

Aspectos emocionales y la relación médico–paciente en la consulta por infertilidad

Lic. Silvia Jadur¹, Lic. Constanza Duhalde²

¹ Asesora psicológica en Concebir. Coordinadora del Foro Interdisciplinario de Reproducción Humana y Psicoanálisis. Psicóloga en Procreate. Miembro de APA.

² Asesora psicológica en Concebir. Integrante del Foro Interdisciplinario de Reproducción Humana y Psicoanálisis.

“Los desarrollos científico-tecnológicos avanzan más rápidamente que la capacidad que tienen las personas y la comunidad para asimilarlos” S.Jadur

La propuesta es comentar algunos aspectos emocionales que se presentan en las consultas médicas por infertilidad, configurando una relación particular con los pacientes desde el inicio del diagnóstico y a lo largo de los tratamientos.

Las parejas en búsqueda de un hijo se topan con algo desconocido respecto de sus cuerpos en tanto que no logran el embarazo deseado, en el momento elegido. Situación que en general los desconcierta por lo inesperada y lo impensable para sí mismos aunque reconocida en otras personas que la padecen. Es prioritario entonces, jerarquizar la consulta médica dado que es al médico especialista a quien acuden en la búsqueda de una posible respuesta a su preocupación.

Una de las cuestiones a tener en cuenta frente a una pareja, mujer u hombre que consultan, es que el decir “quiero, o queremos, tener un hijo”, no siempre expresa un deseo libre de otros significados pues, en algunos casos, esta frase encubre deseos inconscientes que pueden ser ambivalentes o contradictorios. De todas maneras, la infertilidad, como cualquier síntoma u enfermedad orgánica, tiene su correlato en el psiquismo sin ser específicamente una enfermedad psicosomática. Aunque quizás la incógnita más significativa se abre cuando hablamos de esterilidad sin causa aparente (esca).

Acerca del diagnóstico

La infertilidad aparece como síntoma sea cual sea la estructura psicopatológica

de base de los pacientes. Por lo tanto, la respuesta ante el diagnóstico es absolutamente individual y singular, inclusive en cada uno de los miembros de una pareja. La reacción inicial depende de factores como: el estilo de personalidad, la situación personal del hombre, de la mujer y de la pareja, el hecho de que se busque –o no– el primer hijo, la edad de los pacientes, el diagnóstico en sí mismo. El impacto que produce la formulación diagnóstica dependerá de los recursos psíquicos que posean los pacientes para asimilar la información y del lugar que el deseo de un hijo ocupa en la pareja y en cada uno de los integrantes. El deseo de maternidad y paternidad representan maneras diferentes de relacionarse con el hijo soñado. La frustración de este deseo pone en juego aspectos de la vida infantil, el tipo de relación que se ha tenido con la familia de origen, aquello que los pacientes creen que se espera de un hombre o de una mujer y aspectos propios de la constitución de la pareja.

El no tener un diagnóstico y manejarse sólo con hipótesis o fantasías, aumenta la ansiedad a la que podemos sumarle el considerable monto de energía mental invertido previamente para madurar la necesidad de la consulta cuando se reconoce que algo del cuerpo está fallando. Frente al diagnóstico, entonces, podemos hablar de una “crisis vital anticipada”, caracterizada por:

- miedo a no lograr la mater / paternidad.
- la posibilidad de no lograr la continuidad genético-familiar.
- pérdida de control sobre el propio cuerpo.

La infertilidad, a diferencia de la gran mayoría de las enfermedades, cursa callada y sólo se presenta ante la ausencia de embarazo cuando surge el deseo de tener un hijo. Por lo tanto, su repercusión interna es efecto de la historia de cada sujeto, de los mandatos familiares y de las exigencias de los modelos culturales existentes en una comunidad determinada. También podríamos plantear una diferencia esencial con respecto a otras enfermedades: provoca dolor psíquico, comprometiendo el psiquismo de los pacientes y el vínculo de la pareja.

Vale diferenciar aquellas parejas que, al llegar a la consulta, traen un diagnóstico previo, ya realizaron tratamientos o transitaron por varios consultorios o instituciones. En estos casos, los pacientes se presentan con expectativas renovadas, sea por recomendaciones, por buenos resultados obtenidos por conocidos en su misma situación o por haber sido atendidos con respeto y responsabilidad profesional. Son aquellos que transportan la historia de sus proyectos reproductivos en papeles amarillentos, cuidadosamente encarpados, que son testigos del dolor y de su esperanza. Es de suma importancia velar por que la infertilidad “física” no se convierta en una infertilidad de la vida cotidiana, centrada únicamente en el deseo de ser padres. Así mismo consideremos que la pater-maternidad abarca más que la gestación biológica, es efecto de la filiación, es una construcción de la cultura.

En la literatura médico-psicológica, los avatares afectivos de los pacientes infértiles son denominados “montaña rusa emocional” debido a los altibajos que padecen. Así, podemos extrapolar la descripción de los sentimientos que se suceden en el momento del diagnóstico de infertilidad a los enunciados de la Dra. E. Kübler Ross (1972) respecto de lo que encontró en pacientes hemato-oncológicos y terminales. Según la autora, los pacientes atraviesan distintas etapas hasta asimilar la información sobre su diagnóstico y pronóstico: 1° Sorpresa: “¡Cómo me puede estar pasando esto!”, “¡Por qué!”. 2° Negación: “¡No es cierto esto que me dicen, se equivocaron!” Este es el momento en que son posibles las consultas con otros especialistas para confirmar el supuesto error. 3° Enojo con médicos

y medio familiar-social: “¡qué he hecho de malo que justo a mí me pasa!” “¡Por qué a mí!”. 4° Negociación o regateo cuando ilusoriamente se cree que con voluntad se puede conseguir un cambio: “Si hago una promesa, me sacrifico por algo, seguramente lo logramos”. 5° Depresión y aceptación. Con posterioridad a la depresión, los pacientes pueden comenzar a pensar sobre las soluciones disponibles.

Detección de aspectos emocionales

En las entrevistas-consultas con los pacientes, se presentan datos que provienen del factor emocional y que, si bien no son mensurables, pueden ser detectados y registrados en la historia clínica. Henry Ey, médico psiquiatra, define a las emociones como “todos los fenómenos de la afectividad, es decir, todos los matices del deseo, del placer y del dolor que entran en la experiencia sensible en lo que se denomina los sentimientos vitales, el humor y las emociones” considerando que “la vida afectiva constituye la base misma del psiquismo”.

Es por ello que podemos detenernos en dos sentimientos habituales en la clínica: el dolor y el miedo.

El dolor físico, inscripto en el cuerpo, se manifiesta durante los estudios diagnósticos y en los procedimientos de los tratamientos, donde el umbral de dolor tolerado es subjetivo, individual, dependiendo del estilo de personalidad y de las huellas psico-fisiológicas en cada sujeto. Pero podemos también hablar del dolor psíquico, que contempla el dolor por :

- la pérdida del cuerpo sano.
- la pérdida de la capacidad reproductiva.
- la espera.
- verse obligado a solicitar ayuda.
- las renunciaciones y postergaciones que implica la no fertilidad.
- no responder a las expectativas familiares y exigencias sociales.

Los pacientes expresan miedo:

- a lo desconocido.
- al diagnóstico de esterilidad- infertilidad.
- a los estudios (histerosalpingografía, histeroscopia, laparoscopia, etc)
- al daño y dolor físico.

- a los efectos negativos de la medicación.
- a la discriminación del medio.
- a no ser escuchados- ayudados.
- a no poder tolerar la angustia.
- al fracaso de los tratamientos.

Los factores emocionales sintomáticos, que afectan la calidad de vida y pueden obstaculizar los procesos terapéuticos, son detectables en el espacio privilegiado de la consulta médica. La relación médico-paciente que se construye en el tiempo facilita la comprensión empática y la calidad asistencial. Tomando como modelo las áreas de la conducta humana desarrolladas por José Bleger (psiquiatra-psicoanalista) al describir el funcionamiento psíquico de una persona, nos aproximaremos a diferenciar estilos de pacientes según la predominancia de cada área: Área del Cuerpo, Área de la Mente y Área del Mundo Externo. Algunos de los síntomas que mencionaremos muestran la manera en que -dado que no pueden o no se permiten verbalizar el sufrimiento- estos pacientes manifiestan inadecuadamente emociones negativas como la angustia y la ansiedad,

1- Expresión con predominancia del área del cuerpo: trastornos gastrointestinales, respiratorios, génito-urinarios o dermatológicos, taquicardia paroxística, taquicardia, sudoración excesiva, temblores.

2- Expresión con predominancia en el área de la mente: trastornos en el sueño (hipersomnia, insomnio, pesadillas), trastornos en la alimentación (hiperfagia, pérdida de peso y apetito), disminución o pérdida del deseo sexual, disfunciones sexuales (impotencia, frigidez, dispareunia), desgano, agotamiento, abatimiento, desinterés, agresividad, irritabilidad, fallas en la memoria, problemas de atención.

3- Expresión con predominancia en el área del mundo externo: dificultades en la interacción con el medio social: aislamiento, autoexclusión, actitudes querellantes, alejamiento de los vínculos familiares y de las relaciones sociales en general (trabajo, estudio, amigos).

Esta enumeración muestra síntomas que condicionan negativamente la situación vital de los pacientes y los resultados de los tratamientos. Sin embargo, los mismos

pueden ser detectados por el médico tratante, ayudando así a prevenir cuadros de depresión, de ansiedad generalizada y /o de psicopatosis. Además, cuando las condiciones psíquicas no son las adecuadas para tolerar la espera y las frustraciones, se genera un alto nivel de angustia y estrés que atenta contra la continuidad y en ocasiones, en los resultados de los tratamientos.

A veces, en el inicio de los tratamientos de baja o alta complejidad nos encontramos con sentimientos de euforia, con sensaciones de extrema confianza en el éxito del mismo. Luego, el período de espera de 15 días hasta tener los primeros resultados, se vive con una expectación ansiosa que puede o no acompañarse de angustia. Es allí donde pueden aparecer diferentes mecanismos psíquicos de defensa, para sobrellevar lo incierto del resultado. Por ejemplo, algunos se atrincheran en la seguridad del fracaso como modo de defenderse de la incertidumbre y del miedo al resultado negativo.

Las diferencias de género muestran también las maneras en que desde el pensamiento femenino y masculino, cada uno se acomoda para adaptarse a estas circunstancias. Es así, que en algunos casos las mujeres interrumpen las actividades diarias aún cuando no haya indicación de ello. Sobre la mujer recae “la mayor responsabilidad” en un tratamiento en tanto que su cuerpo está más expuesto y al mismo tiempo es quien pierde casi totalmente el control de las circunstancias. Es desde aquí que se entiende esta necesidad de “adherirse al reposo”, pues sería lo único que depende de la voluntad de la mujer, una manera de tener un rol activo, sintiendo que hace lo máximo posible para lograr lo deseado. Si no lo realizara y el resultado fuera negativo, en la fantasía se conectaría el fracaso con no haber cumplido con lo “indicado”.

El punto que comparten tanto médicos como pacientes es lo incierto del resultado final de cada tratamiento. Aún si consideramos las estadísticas de los resultados de los procedimientos de FIV, vemos que hay un amplio campo que deja sin respuestas las causas de un fracaso. De alguna forma, más allá de los avances, el embarazo aún sigue gozando de algunos enigmas y el azar contribuye a ello.

Intervención psicológica

El perfil psicológico de cada sujeto y el modelo vincular de la pareja, preexisten a la aparición del problema de infertilidad. Desde el diagnóstico y en el transcurso de los tratamientos, independientemente del resultado, los pacientes necesitan de un espacio psicológico pues la consulta médica no es suficiente para sostener la problemática que los aqueja.

Se presentan diversos enfoques, siendo el asesoramiento psicológico (denominado *counseling* por algunos psicólogos) siempre conveniente. Las modalidades son variadas dependiendo de la línea de trabajo elegida por el profesional, pero toman apoyo en las guías de la SAMER y las de consenso internacional. Tomando temas centrales en cuanto a información sobre generalidades de los trastornos reproductivos y tratamientos, efectos emocionales de los mismos, aspectos familiares, sociales y legales. Por otro lado se cuenta como recursos de apoyo la psicoterapia grupal, de pareja e individual, así como también el grupo de apoyo y de reflexión de pacientes (grupo de pares).

El grupo de pares, permite compartir experiencias, información, sensaciones, afectos, no sentirse marginados de la comunidad. En las entrevistas o psicoterapias breves de pareja, se trabajan pactos explícitos e implícitos, acuerdos y desacuerdos, proyectos comunes e individuales. El espacio psicoterapéutico permite elaborar la infertilidad, participar en la decisión del tratamiento, conectarse con la propia historia, apuntalar el proceso de *mater-paternización*, construir el vínculo con el niño por nacer y elaborar la información sobre su origen que se le brindará al niño más adelante.

El médico es quien detecta síntomas como los mencionados anteriormente, escucha indicadores de situaciones conflictivas, observa *psicosomatosis*, que requieren de un espacio psicoterapéutico, además del espacio de asesoramiento.

Los pacientes que se dirigen al médico, institución o servicio especializado difícilmente demanden por sí mismos ayuda psicológica. Les preocupa lo que les sucede orgánicamente y no todos pueden entrelazar lo anímico con lo corporal. En el transcurrir de los encuentros o como consecuen-

cia del vínculo sostenido con el médico tratante, pueden los pacientes con esta problemática comenzar a preguntarse sobre las conexiones mente – cuerpo.

La medicina, desde su pertinente abordaje técnico, no puede dar cuenta de las implicancias del sufrimiento. Es sobre el médico que recae la tarea de detectar el momento pertinente y de decidir cómo derivar a los pacientes a un espacio de trabajo psicológico sin que estos se sientan expulsados del vínculo médico-paciente. Es imprescindible remarcar que problemas como la donación de gametos, la insistencia pertinaz a continuar con tratamientos cuando el número de intentos fracasados no lo aconseja, *amenorreas* y fallas ováricas, *pérdidas reproductivas* recurrentes, entre otros, sólo pueden ser asimilados intrapsíquicamente en un espacio de psicológico interrogación. Este abordaje es diferente del imprescindible acompañamiento afectivo que forma parte de la función médica. Si el médico comunica que no se logró el embarazo, en la psicoterapia se metabolizan los efectos de esta información.

Otro recurso que articula ambos campos científicos es la interconsulta médico-psicológica, intercambio psico-semiológico que favorece la comprensión de la dinámica interpersonal e intrapsíquica de los pacientes, donde se puede evaluar el cómo y cuando derivar a psicología o cuáles serían los recursos que el médico podría utilizar directamente desde su función. No olvidemos que el tiempo psicológico de una persona no coincide con el tiempo real o cronológico de la biología y/o de la medicina. Los pacientes precisan de un tiempo para elegir el camino que seguirán para ser padre-madre: la decisión de seguir algún tratamiento, de adoptar o bien de reencontrarse como pareja sin hijos.

Relación médico paciente

Incluir el factor emocional en la consulta contribuye a lograr una mejor relación médico-paciente por la contención que se ofrece y que es muy bien recibida y esperada por los pacientes.

Es de suma importancia la información científica que se suministra a los pacientes a medida que se avanza en el camino de los tratamientos, sabiendo que al generar el

ámbito propicio para la pregunta, para el planteo de dudas y temores, se fortalece el vínculo basado en la confianza y el compromiso mutuo y así se evitan “los malos o supuestos entendidos”.

El peso de la práctica asistencial promueve en los miembros del equipo y del médico tratante, una carga emocional de la que en raras oportunidades se habla. Sostener el vínculo con los pacientes, ser eficaces científicamente, asumir y comunicar los resultados negativos, las presiones institucionales, las demandas internas y externas, son elementos que pueden condicionar y/u obstaculizar el ejercicio profesional. No es casual que en los últimos años haya tenido relevancia el “síndrome de *burn-out*” en todas las especialidades médicas de riesgo. Este síndrome fue estudiado por el psiquiatra Herbert Frenderberg, quien evaluó los graves síntomas psicológicos como la angustia, el estrés, las psicopatosis que devienen de estar sometidos a largas jornadas laborales con obligaciones extremas, donde se bordean los límites de la vida.

Es necesario discriminar las implicancias de la práctica privada y la pública, pues las características de las demandas y de las posibilidades de los pacientes son diferentes. Sin embargo, a pesar de las diferencias, el acceso de toda la población a una mayor información vía internet, la participación de foros en la web, perfila pacientes con más conocimientos y mayores exigencias al entrar a un nuevo mundo, con códigos y lenguajes que deben aprender: el universo de la infertilidad.

Habiendo distintos estilos de médicos, las parejas se van acomodando a ellos según sus expectativas y el lugar que le otorgan al saber y a sus derechos como pacientes. Aún así, coinciden en rescatar como fundamental no sólo el conocimiento científico actualizado del profesional, sino el sentirse reconocidos como personas que padecen, respetados en sus decisiones y orientados en lo realmente posible. En esta especialidad, en mayor medida que en otras, se depositan en la figura del médico necesidades, expectativas y dependencia, puesto que está en juego el logro de una futura familia. Por esto, es conveniente apartarse del modelo médico hegemónico, biólogo y positivista para reflexionar

sobre lo trascendente del resultado de las intervenciones médico-técnicas: UN NIÑO POR NACER, la construcción de una familia. El modo en que se desarrolle el proceso hasta lograr un embarazo tiene que generar las condiciones más favorables para ese hijo por venir.

Invocación: “...Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja la idea de que lo puedo todo. Dame la fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufren.”
Moisés Ben Maimónides

Bibliografía

1. G. Berlinguer. Ética de la salud. Editorial Lugar. 1996.
2. N. Brier. Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstet Gynecol.* Vol 93; 1999.
3. J. Clavreul. El orden médico. Editorial Argot. 1978.
4. H. Ferrari. Salud mental en medicina. Editorial López. 1997.
5. S. Freud. Pueden los legos ejercer el análisis. Editorial Amorrortu. 1926.
6. S. Freud. Las resistencias contra el psicoanálisis. Editorial Amorrortu. 1925.
7. Guidelines for infertility counselors. Mental Health Professional Group of ASRM.
8. Guías para counseling. Mental Health Professional Group. ESHRE.
9. L. Israel. El médico frente al enfermo. Editorial Libros de la Frontera. 1976.
10. S. Jadur. E. Salama. La consulta médica en infertilidad. Posibilidad de Encuentros. ApdeBA., 1999.
11. S. Jadur y col. El factor emocional en la consulta por esterilidad. Congreso de Esterilidad. 2002.
12. S. Jadur. C. Duhalde. Efectos del trabajo Grupal con Pacientes Infértiles APBA 2003.
13. E. Kübler-Ross. On death and dying. Editorial Mc Millian Publishing. 1972.
14. J. Tizón García. Componentes psicológicos de la práctica médica. Editorial Doyma. 1992.
15. G. Navarra. Los pacientes, más exigentes e informados. *La Nación* 17-7-05.