suegra. El día anterior, la madre había traído un videocasete donde había grabado un programa de TV en el cual un médico de otra clínica contaba cómo se trabajaba allí, y basada en esto puso en tela de juicio la pericia de los médicos que trataban a su hija.

Desde que conocieron su infertilidad, Pamela y Daniel habían recibido permanentemente comentarios de este tenor de la madre. Como es habitual en muchos casos, el padre

acompañaba esta situación en silencio. Algunas hermanas y cuñados de Pamela repetían la pauta de su madre, aunque con menor intensidad. A pesar de que muchas veces la pareja había tratado de cambiar la relación, lo único que lograba era pelearse y distanciarse por un tiempo. La decisión de hacer un intento de FIV había incrementado esta forma de "ayuda", ya que la pareja necesitaba de la madre para que atendiera a Pamela los días en que debía estar en reposo y Daniel salía a trabajar. "La necesitamos, pero con la boca cerrada", dijeron.

Nosotros les mostramos que su tipo de interacción los hacía batallar infructuosamente y sugerimos cambiar de estrategia, logrando que la madre de Pamela fuera una aliada. Pedimos a Daniel que hablara con su suegra en privado y le dijera que los psicólogos habían visto a su hija demasiado nerviosa por estar todo el día pensando en el tratamiento, y que esto podría influir sobre sus hormonas y así hacerlo peligrar. Daniel debía encomendarle a su suegra la tarea de resguardar el tratamiento haciendo que Pamela se distrajera con otros temas y pidiéndole que obrara de intermediaria con el resto de la familia desde su casa. Daniel debía decirle que sólo a ella le podían pedir esto, pues le tenían suma confianza y como era la persona más importante para ellos, le comunicaría cualquier novedad.

Esto hizo que la madre de Pamela pudiera ayudarlos de la manera en que ellos la necesitaban sin perder su lugar de "tutora" de los tratamientos.

Finalmente, Pamela y Daniel lograron el embarazo que tanto deseaban. En la reunión de seguimiento y en medio del alborozo que el embarazo generó en el grupo Pamela nos contó que su madre, contenta y aliviada por la noticia, le había confesado por primera vez la culpa que sentía, pues se creía responsable de sus problemas reproductivos. Por fin, después de tantos años, Pamela pudo entender y perdonar la conducta intrusiva de su madre.

Retomemos ahora la fase de preparación. Trabajamos especialmente sobre una pauta de

comunicación que se da en la mayoría de las parejas. La mujer habla todo el día sobre cómo se siente, con la esperanza de que el marido finalmente entienda por qué ella está mal. El hombre se siente incómodo, pues no puede escucharla tanto y además fracasa al intentar darle soluciones. Esta pauta tiende a aumentar de intensidad. Entonces reencuadramos su concepción de esta situación, planteándosela como una diferencia de géneros (26), y univertalizando así "su" problema.

Además, usamos la "regla de los veinte minutos", de M. Bombardieri (4). Ella les indica a los pacientes infértiles que elijan un momento del día y, reloj mediante, se sienten a hablar sobre todo lo referido al tema "hijos", en dos monólogos de diez minutos cada uno. Fuera de esos veinte minutos diarios no se puede tocar el tema. Esto limpia de "infertilidad" el resto del día y las acciones cotidianas. Permite a la mujer hablar del tema que la acucia, hacer un esfuerzo de síntesis y sentirse escuchada con interés por su marido. También hace que él le comunique a ella sus preocupaciones y le posibilite escucharla "sólo por un rato".

Consideramos al estrés como el resultado de la interacción de la persona con el/los estresores. Verificamos y optimizamos los recursos adaptativos de cada uno y de la pareja. Trabajamos sobre el plano ideacional, reformulando e introduciendo información nueva. Les enseñamos técnicas de relajación muscular y de control del estrés. Instamos a las parejas a lograr acuerdos, en los que respeten las diferencias en sus modos de adaptarse y haya concesiones mutuas.

A medida que se va acercando el día de la aspiración folicular y la pareja ya tiene armas con que manejarse, vamos cambiando el foco de acuerdo al momento que están atravesando. Dos o tres días antes, ya saben si van a entrar a cirugía o no. Describiremos ese momento.

La aspiración de ovocitos se realiza punzando los folículos por vía transvaginal o por laparoscopia, pero si no se obtienen ovocitos, el proceso se suspende. En este momento los pacientes aún no están preocupados por el

embarazo, sino por que se puedan obtener buenos óvulos y en cantidad suficiente.

Además, mientras la mujer está por entrar al quirófano, el hombre debe obtener por masturbación la muestra de semen. Por un breve instante el foco está puesto en él, y la continuidad del tratamiento depende no sólo de la calidad del semen, sino de que pueda obtener la muestra. Si estas dos etapas son exitosas, la pareja se retira de la clínica y debe esperar aproximadamente 24 horas hasta tener nuevas noticias sobre la continuación de su tratamiento.

El trabajo en este momento se centra en:

- Discutir las opciones que les serán ofrecidas en caso de que hubiesen óvulos sobrantes: criopreservación de ovocitos pronucleados, donación de óvulos o descarte de óvulos.

- Psicoprofilaxis quirúrgica personalizada.

Se basa en un relevamiento de las experiencias quirúrgicas anteriores, para lidiar con sus miedos y fantasías. Proveemos de la información que la persona necesita o quiera recibir, y utilizamos técnicas de ensueño dirigido e hipnosis para eludir las creencias limitativas conscientes (17).

- Preparación para la toma de muestra de semen. Al estrés de la situación se le suma, en hombres que tuvieron dificultades previas o con mala calidad de semen, el riesgo de impotencia situacional o serios inconvenientes para alcanzar el orgasmo. En una encuesta con cincuenta pacientes de un ciclo de ICSI (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*) como parte de una investigación más amplia, los datos revelaron que el 39 % había tenido dificultades previas y que el 49 % temía no poder obtener la muestra el día del procedimiento.¹

Ante este panorama, siempre hablamos con los hombres acerca de las condiciones más favorables para cada caso. Además del factor intrapsíquico, tomamos en cuenta lo vincular, pues algunas parejas prefieren tomar la mues-

tra juntas, y lo contextual, ya que algunos deben tomarla en la clínica o en un baño u hotel de las inmediaciones, pues el traslado a ella les lleva más de una hora, con lo cual la muestra ya no serviría.

Lo último que se trabaja en la fase de preparación es la planificación de los días de espera. Esto es de gran importancia, pues la pareja pasa de un intenso contacto diario con el *staff* de la clínica y con otros pacientes, a la "soledad" de su hogar, con la indicación de hacer "vida normal". Se les advierte que la medicación a veces produce síntomas corporales que pueden confundirse tanto con los de un embarazo como con los síntomas premenstruales. Se piensa qué decir, qué pedir, qué evitar con respecto al contexto familiar y de amigos, para que llevados por su desinformación y optimismo exagerado no intenten "festejar" antes del test de embarazo.

Además, les enseñamos cómo hacer una visualización para intentar ayudar al proceso de implantación del embrión transferido al endometrio. Estas visualizaciones deben ser hechas luego de la transferencia embrionaria, varias veces al día. Además de influir sobre lo orgánico, las visualizaciones tienen un efecto tranquilizador sobre las mujeres, ya que les dan un cierto control sobre la situación haciéndolas sentir que están colaborando en forma voluntaria con el proceso.

Fase III: apoyo

Esta fase consta de distintos momentos. Los dos primeros coinciden con las entradas al quirófano de la mujer, la primera cuando se somete a la extracción de ovocitos y la segunda cuando le transfieren los embriones (si los hubo).

Acompañamos a las parejas al área de internación y nos quedamos un rato con ellas hasta que la mujer entra al quirófano y luego al

¹ Estos datos forman parte de una investigación en curso en la que estamos buscando elementos predictores de una posible falla en la toma de la muestra de semen, y de la que esperamos, además, lograr el perfil emocional de los hombres que deben acceder a una técnica de RA, debido a que el factor de infertilidad reside en ellos.

volver de él. En la primera intervención se la anestesia totalmente, y como la salida de ella provoca diferentes reacciones en cada individuo, los alertamos acerca de esto y hacemos trabajo de campo si la situación lo requiere. La tensión por saber si los óvulos extraídos son utilizables es enorme. Confirmada esta noticia y si el semen es lo suficientemente bueno se retiran a su casa alrededor de una hora más tarde.

Vienen entonces veinticuatro horas de silencio. Ahora su preocupación es que la fertilización se produzca o no. En este período la pérdida de control es total; la fertilización no ocurre en su propio hogar, en un clima de amor e intimidad, sino en un laboratorio, bajo la supervisión de médicos y biólogos que ellos apenas conocen. Es un tiempo de espera, esperanza y preocupación acerca del resultado.

Si la fertilización no ocurre, es previsible que haya sentimientos de culpa e inadecuación, y que el tratamiento termine allí para ellos. Esto es devastador, y el sentimiento de fracaso y dolor es mayor que si no hubiera embarazo, ya que además es de muy mal pronóstico para futuros intentos.

Cuando la fertilización es exitosa, intentamos que los médicos sean mesurados al describir la calidad de los embriones, en especial si son muy buenos, pues las parejas, lógicamente, toman estos comentarios como una predicción segura de embarazo, olvidándose que el 80 % de los fracasos de una FIV proceden de la no implantación de los embriones en el endometrio.

La transferencia de embriones es un procedimiento médicamente sencillo, sin anestesia, pero de alta intensidad emocional, pues de allí en más, por unos días, la mujer se sentirá embarazada. Y de hecho le han transferido embriones vivientes, pero tendrá que esperar hasta saber si, como dijo una paciente, "soy un buen nido para albergarlos".

Luego de la transferencia tienen tres días de reposo absoluto y una espera de doce a catorce días hasta que se realiza el test de embarazo. Es el momento de más ansiedad del

tratamiento, y aunque estén felices y esperanzados, se dan una serie de síntomas neurovegetativos y altibajos emocionales según la interpretación que otorguen a los cambios o signos corporales que vayan apareciendo. Planteamos entonces una reunión grupal a realizarse en los días de espera. No todas las parejas concurren, por lo que realizamos el trabajo de apoyo telefónicamente o en entrevistas de parejas o individuales. Trabajamos sobre las urgencias, verificamos que no se haya reinstalado la sobrestimulación de las probabilidades de éxito, les prevenimos acerca de la interpretación de los resultados de la subunidad beta, les recordamos todo lo concerniente al día del test de embarazo y días posteriores, incluyendo no sólo lo anímicamente previsible sino tranquilizándolos sobre la influencia negativa que el resultado desfavorable puede tener en ellos en cuanto a su relación con el personal de la clínica.

Fase IV: seguimiento

La entrevista de seguimiento se realiza con la pareja luego del test de embarazo, sea su resultado positivo o negativo. Si el embarazo no se produjo, la pareja tarda varios días en poder volver a la clínica, pues la primera reacción, además del profundo dolor, es generalmente de mucha rabia contra el *staff* médico. Muchas veces no concurren a esta reunión, pero hablamos por teléfono brindándoles apoyo e intentando facilitarles el duelo. Cuando nos vemos personalmente, evaluamos dicho proceso, pues, en particular si falla un primer intento, hay efectos significativos sobre la relación marital, el funcionamiento sexual y el estilo de vida de la pareja. Individualmente presentan síntomas somáticos y psicológicos de depresión y ansiedad, siendo las parejas sin hijos las más vulnerables (21). También hablamos del momento oportuno para iniciar un nuevo intento, contemplando los aspectos médicos, psicológicos y económicos.

No obstante, para algunas parejas, este fracaso significará el cierre de la búsqueda del

hijo biológico, y entonces retomamos el tema de las otras alternativas, como la adopción (9) o la vida libre de hijos (8). Es fundamental trabajar con vistas a que entiendan la diferencia entre los lazos de sangre y la parentalidad real.

Por último, a veces nos encontramos con parejas a las cuales hay que ayudarlas a que dejen de sufrir, de esperar, de intentar y fracasar, y puedan pensar en un futuro con posibilidades más concretas, que les reditue la felicidad que están postergando desde hace tanto tiempo.

Si el resultado es positivo, habrá alegría pero no tranquilidad; surgirán temores acerca de abortos espontáneos, embarazos ectópicos, etc. Les será difícil percibir el embarazo como normal. Se sentirán diferentes, frágiles. La tranquilidad sólo llegará cuando tengan su bebé en brazos.

Caso 4

Volvamos a Cecilia y Raúl. Los días de espera fueron especialmente tensos para él: su mujer portaba un "tesoro" y él temía que cualquier circunstancia pudiera arrebatárselo. El alivio llegó con el resultado positivo del test de embarazo. Acordamos un encuentro para dos semanas después. Antes de que se concretara recibimos un llamado: la felicidad de esos días se estaba desvaneciendo, Cecilia tenía pérdidas. Lamentablemente, una semana después todo terminó con un aborto espontáneo.

En la reunión grupal, Cecilia se culpó por la pérdida (es muy frecuente que esto suceda ante la falta de una explicación médica que justifique el porqué). El aporte del grupo fue importantísimo, pues otros integrantes habían vivido lo mismo que ellos.

Uno de nosotros trabajó luego a solas con Cecilia. Como no hay un ritual socialmente establecido que facilite el doloroso tránsito por este tipo de pérdidas, solemos sugerirlo nosotros. Se le explicó esto a Cecilia y se le pidió que escribiera una carta de despedida al bebé que acababa de perder, contándole en ella todo lo que había soñado vivir con él, qué nombre

pensaba ponerle, cómo se imaginaba su aspecto físico y también de su dolor por no tener la oportunidad de compartir la vida juntos. Raúl podía participar si lo deseaba. Como ambos eran creyentes, se les sugirió que podían poner la carta en manos de Dios dejándola en una iglesia. Éste sería el final del ritual.

Un factor que incrementaba el sufrimiento de la pareja era que habían mantenido la FIV en secreto; ahora que necesitaban el apoyo de la familia no podían tenerlo. Se le pidió a Cecilia que lo compartiera con su madre.

Dos meses después, Cecilia y Raúl estaban en condiciones de retomar el camino. Recibimos una llamada telefónica en la que nos agradecían lo que habíamos hecho por ellos, comentando lo beneficioso que les había sido el ritual y contándonos que al día siguiente les iban a transferir los ovocitos pronucleados que tenían congelados.

Conclusiones

La infertilidad es como una muerte, una muerte para la que no hay rituales y escaso conocimiento público.

Con el avance de la ciencia, cada vez es más difícil que la infertilidad sea un ciclo pasible de cerrarse, ya que la diversidad de técnicas hoy disponibles hace que las parejas vean más cercana la posibilidad de ser padres biológicos. Por fortuna, para algunos esto se convierte en una realidad, pero para otros la búsqueda puede llevar muchos años y sólo paran cuando la menopausia les dice "basta".

Es tal la influencia cultural en pos de la maternidad biológica que, a pesar de la gran movilización externa e interna que demanda realizar una técnica de RA, Dennerstein y Morse (11) encontraron que el 90 % de las mujeres que ya habían fracasado en un intento, aún consideraban la idea de participar en cualquier otra opción reproductiva que les ofreciera la probabilidad de un embarazo biológico. Si a esto le sumamos la natural tendencia de los seres humanos a gravitar alrededor de sucesos posi-

tivos, a lo cual se agrega una gran cuota de negación que los lleva a pensar que "ellos serán los afortunados" (aproximadamente el 50 % de las parejas infértiles logran su hijo biológico), vemos la importancia de ofrecer asesoramiento a estas parejas. Cuando se trabaja con pacientes que se someten a técnicas de alta complejidad, deben ser asistidos en su examen de las implicaciones que tienen estas alternativas en el orden médico, legal, ético, religioso (20, 24), además de lo específicamente psicológico.

Las parejas que llegan a la clínica concurren por algo mucho más importante que recibir un tratamiento médico. Vienen a concretar un sueño, a intentar construir un futuro distinto. A salir de un dolor que en la mayoría de los casos nació con los primeros pasos de su matrimonio y se fue llevando parte de ellos, de su pareja, de su trabajo, de la relación con sus familias y amigos. En algunos casos ese sueño se concreta, es el fin de la pesadilla, pero en otros es la concreción del "no": la RA era el recurso máximo que la ciencia podía ofrecerles y ya no

hay nada más que hacer. Para algunos, la adopción es una posibilidad concreta que fue madurando con los años; para otros, es algo a lo que nunca habían querido acercarse, pero que ahora la vida les pone enfrente como única alternativa. Unos pocos eligen vivir sin hijos.

Ninguno de los métodos de la medicina reproductiva lleva en sí mismo el germen del sufrimiento del futuro chico o su familia. Si la pareja comprende y vive cabalmente la esencia de ser padres, no hay motivos para que el chico se sienta distinto. Distinto lo hace sentir la sociedad, y somos nosotros, como sociedad, quienes tenemos la responsabilidad de hacer un esfuerzo de comprensión y no juzgar a estas familias, porque entonces seremos nosotros quienes inflijamos desde afuera el daño que con tanto trabajo han evitado. No podemos ver a la concepción sólo como un fin, sino también como un principio: es el principio de la vida de alguien. Por eso creemos que la pareja debe estar realmente preparada para tomar la decisión acerca de su futuro hijo.

Referencias bibliográficas:

1. Beck, A., *The theory and practice of group psychotherapy. Curative factors: overview.*
2. Bents, H., "Psychology of male infertility: A literature survey", *International Journal of Andrology*, vol. 8, 1985, págs. 325-336.
3. Berg, B. y Wilson J., "Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization", *Fertil and Steril*, vol. 53, N° 8, 1990.
4. Bombardieri, M., "Twenty minute rule: first aid for couples in distress", *Resolve*, 1988.
5. Borszormenyi-Nagy, I. y Sparks, G., *Invisible loyalties*. Nueva York: Harper and Row, 1973.
6. Callan, V. y Hennessey, J., "Emotional aspects and support in in vitro fertilization and embryo transfer", *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, vol. 5, N° 5, 1988, págs. 290-295.
7. Callan, V. y Hennessey, J., "Strategies for coping with infertility", *British Journal of Medical Psychology*, 1989.
8. Carter, J. y Carter, M., *Sweet grapes: how to stop being infertile and start living again*, Indianapolis: Perspectives Press, 1989.
9. Caselli de Ferreira, M., *Cómo se vive la adopción*, Buenos Aires: Corregidor, 1988.
10. Collins, A., Freeman, E., Boxer, A. y Turek, R., "Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in in vitro fertilization treatment", *Fertil and Steril*, vol. 57, 1990, pág. 350.
11. Dennerstein, L., y Morse, C., "A review of psychological and social aspects in vitro fertilization", *Journal of Psychosomatics, Obstetrics and Gynaecology*, vol. 9, 1988, págs. 159-170.
12. Demyttenaere, K. Nijs, P., Evers Kieboons, G. y Koninckx, P., "Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological responses during in vitro fertilization", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 35, 1991, pág. 231.
13. Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers Kieboons, G., Koninckx, P., "The effect of a specific emotional stressor on prolactin, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety", *Fertil and Steril*, vol. 52, 1989, pág. 942.
14. Downey, J., Yingling, S., McKinney, M., Husani,

- N., Jewelewicz, R. y Maidman, J., "Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation", *Fertil and Steril*, vol. 52, Nº 3, 1989.
15. Given, J., Jones, G. y McMillen, D., "A comparison of personality characteristics between in vitro fertilization patients and other infertile patients", *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, vol. 2, Nº 1, 1985.
16. Harkness, C., *The infertility book*, California: Celestial Arts, 1992.
17. Hudson O'Hanlon, W., *Raíces profundas*, Buenos Aires: Paidós, 1989.
18. McDaniel, S., Hepworth, J. y Doherty, W., "Terapia familiar médica con parejas enfrentadas a la infertilidad", *Sistemas Familiares*, Año 9, Nº 2, agosto de 1993, págs. 49-68.
19. Menning, B., *Infertility: a guide for the childless couple*, Nueva York: Prentice Hall Press, 1988.
20. Morse, E. y Dennesteing, L., "Infertile couples entering an IVF program: a preliminary survey", *Journal of Psychosomatics, Obstetrics and Gynaecology*, vol. 4, 1985, págs. 207-219.
21. Newton, C., Hearn, M. y Yuspe, A., "Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure", *Fertility and Sterility*, vol. 54, Nº 5, 1990.
22. Papp, P., *El proceso del cambio*, Buenos Aires: Paidós, 1988.
23. Reading, A. y Kerin, J., "Psychologic aspects of providing infertility services", *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 34, Nº 11, 1989.
24. Schinfeld, J.S., Elkins, T.E. y Strong, C.M., "Ethical considerations in the management of infertility", *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 31, Nº 11, 1986, págs. 1028-1032.
25. Seibel, M. y Levin, S., "A new era in reproductive technologies: the emotional stages of IVF", *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, vol. 4, Nº 3, 1987.
26. Tannen, D. *You just don't understand*, Nueva York: Ballantine Books, 1990.

1996

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - Facultad de Medicina - Videoteca Central

**POSGRADO ANUAL
TERAPIA SISTÉMICA BREVE MODELO M.R.I.-PALO AÑO**

ENTRENAMIENTO EN CONDUCCIÓN DE ENTREVISTAS
SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTOS EN VIVO
PRESENTACIÓN DE CASOS EN CIRCUITO CERRADO DE TV

Directora Docente: Lic. Regina Szprachman de Hubscher

Docente Facultad de Medicina

Destinado a médicos, psicólogos, abogados, psicopedagogos, asistentes sociales, sociólogos, contadores públicos, etc.

TEÓRICO: JUEVES 13 a 15 hs. y PRÁCTICO: 2 HORAS SEMANALES A ELECCIÓN — Duración del curso: Del 28-3-96 al 28-11-96: total 130 horas.
ABIERTA LA INSCRIPCIÓN. VACANTES LIMITADAS. Se otorgan CERTIFICADOS OFICIALES con el 80% de asistencia y presentación de un caso.

Informes y preinscripción: Tels. 826-0659/0519 (9 a 13 y 15-19 hs.) — **Inscripción:** Facultad de Medicina-UBA Área Graduados - Fecha: Se comunicará.