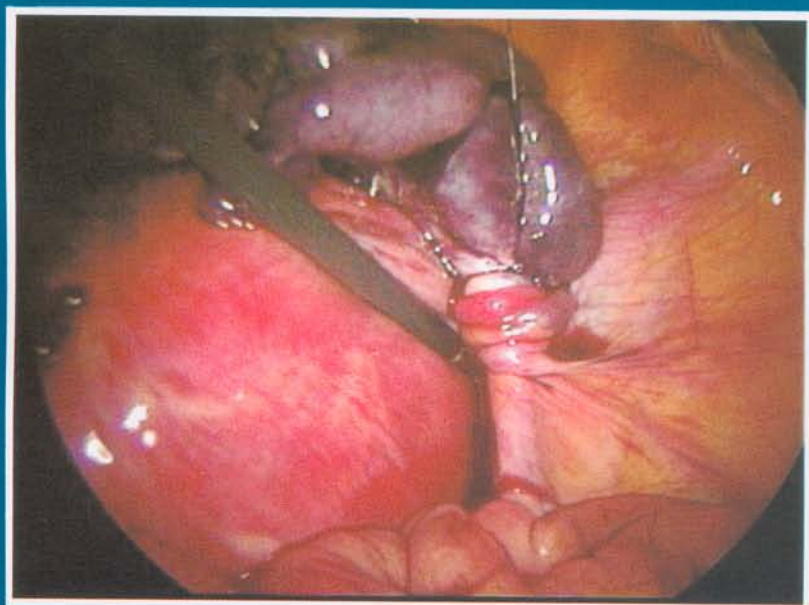


Revista de Medicina Reproductiva



Secciones:

Artículos Originales o de Revisión

Ateneos CEGYR • Artículos Seleccionados y Comentados

Perfiles Humanos Sobresalientes en Reproducción • Comunicaciones y Servicios al lector

Con la colaboración de **CEGYR**
Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción
Institución afiliada a la Facultad de Medicina de la Univ. de Bs. As.
Institución certificada según Normas ISO 9001:9002.

Con la colaboración de
LER
Laboratorio de Estudios en Reproducción

Aspectos psicosociales involucrados en los embarazos múltiples y en la reducción embrionaria

Lic. Leticia Urdapilleta

INTRODUCCION

Durante las dos últimas décadas, la incidencia de embarazos múltiples se ha incrementado considerablemente debido a diferentes tratamientos para combatir la infertilidad.

Desafortunadamente los embarazos múltiples responden, para muchos, a la actual definición de éxito (en el logro de superar la infertilidad), pero crean elevados riesgos de morbilidad materna e infantil.

Asimismo, las consecuencias psicosociales de los embarazos múltiples no siempre son tomadas en cuenta en su real dimensión y generalmente no son consignadas en la literatura médica. Si bien la comunidad médica está actualmente preocupada en reducir la ocurrencia de los embarazos múltiples sin perjudicar la tasa de embarazo, es importante considerar tanto los riesgos obstétricos y neonatales como las consecuencias a largo plazo que atraviesan estas familias (Mc Winnie, 2000; Ellison y Hall, 2003).

Parejas que han buscado descendencia por años suelen hacerse una imagen mental de la "familia instantánea", aquella con chicos saludables y felices. Lejos están de considerar los riesgos que potencialmente deberán enfrentar al embarazarse de varios bebés a la vez.

Quienes trabajamos con parejas con problemas reproductivos debemos conocer las implicancias de los embarazos múltiples en cada una de sus facetas. Existen momentos específicos que se deben tomar en consideración: antes del embarazo, durante el mismo, durante la crianza de los niños. Del mismo modo, ciertos aspectos relevantes como los económicos, los sociales y los familiares se ven alterados.

Evitar la recurrencia de embarazos múltiples es una tarea indeclinable que comienza conociendo todas sus implicancias y asesorando a las parejas de manera preventiva.

PERIODOS EN LOS CUALES LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA REPRODUCTIVA SUELEN ESTAR EN CONTACTO CON LAS PAREJAS

1) Aspectos psicológicos relevantes de las parejas antes de embarazarse

Dentro de las parejas que están en tratamientos de fertilidad se pueden distinguir 2 tipos de personas y/o parejas: aquellas que toman conciencia de las implicancias del embarazo múltiple y los riesgos que conllevan, y aquellas que no lo hacen (Urdapilleta y Fernández, 2000). Las primeras, están convencidas de las bondades de tener 2 o 3 niños a la vez (Gleicher et al, 1995) y así no tener que volver a atravesar por tratamientos de fertilidad cuando quisieran un segundo hijo. Minimizan tanto factores de salud de la madre y de los hijos, como las dificultades de la crianza y los costos económicos que traen aparejados. Algunas argumentan que luego de varios intentos de embarazo fracasados, difícilmente se embaracen de mellizos o trillizos.

El pequeño grupo de parejas que evalúan y comprenden la dimensión de un embarazo múltiple o muy múltiple, temen la ocurrencia del mismo y se movilizan tomando decisiones preventivas, como pedirle al médico que no les transfiera más de X cantidad de embriones (generalmente 2) por intento en Alta Complejidad, y/o acatan las instrucciones del médico referidas a no tener relaciones sexuales si existen varios folículos en los ovarios, producto de estimulación de la ovulación en baja complejidad.

Frente a la noticia del embarazo múltiple

En este momento la diferencia entre los 2 grupos aún persiste. Si bien todos están contentos por lograr el embarazo, en aquellas parejas que temían embarazarse de más de 1 o 2 embriones a lo sumo, suelen aparecer síntomas físicos y emocionales exacerbados.

La angustia y los temores se multiplican a medida que piensan en todos los avatares que les esperan adelante. A veces, cuando se realizan las primeras ecografías y se detecta la detención del crecimiento o la muerte de algún embrión, se sienten secretamente contentos o aliviados, aunque probablemente no lo expresen abiertamente.

A diferencia de las anteriores parejas, a quienes esperaban un embarazo múltiple les preocupa conservar vivos todos los embriones implantados y sufren si pierden alguno. A esta altura, aún no les preocupan las complicaciones futuras.

Durante el embarazo

A medida que el embarazo va transcurriendo, la mayoría de las veces comienzan las complicaciones maternas y fetales que deben enfrentar y sortear (ASRM, 2001).

Dependiendo de cada caso particular, suelen ser comunes las somatizaciones o las preocupaciones expresadas abiertamente junto a los extensos períodos de reposo y/o de hospitalización. La tensión se percibe en muchas áreas: gran preocupación del esposo y familiares respecto a la salud de la madre y sus hijos, las circunstancias alrededor del nacimiento (cesárea), la posible prematurez de los niños y sus consecuencias, la decisión de amamantarlos o no y quiénes se ocuparán de los cuidados básicos de los bebés, la posibilidad de que algún bebé muera, los recursos económicos que se empiezan a resentir desde los cuidados prenatales y que saben tendrán al nacer y durante muchos años más.

PATERNAJE DE MÚLTIPLES

Luego del nacimiento, las parejas son frecuentemente dejadas solas con su problema. Cuando los bebés llegan a sus casas, los problemas se multiplican y amontonan. La madre no siempre tiene tiempo para recuperarse físicamente.

En el mejor de los casos, los bebés saldrán de neonatología juntos. Otros, según el estado de salud o de madurez, serán dados de alta en distintas etapas. Esto obliga a los padres a dividir sus tiempos entre el hospital y el cuidado de el/los bebé/s que están en casa. A veces hay algún bebé enfermo o con secuelas y necesita de cuidados especiales (Scholz et al, 1999). Las parejas planean tener 1 hijo y sano y estas parejas suelen tener varios hijos a la vez, algunos de ellos ciegos, con parálisis cerebral, con tubos de alimentación y otras dificultades y necesidades especiales.

Cuando algún bebé muere los sentimientos son muy confusos: alegría por los que viven y mucho dolor por el que murió. El entorno no siempre ayuda y frecuentemente deja entrever que es mejor tener menos niños que cuidar a la vez. Es importante que tanto los padres, familiares y amigos como el personal médico traten a la pareja con sumo respeto por su dolor. En varias oportunidades el dolor suele ser tapado por la misma pareja: hay otros bebés que cuidar (Bryan, 1991).

Aun cuando los bebés estén sanos, la sola crianza requiere de mucha actividad y energía de ambos padres (Hammer Burns, 1999).

Habitualmente necesitan de ayuda externa, sean familiares o personal contratado para poder cubrir los aspectos básicos. El tiempo es siempre tirano, nunca alcanza, y la situación empeora a mayor número de bebés. Inmediatamente aparecen las primeras consecuencias: falta de sueño, pérdida de la red social y aislamiento, abandono del trabajo o actividad de la madre (con la consecuente pérdida de ingreso), invasión de la privacidad familiar, atención pública, serios problemas con los espacios (vivienda, auto, cochecitos, cunas, cientos de pañales, etc.).

Los desafíos no terminan pronto. Los padres de múltiples debert criar a sus hijos intentando darles un tiempo propio de padre y madre a cada uno, deben evitar tratarlos o que sean tratados como un conjunto (*los trillizos, los cuatrillizos*) y sí como seres individuales. Tampoco deben descuidar el bienestar de otros hermanos no incluidos dentro del grupo, si los hubiera. Este es un asunto particularmente difícil de manejar: los hermanos mayores pueden sentirse aislados y enojados (Bryan, 2002). Según la edad, suelen también convertirse en ayudantes de sus padres para cuidar a los chiquitos y pierden su propio espacio y tiempo de ser niños ellos mismos.

El estrés parental puede alcanzar niveles muy altos, afectando además la salud física de las madres y de la relación de pareja.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Probablemente la pareja tampoco se ha recuperado del impacto de los años de infertilidad y de las complicaciones del embarazo de múltiples cuando a la atención y crianza de los niños se suman otros factores.

Aspectos psicopatológicos

En madres: Diversas investigaciones realizadas en madres luego de unos años del nacimiento de los ni-

ños (Scholz et al, 1999; Garel, 1997; Garel y Blondel, 1992) revelan que la mayoría se siente aislada, sobrecargada, ansiosa, deprimida, con mucho estrés (Cook et al, 1998) y altas expectativas sobre ella misma. Muchas necesitan apoyo psicoterapéutico y si existía psicopatología preexistente, ésta puede agravarse. El riesgo de depresión aumenta con el número de múltiples. Se quejan de no tener tiempo de disfrutar de sus hijos, de jugar con ellos ni de tenerlos en brazos; hasta el último minuto se les evapora en los cuidados básicos y aún cuando lo logren, el precio que pagan suele ser muy alto (Bryan, 1995).

En niños: Dentro del grupo de niños sanos, las principales dificultades se presentan en el tener que compartir la atención de los padres, dificultades de comportamiento, desarrollo lento del lenguaje (McMahon y Dodd, 1997), mayores dificultades en la concentración y una incidencia más alta del Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad (Levy et al., 1996).

Aquellos niños con complicaciones suelen presentar, además de lo descrito, desórdenes auditivos y visuales, parálisis cerebral y dificultades en el aprendizaje (ESHRE, 2000).

Aspectos psicosociales

Recientemente, Ellison y Hall (2003) han puesto de relieve determinados aspectos psicosociales generalmente no considerados:

1. *Estigma social:* es una experiencia que la mayoría de las parejas sufre, particularmente las madres, siendo vulnerables a evaluaciones públicas de su status de fertilidad, haciéndolas sentirse frecuentemente devaluadas, moralmente juzgadas y diferentes.

2. *Pérdida de algún feto o bebé nacido:* frecuentemente el dolor de estas pérdidas es minimizado o no tomado en cuenta en la real dimensión de dolor y sufrimiento que implica para la pareja. Estas pérdidas involuntarias incrementan los riesgos de vulnerabilidad psicológica y depresión en mujeres (Pector, 2002).

3. *Impacto de los nacimientos múltiples sobre la relación de pareja:* en algunos casos las parejas sufren tal impacto ante los que les está tocando vivir que surgen desavenencias y alejamiento entre ellos. Algunos reportes indican aumento de divorcio e insatisfacción marital. A otras parejas, el estrés de la situación los obliga a renegociar el contrato de roles establecidos tradicionalmente. Cuando los padres colaboran activamente ayudando a la crianza de los bebés y con los quehaceres habitualmente designados a las mujeres dentro de un hogar, esto se convierte en un factor estabilizador del matrimonio con múltiples.

ECONOMIA DE LOS EMBARAZOS MÚLTIPLES

La carga financiera que estos embarazos traen es enorme (Scholz et al, 1999). A esto se suma la escasa o nula cobertura social por parte del Estado y de las compañías de medicina prepaga. Cuando se habla de embarazos múltiples se deben considerar los diferentes costos según los distintos momentos:

1. Costos antes y durante el embarazo, incluyendo tests diagnósticos, tratamientos diversos de fertilidad, hospitalización materna, complicaciones o parto pre término.
2. Costos del parto y cuidados neonatales, incluyendo cuidados intensivos por prematuridad, respiradores, posibles intervenciones, terapias medicamentosas.
3. Costos de la medicina a largo plazo, incluyendo rehabilitación, educación especial para niños con discapacidad, problemas de salud crónicos.
4. Costos no médicos, incluyendo entre otros, extensión del hábitat y del mobiliario, medio de transporte familiar, ropa, pañales, leche, gente de ayuda en el cuidado de los niños, educación formal.

REDUCCION EMBRIONARIA

Aspectos emocionales

Las parejas que se embarazan de múltiples bebés no siempre pueden o quieren llevar adelante un embarazo con riesgos y/o afrontar la crianza de varios niños a la vez. Frente a esta situación, la medicina ofrece la posibilidad de realizar una reducción embrionaria.

Pero decidir una reducción embrionaria nunca es fácil; es una ironía dolorosa para parejas que tanto desean tener hijos.

La decisión debe ser tomada individualmente en primer término y luego evaluada en pareja. La misma se realizará basándose en sus creencias personales, morales y éticas, así como en realidades médicas. Bryan (1991) subraya: "No es sorprendente que muchos matrimonios discrepen respecto de cuál es el mejor plan. No puede haber una única solución correcta; todas implican algún riesgo y mucho sufrimiento. Y sin embargo hay que tomar una decisión, y pronto".

Para la mayoría de las parejas es una pérdida que se experimenta en soledad (generalmente sin el apoyo de familiares y amigos), en un contexto de estigma y censura respecto del terminar con un embarazo.

No todas las parejas reciben información acerca de la posibilidad de realizar una reducción embrionaria de igual manera. Podríamos agrupar los distintos tipos de parejas en:

- Aquellas para las cuales terminar un embarazo es ofensivo y perturbador y bajo ninguna circunstancia se someterían a ello (Goldfarb, 1996);
- Aquellas que desde el optimismo esperan superar las dificultades del embarazo múltiple sin inconvenientes y siguen adelante minimizando la situación;
- Aquellas que desafían el riesgo de las complicaciones potenciales de la reducción y se sienten aliviadas de pensar que el futuro no será tan complicado.

Proceso emocional

A los sentimientos iniciales de alegría de saber que están embarazados, luego de la ecografía confirmatoria del embarazo múltiple le siguen sentimientos de shock, incredulidad y aturdimiento. Aparece una ambivalencia intensa, están felices y asustados. Lo que habría de ser alivio luego de tantos años de infertilidad se convierte en riesgo de morbilidad o mortalidad de los bebés vs. la certeza de la pérdida de alguno/s bebé/s y el riesgo de perder el embarazo completo.

Aún cuando la reducción sea la decisión que deseaban, aparecen en las parejas sentimientos de frustración, pánico, consternación, tristeza, y siempre una cuota importante de distrés (Schreiner-Engel et al., 1995). Algunas personas experimentan la reducción de embriones como la pérdida de otro niño, igual que un aborto espontáneo o un niño nacido muerto.

Follow-up

Es importante considerar qué personas, de qué países y con qué idiosincrasias se manejan las parejas que realizan una reducción embrionaria. Asimismo, los estudios de seguimiento deben leerse desde esta perspectiva. En nuestro país no es una práctica muy difundida ni aceptada y legalmente prohibida, por lo tanto debemos ser cautelosos de equiparar los resultados de estudios de otras culturas a la nuestra.

Hay pocos estudios de seguimiento, sin embargo, existen controversias respecto de los resultados a largo plazo para la familia (Mc Winnie, 2000; English, 1997). Algunos autores reportan que aquellas mujeres que hicieron una reducción embrionaria no se arre-

pintieron de su decisión, aunque se sintieron tristes luego del procedimiento. Tuvieron un duelo apropiado pero sin efectos a largo plazo o dificultades en el apego a los hijos supervivientes.

Otros estudios reportaron secuelas psicológicas más intensas: sentimientos de dolor emocional, estrés y miedo durante el procedimiento (Hammer Burns, 1999), y sentimientos de duelo por la pérdida del feto o los fetos reducidos, sobre todo en aquellas mujeres quienes perdieron todo el embarazo (actitudes depresivas, reacciones de culpa entre moderadas y severas).

CONCLUSIONES

Prevenir la recurrencia de embarazos múltiples es una tarea indeclinable que comienza conociendo todas sus implicancias.

Es imperativo que los pacientes estén bien informados acerca de los embarazos múltiples y de la reducción embrionaria antes de comenzar los tratamientos. Sólo de esta manera podrán tomarse el tiempo necesario para llegar a una decisión y colaborar activamente con sus médicos para prevenir la posibilidad de que el embarazo múltiple ocurra.

Cuando el embarazo ya es un hecho, es fundamental darles mucho apoyo emocional, aclarar sus dudas y miedos acerca de poder lidiar con el embarazo y con los chicos, prepararlos para el nacimiento (cesárea- neonatología- volver a su casa sin los bebés-amamantamiento- etc.), así como facilitarles información de las organizaciones locales e internacionales de familias con nacimientos múltiples, como modo de generar redes de apoyo y soporte entre pares.

También la reducción embrionaria es una experiencia estresante que necesita un cuidadoso *counseling*, tanto antes del tratamiento de fertilidad como después de confirmado el embarazo múltiple. Durante el mismo se deben evaluar los beneficios relativos vs. los riesgos potenciales, balanceando la opinión del equipo médico con las necesidades de la pareja.

Es fundamental que el *counseling* brindado tanto por el médico como por el psicólogo sea realizado de forma neutral, sin actitudes de juzgamiento ni tomando partido por sus propias creencias morales o valores personales.

Para muchas parejas el embarazo múltiple es un precio muy alto a pagar por su tratamiento contra la infertilidad. Es tiempo de que se reevalúe cómo es medido el "éxito".

REFERENCIAS

- 1) American Society of Reproductive Medicine. Complications of multiple gestation. Fact Sheet. 08/2001.
- 2) Bergh C, Möller A, Nilsson L, Wikland M. Obstetric outcome and psychological follow-up of pregnancies after embryo reduction. *Human Reproduction*. 1999; 14; 8; 2170-75.
- 3) Bryan E. (1991). Perinatal bereavement after the loss of one twin. *J. Perinat. Med.* 19, Suppl.1. p. 241-245.
- 4) Bryan E. (1995). *Mellizos, trillizos, o más*. Barcelona: Urano.
- 5) Bryan E. Educating families, before, during and after a multiple birth. *Semin Neonatal*, 2002; 7:241-246.
- 6) Cook R, Bradley S, Golombok S. A preliminary study of parental and child behavior in families with twins conceived by in-vitro fertilization. *Human Reproduction*. 1998; 13; 11; 3244-46.
- 7) Covington S, Hammer Burns L. Pregnancy after infertility. En *Infertility Counseling*. A comprehensive handbook for clinicians. Linda Hammer Burns & Sharon Covington. New York: The Parthenon Publishing Group. 1999, p.425-447.
- 8) Ellison, M. & Hall J. Social Stigma and compounded losses: quality-of-life issues for multiple birth families. *Fertil Steril*, 2003; 80:2, 405-414.
- 9) English M. *Confronting the clinical, ethical, and emotional dilemmas posed by multiple fetal reduction*. Tenth National Conference for Nurses and Support Personnel in Reproductive Medicine. 10th World Congress on In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction. May 24-27, 1997. Vancouver, Canada.
- 10) ESHRE Capri Workshop Group. Multiple gestation pregnancy. *Human Reproduction*. 2000; 15; 7; 1856-64.
- 11) Garel M, Blondel M. Assessment at 1 year of the psychological consequences of having triplets. *Human Reproduction*. 1992; 7; 5; 729-32.
- 12) Garel M, Salobir M, Blondel B. Psychological consequences of having triplets: a 4-year follow-up study. *Fertility & Sterility*. 1997; 67; 6; 1162-65.
- 13) Gleicher N, Campbell DP, Chun Lin Chan, Karande V, Rao R, Balin M, Pratt D. The desire for multiple births in couples with infertility problems contradicts present practice patterns. *Human Reproduction*. 1995; 10; 5; 1079-84.
- 14) Goldfarb J., Kinzer DJ., Boyle M., Kurit D. Attitudes of in vitro fertilization and intrauterine insemination couples toward multiple gestation pregnancy and multifetal pregnancy reduction. *Fertility & Sterility*. 1996; 65; 4; 815-20.
- 15) Gordon E, Barrow R. Legal and Ethical Aspects of Infertility Counseling. En *Infertility Counseling*. A comprehensive handbook for clinicians. Linda Hammer Burns & Sharon Covington. New York: The Parthenon Publishing Group. 1999, p. 508.
- 16) Hammer Burns L. Parenting after infertility. En *Infertility Counseling*. A comprehensive handbook for clinicians. Linda Hammer Burns & Sharon Covington. New York: The Parthenon Publishing Group. 1999, p. 449-472.
- 17) Levy F, Hay D, McLaughlin M, Wood c, Maldman I. Twin sibling differences in parental reports of ADHD speech, reading and behaviour problems. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 569-567.
- 18) Mc Mahon S. & Dodd B. A comparison of the expressive communication skills of triplet, twin and singleton children. *Eur J Disorders Communication*, 1997, 32: 328-345.
- 19) Mc Winnie A. Multiple Pregnancies. En *ESHRE Monographs. Guidelines for Counseling in Infertility*. Eds: J.Boivin y H. Kantenich. Oxford University Press. 2002, p. 23-24.
- 20) Pector E. & Smith-Levitin M. Mourning and psychological issues in multiple birth loss. *Semin Neonatol* 2002; 7: 247-256.
- 21) Schreiner-Engel P, Walther VN, Mindes J, Lynch L, Berkowitz PL. First trimester multifetal pregnancy reduction: acute and persistent psychologic reactions. *Am J of Obstet & Gynecol* 1995; 172: 541-547.
- 22) Scholz T, Bartholomäus S, Grimmer L, Kantenich H, Obladen M. Problems with multiple births after ART: medical psychological, social and financial aspects. *Human Reproduction*. 1999; 14; 12; 2932-37.
- 23) Urdapilleta L, Fernández D. Aspectos psicológicos de la infertilidad. En *¿Por qué no podemos tener un hijo?* Chillik C. F. Buenos Aires, Atlántida. 2000, p. 227-228.