

Guías para la Intervención Psicológica en tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad

Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva 2006

Coordinadores: Lic. Darío Fernández¹, Lic. Miriam Girolami²

Integrantes: Lic. Silvia Jadur / Lic. Inés Melijovich / Dra. María Mercedes Baccaro / Lic. Rut Willner / Lic. Regina Zapiro

¹ Contactos: dfernandez72@hotmail.com , dfernandez@cegyr.com

² Contactos: md_girolami@coopvgg.com.ar

Introducción

Como ha sido ampliamente demostrado, los tratamientos de medicina reproductiva de alta complejidad pueden provocar un alto nivel de tensión emocional, evidenciada en una notoria elevación de los estados de ansiedad (durante el tratamiento) y de depresión y distimia (post tratamiento). La prevalencia de trastornos adaptativos, trastornos por ansiedad y trastornos del estado de ánimo (por ej. depresión y distimia) es claramente más alta en población infértil que en la población en general.

Contemplar las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes que transitan un tratamiento de alta complejidad debiera ser uno de los objetivos de los profesionales médicos dedicados a la medicina reproductiva. Esta ampliación de los temas a ser tenidos en cuenta en el tratamiento médico de pacientes infértiles tiene su fundamento en las siguientes razones:

El foco central de los pacientes está puesto en alcanzar una meta importante en sus vidas. Por lo tanto no están lidiando sólo con un problema físico, sino también con un sufrimiento subjetivo relacionado con temas personales y psicológicos.

Los tratamientos de alta complejidad pueden implicar ciclos de intervenciones que se repiten y que si bien pueden ser exitosas, frecuentemente fracasan. Este proceso prolongado en el tiempo genera un stress emocional específico que puede tener consecuencias psicológicas negativas.

Los procedimientos diagnósticos y tratamientos médicos de los problemas reproductivos tienen un impacto importante sobre la vida íntima de los pacientes. Por lo tanto no solo debiera considerarse, el tipo de tratamiento y/o las opciones reproductivas futuras, sino también el impacto emocional sobre la persona, sobre la relación de pareja, su sexualidad, y sobre su capacidad de adaptarse exitosamente a los efectos emocionales de los procedimientos médicos y sus posibles resultados.

Estos tratamientos implican a una tercera persona que aún no existe (el niño), y que no puede ser incluida en los procesos de toma de decisión acerca de opciones de tratamiento. Esto genera temas éticos específicos que incluyen: el bienestar del niño por nacer, el entorno familiar en que se desarrollará, y en general, cualquier posible contradicción o conflicto

de intereses entre los deseos de los pacientes o las propuestas médicas y el bienestar del niño por nacer.

La presente guía pretende servir de orientación tanto para los psicólogos que trabajen en la especialidad, como para aquellos centros de medicina reproductiva que tengan como intención incorporar la atención psicológica en sus protocolos de trabajo en Tratamientos de Alta Complejidad.

Objetivos Generales de la Intervención Psicológica

- Proveer información, orientación y guía.
- Desarrollar mecanismos de adaptación eficaces para esta situación.
- Ayudar en la toma de decisiones

Mantener el stress dentro de límites no invalidantes.

- Optimizar la relación con el entorno (familia- amigos - trabajo).
- Prevenir fallas en la obtención de la muestra de semen.
- Psicoprofilaxis quirúrgica.
- Atenuar los efectos de la crisis de la infertilidad y temas relacionados a pérdidas.
- Prevenir deterioro psicológico a largo plazo.
- Brindar apoyo y contención emocional.
- Generar una red de apoyo entre pacientes

Objetivos Específicos

(Relacionados con las distintas etapas del tratamiento médico)

Temas a ser relevados en la primera entrevista

1 Historia Reproductiva

- Infertilidad pasada
- Infertilidad actual
- Impacto emocional de los tratamientos médicos previos

- Hijos: (biológicos, adoptivos, donación de gametos)

- Embarazos:

- A término; pérdida de embarazos; muertes perinatales

- Pérdidas reproductivas: espontáneas; provocados

- Embarazos de alto riesgo.

- Historia de anormalidades genéticas o cromosómicas

2 Status vincular

- Modalidad vincular de la pareja y estado actual de la relación.

- Recursos adaptativos (Comunicación - Apoyo emocional)

- Contexto: Familiar - Social – Laboral

3 Impresión diagnóstica

- Historia psiquiátrica (tratamientos; medicación; hospitalización; abuso de sustancias, etc)

- Evaluación clínica actual

4 Sexualidad

- Frecuencia

- Disfunciones

- Cambios en patrones sexuales secundarios a la infertilidad y/o a los métodos diagnósticos y tratamientos de infertilidad

- Historia de abuso sexual

5 Experiencias quirúrgicas anteriores

6 Factores actuales de stress

7 Expectativas con respecto al resultado del tratamiento

8 Obtención de muestras de semen

9 Otras alternativas de parentalidad

10 Capacidad de comprender la información recibida acerca del tratamiento y capacidad para dar consentimiento informado

Fase de preparación (antes del inicio de la estimulación ovárica)

- Anticipación de las posibles reacciones emocionales durante el tratamiento
- Efectos secundarios de la medicación
- Actitud de los pacientes ante el tratamiento y el staff de la institución
- Fomentar la red de apoyo entre pacientes (en caso que se trabaje con reuniones grupales).
- Exploración del contexto familiar, social y laboral
- Comunicación en la pareja

Fase de Apoyo I (durante la estimulación ovárica)

- Trabajo específico sobre stress y emergentes emocionales
- Psicoprofilaxis quirúrgica
- Preparación para la obtención de espermatozoides (en semen, punciones o biopsias)
- Planificación de los días de espera

Fase de Apoyo II (período comprendido entre la aspiración ovocitaria y la transferencia embrionaria)

- Intervención en urgencias

Fase de Apoyo III (días de espera hasta el test de embarazo)

- Intervenciones sobre emergentes (angustia - ansiedad excesiva - trastornos neurovegetativos - dificultad en el manejo del entorno)
- Explicación de las etapas de confirmación del resultado del tratamiento

Fase Follow up (luego del resultado del test de embarazo)

Según las necesidades de cada pareja y en función del resultado del tratamiento, el foco estará puesto sobre distintas áreas: individual, pareja, relación con el entorno, relación con el staff de la clínica.

CRITERIOS DE POSTERGACION O DE EXCLUSION

- Psicopatología severa
- Que el tratamiento o embarazo agrave una enfermedad psiquiátrica previa
- Conflictos graves en la pareja
- Abuso de sustancias
- Duelos no resueltos o de reciente iniciación
- Convergencia de otras situaciones críticas

Bibliografía

1. "Infertilidad Reproducción Asistida y Administración de Recursos", L. Urdapilleta, D. Fernández, Sistemas Familiares, Vol. 3, pp.35-47, 1995.
2. "Guidelines for counseling in infertility: outline version", J. Boivin et al., Hum Rep, Vol. 16, n° 6, pp 1301-1304, 2001.
3. The Fertility Society of Australia
4. Reproductive Technology Accreditation Committee "Code of practice for centers using Assited Reproductive Technology." 2001
<http://www.fsa.au.com/>
5. "Aspectos psicológicos de la infertilidad". Fernandez D, Urdapilleta L. En ¿Por qué no podemos tener un hijo? Chillik C. F. Buenos Aires, Atlántida. 2000, p. 227-228.
6. The Human Fertilization and Embriology Authority "Code of Practice, 6th Edition. 2003" www.hfea.gov.uk
7. European Society of Human Reproduction and Embriology "Guidelines for Counseling in Infertility" Special Interest Group "Psychology and Counseling" www.eshre.org
8. "Aspectos psiconeuroendócrinos de la anovulación y algunas alteraciones de la

reproducción asociadas a condiciones psicológicas”. D. Fernández, L Urdapilleta. Reproducción Humana (Revista de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Esterilidad y Fertilidad) Vol. 2, N° 2, Julio 2002.

9. “Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians.” Linda Hammer Burns & Sharon Covington (1999). The Parthenon Publishing Group, New York.