

Psicología en Reproducción Asistida de alta complejidad. Características de los pacientes, situaciones generadas en los tratamientos y sus modos de abordaje*

Lic. Leticia Urdapilleta

CEGYR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción)

RESUMEN

La Medicina Reproductiva ha crecido en forma vertiginosa en los últimos años, quedando hoy en día pocas parejas sin posibilidad de encontrar algún tratamiento para su dificultad de tener un hijo. Pero la capacidad de las personas para adaptarse a las situaciones que escapan de lo tradicional y lo conocido no es tan rápida. En este contexto, las parejas infértiles deben decidir si intentan o no someterse a determinados tratamientos hoy disponibles.

Entrar a un tratamiento de Reproducción Asistida implica un impacto sobre el cuerpo, la mente, el contexto familiar y de amigos, el trabajo, la economía de la pareja, sus posturas éticas y creencias religiosas. El tratamiento en sí los enfrenta a una serie de situaciones que mayormente desconocen. Además, el tiempo es acotado, entonces trabajar lo psicológico hace que el modo de abordaje sea tan atípico como la situación que ellos viven.

Proponemos un modelo de trabajo cuyos objetivos son, entre otros: brindar apoyo y contención emocional, generar una red de soporte grupal, mejorar la adaptación al tratamiento médico, reducir el estrés anticipatorio, evitar que lo emocional interfiera lo hormonal, ayudar en la toma de decisiones, manejar adecuadamente lo contextual, y prevenir el deterioro psicológico a largo plazo.

Palabras claves: Psicología – Infertilidad – Reproducción Asistida – Tratamiento psicológico – Counseling - Funcionamiento Psicológico – Estrés – Psicoprofilaxis.

INTRODUCCION

Desde el nacimiento de Luise Brown en 1978 hasta hoy, la Reproducción Asistida (R.A.) ha evolucio-

nado vertiginosamente y se han desarrollado nuevas variantes que han dado solución a muchas parejas con problemas de fertilidad que antes no hubieran podido ser padres.

A lo largo de estos veintiún años se han ido desarrollando variantes de la original "fecundación *in vitro*" (FIV) como el GIFT (Gamete intra fallopian transfer), ZIFT (zigote intra fallopian transfer), TET (tubal embryo transfer), ICSI (intracytoplasmic sperm injection). Pero, paralelamente a estas técnicas, fueron surgiendo nuevas opciones que vuelven a introducir ansiedad, miedos, preocupaciones y la necesidad de informarse, replantearse y decidir acerca de las maneras de formar una familia: biopsias y punciones testiculares; donación de óvulos (1); criopreservación; "surrogates" (mujeres que donan sus óvulos y aportan sus úteros para una pareja); y "gestational carriers" (mujeres que aportan sus úteros para llevar a término el embarazo de una pareja).

Sin embargo, aún hoy y a pesar de los enormes avances científicos, la R.A. no es una experiencia fácil, ni económica, ni altamente exitosa, ni libre de estrés. Decidirse a realizar uno de estos tratamientos no es una elección que las parejas realicen sencillamente. Existen varios impedimentos que dificultan aun más la decisión de las parejas. Entre ellos, encontramos la condena social que desde muchos ámbitos tildan a las técnicas de "antiéticas", "antinaturales" y "explotadoras" (2); y a quienes las utilizan de egoístas, porque "hay muchos chicos para adoptar que no tienen padres". Además, muchos profesionales de áreas relacionadas con la R.A. están en contra de ellas y también las condenan. Otros impedimentos son los cuestionamientos morales o de fe. Todos sabemos que las diferentes religiones fijan su posición respecto de estos temas y no siempre están a favor de la R.A. Y

* Toda correspondencia debe ser enviada a: Lic. Leticia Urdapilleta, CEGYR (Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción) Viamonte 1438 - 1055, Buenos Aires, Argentina. Tel: (5411) 4372-8289, Fax: (5411) 4371-7275, e-mail: cegyr@impsat1.com.ar

finalmente encontramos que, por decisiones particulares, muchas veces las parejas no logran llegar al acuerdo necesario para realizar estos tratamientos.

Vivencias específicas

Una vez que la pareja se decidió a realizar algún tratamiento de Reproducción Asistida (TRA) de alta complejidad comienzan, paralelamente a las distintas etapas del procedimiento médico, cambios en el ámbito de lo físico, emocional y social en sus integrantes. El impacto psicológico que estas técnicas generan es específico y particular. Veremos por qué:

- Experimentan incomodidad física (inyecciones diarias, extracciones de sangre, ecografías, procedimientos invasivos, efectos secundarios de la medicación).
- Fluctuaciones emocionales generadas por influencia hormonal (3).
- Deben comprender y aprender un lenguaje nuevo y complejo para manejar sus decisiones.
- Conscientes de que tienen que atravesar las distintas etapas del tratamiento, temen fracasar en cada estadio.
- No tienen ninguna seguridad del resultado del tratamiento.
- Viven la R.A. como la última esperanza (esto generalmente es así).
- El tomar contacto con sus folículos, embriones, etc. tempranamente, hace que se produzca un sobreinvolucramiento emocional respecto de su posible embarazo, mucho antes de que este sea un hecho.
- Están obligadas a tomar decisiones éticas y emocionalmente complejas antes y durante el tratamiento (ej.: congelar pre-embryones/embryones/blastositos o no; utilizar semen donado, etc.).
- Se sienten presionados en cuanto al manejo de la información que deben o no brindar a familiares, amigos, en el trabajo, a las obras sociales, etc., respecto del tratamiento.
- El timing del tratamiento es incierto ya que depende de la respuesta física de cada paciente y esto no siempre les permite organizar como quisieran sus otras actividades.
- Deben interrumpir sus trabajos y actividades sociales por el tratamiento y, frecuentemente, también por el estado anímico que los aísla y sumerge sólo en él.
- Los costos de un tratamiento abarcan no sólo la técnica en sí sino también los medicamentos, el lucro cesante, los traslados y estadía de quienes vienen del

interior o exterior. A esto se le agrega que la cobertura social es casi siempre inexistente.

- La dicotomía entre las tasas de éxito reales y las expectativas de los pacientes, que cuando realizan un tratamiento por primera vez están, generalmente, convencidos de que se embarazarán en esa oportunidad.

- La sensación de falta absoluta de control sobre lo que está sucediendo y la necesidad de "entregarse" a lo que el staff le pida sin condicionamientos.

Particularidades de los pacientes infértiles que acceden a la reproducción asistida

Lo anteriormente descrito le sucede a la mayoría de los pacientes que transitan por alguno de estos tratamientos. Pero, ¿qué pacientes acceden a ellos?, ¿a qué tipo de pacientes nos enfrentamos? Muchísimos estudios se han realizado en pacientes infértiles, y numerosos tests de personalidad (MMPI 1, MMPI 2, Inventario de Eysenck, etc.) (4) han confirmado que no hay un incremento en la incidencia de diagnósticos psiquiátricos como psicopatología preexistente dentro de esta población (5).

Esto no quiere decir que cuando llegan a nuestros consultorios carecen completamente de síntomas psicológicos. Esto sería imposible ya que los efectos que la infertilidad trae son visibles en todos los pacientes. Es muy frecuente encontrar *dysphoria* (depresión acompañada de ansiedad) en estos pacientes, que es el resultado de pérdidas, del estrés de la crisis de la infertilidad y sus tratamientos, y también, lógicamente, de la exacerbación de condiciones preexistentes. Algo queda claro: vemos con mayor frecuencia el efecto psicológico de la infertilidad y no su causa (6-7).

Dentro de la población infértil, probablemente no haya habido ninguna otra subpoblación que haya sido tan estudiada como los pacientes de R.A. Así, sabemos hoy que estas personas difieren en algunos aspectos de otros pacientes infértiles (aquellos que deciden parar los tratamientos, los que se vuelcan a la adopción, los que optan por quedarse sin hijos y los que se pueden embarazar sin necesidad de realizar algún TRA de alta complejidad). Ciertos rasgos de personalidad los diferencian también de otros pacientes que, teniendo un diagnóstico que justifica la R.A., no acceden a ella: aquellos son más ambiciosos, son más creativos, son más independientes y tienen una mayor tendencia a buscar ayuda que los primeros (8). Además, su relación marital es casi siempre muy buena, lo que les permite consensuar respecto de estas decisiones.

El modo en que vivencian ambos integrantes de la pareja un TRA está marcado por diferencias de género, que se hacen evidentes respecto de sus posicionamientos intrapersonales y las realidades del tratamiento en sí. No importa quién tenga el síntoma de infertilidad en el cuerpo, siempre es la mujer la que carga con el peso del tratamiento sobre su físico. Además, su grado de involucramiento y disposición hacia el procedimiento es generalmente mucho mayor que el de los hombres. Por este motivo, ellas se reportan más estresadas que sus maridos frente a las TRA; además están más ansiosas y fatigadas por el mismo motivo. Internamente, muchas de ellas sienten que deben generar un hijo para sus parejas y familiares, lo cual las hace sentir culpables del fracaso del tratamiento si no llegan al embarazo luego de haberles transferido embriones (ahora son ellas, su psiquis o su cuerpo, que no "aceptan" al bebé).

Los hombres en cambio, en la mayoría de los casos, lejos de mostrarse afectados suelen no pedir ayuda, negando toda situación que los pudiera afectar. Esto no sólo es una respuesta típica basada en aquello que la sociedad les inculca como "conducta masculina", sino que saben que por lo general funcionan como el sostén emocional de sus esposas (9) y por lo tanto les esconden sus sentimientos dolorosos. Además, en muchos casos se sienten culpables y preocupados porque su esposa deba cargar con el peso físico del tratamiento y quisieran ellos estar en ese lugar. Los dos temas que más frecuentemente vemos que preocupan a casi todos los hombres son la calidad y la toma de la muestra de semen, y el afrontar los costos económicos del tratamiento (10).

Trabajo psicológico con pacientes en tratamientos de reproducción asistida

Luego de haber descripto someramente el tipo de pacientes con que trabajamos quienes lo hacemos en clínicas de fertilidad, nos vamos a adentrar un poco en el tipo de trabajo al que apuntamos y sus formas de abordaje.

Generalmente el paciente de R.A. no consulta espontáneamente, sino que es derivado por el médico tratante. Nosotros atendemos a las parejas un tiempo corto antes, durante y luego del tratamiento, si ellos lo desean. Quiero decir con esto que el factor "tiempo" es muy importante en estas circunstancias. Es por ello que los objetivos son puntuales y concretos, y el tiempo acotado. Entonces nuestros objetivos fundamentales apuntan a:

- Enseñarles o recordarles aspectos importantes de la anatomía y fisiología del aparato reproductor e

informarles acerca de los diferentes procedimientos, diagnósticos y terapias que los involucran como pacientes, lo cual les disminuye mucho la ansiedad (11).

- Ayudarlos a desarrollar mecanismos de adaptación eficaces para estas situaciones.

- Reflexionar con ellos acerca de las diferentes decisiones que deben tomar, siempre sobre temas que no son discutidos en otros ámbitos, como la criopreservación de embriones o no; el pensar si están dispuestos a una donación de gametas y sus implicancias, etc.

- Intentar que sus niveles de estrés se mantengan dentro de límites no invalidantes.

- Optimizar la relación con el entorno respecto del tratamiento (familia - amigos - trabajo).

- Prevenir dificultades y/o fracasos en la obtención de las muestras de semen (12).

- Facilitar sus entradas a quirófano (psicoprofilaxis quirúrgica)(13).

- Intentar influir en determinados procesos fisiológicos con técnicas como visualizaciones, ensueño dirigido, etc. (14-15)

- Menguar los efectos de la crisis de la infertilidad y los temas relacionados a las múltiples pérdidas anteriores (ej. abortos, fracaso de tratamientos)(16), así como prevenir el deterioro a largo plazo.

- Brindar apoyo y contención emocional.

- Generar una red de apoyo entre pacientes.

Módulo de trabajo grupal

Explicaré ahora el módulo de trabajo que diseñamos con mi colega, el Lic. Darío Fernández, hace varios años atrás para trabajar con las parejas que realizan algún tratamiento de R.A. de alta complejidad en el CEGYR (17). Este es un esquema pensado para un trabajo grupal en un tiempo acotado y con objetivos muy específicos. Consta de 4 fases diferenciadas que se corresponden con las diferentes etapas del tratamiento médico.

La **FASE I** es la **entrevista inicial**, que se realiza con ambos integrantes de la pareja, que dura aproximadamente una hora y media, y se lleva a cabo antes o durante el comienzo del tratamiento hormonal.

La **FASE II** la consideramos de **preparación** del paciente para las etapas posteriores a las que deberá someterse. Consiste en tres reuniones grupales de hasta un máximo de cinco parejas, de dos horas cada una. Estas reuniones se realizan durante la fase de estimulación de la ovulación.

La **FASE III** es la de **apoyo**, y se compone de intervenciones individuales en el área de internación y de una reunión grupal durante los días de espera.

En la **FASE IV** es donde realizamos el **seguimiento** o **"follow up"** de los pacientes luego del resultado del tratamiento, sea positivo o negativo. El encuentro puede ser tanto de pareja como grupal, en una reunión de dos horas.

El grupo es cerrado y los pacientes se seleccionan de acuerdo al momento del tratamiento en el que están. Los contactos telefónicos son frecuentes, y comienzan desde que nos entrevistamos por primera vez hasta luego de finalizado el tratamiento.

CONTENIDOS

Primera entrevista

La primera entrevista es fundamental ya que, dado que el tiempo de trabajo es limitado y la intensidad es muy elevada, es importantísimo lograr un buen **"rapport"** con ellos desde el principio.

Lo primero que hacemos es aclarar nuestra función en este tratamiento, para evitar temores y fantasías típicos acerca de su posible exclusión del mismo por problemas psicológicos. Luego, hacemos una anamnesis profunda acerca de su historia reproductiva: infertilidad pasada, infertilidad actual, efectos de la crisis de la infertilidad o iatrogenia de los tratamientos médicos, e hijos (distinguiendo si son biológicos, adoptivos, de parejas anteriores o nacidos por donación de alguna gameta). Acerca de la historia de embarazos, queremos saber si fueron a término, si hubo pérdida de embarazos y/o muertes perinatales y si alguno fue de alto riesgo. También si hubo abortos, fueran terapéuticos, espontáneos o provocados, y finalmente si hay historia de anomalías genéticas o cromosómicas.

Luego evaluamos el estado relacional haciendo hincapié en el estado de la relación marital y en los recursos con que cada uno cuenta en términos de capacidad de comunicación y apoyo emocional. También averiguamos cómo está la relación con el contexto familiar, social y laboral.

Acerca del estatus mental, hacemos relevamiento de la historia psiquiátrica (tratamientos, medicación, internaciones, abuso de sustancias) y una evaluación clínica actual.

Otro aspecto que evaluamos en la primera entrevista es la sexualidad. Es sabido que la sexualidad de las parejas con problemas de fertilidad sufre variaciones, y a veces deterioros, debido a los mismos (18).

Más de una vez hemos encontrado parejas que por diversos motivos no tienen la frecuencia o la técnica necesarias como para poder fecundar; esto no fue transmitido a los médicos y se convirtió en un factor adicional de infertilidad (12). Entonces, evaluamos la frecuencia de encuentros coitales y la ocurrencia de determinadas disfunciones y si hubo cambios en los patrones sexuales, secundarios a la infertilidad y/o a los métodos diagnósticos y a los tratamientos de infertilidad. Dentro del área de la sexualidad también averiguamos si hubo abuso sexual, pues pueden surgir dificultades a lo largo del tratamiento, dado lo invasivo de los controles y las maniobras necesarias al realizar estos tratamientos.

Enumeraré otros puntos que evaluamos en la primera entrevista

- Experiencias quirúrgicas anteriores
- Factores actuales de estrés (19-20-21)
- Estimación de las chances de éxito (creencia vs. realidad)
- Dificultades previas en las tomas de muestras de semen
- Otras alternativas de paternaje (adopción-donación de gametos)
- Evaluación cognitiva de la comprensión del tratamiento y de sus implicancias

Al finalizar la entrevista les entregamos un pequeño cuestionario, el **"Infertility Reaction Scale"** (22), que es un instrumento que adaptamos a nuestra idiosincrasia, con el que mediante un paneo rápido por las distintas áreas afectadas por la crisis de la infertilidad, permite saber el grado de afectación de cada integrante de la pareja y sobre qué áreas es importante **explayarnos** cuando trabajamos con ellos.

Luego de esta primera entrevista, los citamos para los encuentros grupales si es posible y ellos quieren, y si no para las siguientes sesiones individuales.

En algunos casos nos encontramos con pacientes que, por alguna situación puntual hallada a lo largo de esta entrevista inicial, es recomendable que posterguen o, en casos extremos, es necesario excluirlos del programa. Nos referimos a pacientes con: psicopatología severa, patologías preexistentes que el tratamiento o embarazo puedan agravar, discordias maritales graves, cohesión de uno de la pareja, mentiras importantes (por ej. adulterio), abuso de sustancias, duelos no resueltos o de reciente iniciación, y determinadas situaciones críticas particulares de cada individuo.

Fase de preparación

La segunda fase del tratamiento es la de preparación. De aquí en más nos manejamos con una variable fundamental que es la información detallada y exhaustiva de todo lo que acontecerá. Les explicamos el tratamiento médico y sus concomitantes emocionales en un enfoque "paso a paso" (23), así como los efectos secundarios que la medicación puede provocarles. Tan importante es saber qué les están haciendo, como tener una comunicación fluida y útil tanto con los médicos como con el personal de la clínica, con los cuales se compartirán muchas horas durante estos días.

Realizar un tratamiento de R.A. es una experiencia poco frecuente para la mayoría de las personas, entonces es difícil tener con quién compartirla y más aún recibir el apoyo adecuado a la circunstancia. Por ello es que fomentamos la asistencia a los grupos, ya que la red de apoyo entre sus integrantes surge inmediatamente y es de suma utilidad.

A lo largo de todos los encuentros se van intercambiando nociones sobre los efectos emocionales de la infertilidad, que si bien para cualquier persona fértil pudieren resultarles "raros", para quien transita por esta crisis son cotidianos.

Cómo manejar el entorno a lo largo del tratamiento es un tema bastante dificultoso para muchos. Para ayudarlos a encontrar estrategias que les faciliten la interrelación, les pedimos que confeccionen una lista donde incluyan al cónyuge, familiares, amigos, trabajo, obras sociales, situaciones específicas y lugares. Luego deben adjetivar cada uno de la lista de acuerdo a la percepción que tengan respecto de lo positivo o negativo que está siendo en esta situación. La idea es que eviten, dentro de lo posible, lo negativo y se nutran de lo positivo. Para ello, implementamos estrategias con el fin de mejorar la relación con el entorno. Cuando pueden poner en práctica lo ideado para cada situación específica, la presión cede y en muchos casos se transforma en apoyo.

Dado que el tratamiento puede ser vivido como una "montaña rusa emocional" y que las parejas en general eligen atravesarlo solas, hacemos hincapié en fomentar la comunicación en la pareja (24) ya que suele estar puesta a prueba. Explicamos las bases de la comunicación humana, las diferencias de género y les damos una técnica específicamente diseñada para mejorar la comunicación, de Merle Bombardieri (25). Este es un momento sumamente divertido ya que la participación es activa, y al trabajar dos terapeutas de distinto sexo se presta a hacerlo a través del hu-

mor y de las alianzas entre las mujeres por un lado, y los hombres del grupo, por el otro.

Dentro de esta fase dedicamos un tiempo especial a trabajar sobre estrés: resaltamos y efectivizamos los recursos adaptativos propios de cada persona y les enseñamos algunas técnicas de efecto rápido, sean de relajación muscular y/o de relajación mental (26-27).

Ayudamos a entender las implicancias de la criopreservación, para que al firmar los consentimientos lo hagan conscientemente, ya que es una decisión a futuro de suma importancia emocional.

La psicoprofilaxis quirúrgica se trabaja de manera habitual y nosotros le agregamos un ensueño dirigido, específico para este tipo de intervenciones que apunta a que entren tranquilos al quirófano.

Otra área importantísima es la preparación de los hombres para la obtención de las muestras de semen. La mayoría no requiere de punciones o biopsias, pero aún así para muchos el tener que masturbarse es difícil cuando su mujer está por entrar al quirófano o está en él, porque saben que de ellos depende que el tratamiento avance o termine ahí.

Ya cerca del momento de la transferencia embrionaria, enseñamos visualizaciones (técnica psicológica muy utilizada para, mediante la reestructuración de ciertos pensamientos, producir cambios o movimientos a nivel orgánico). En este caso apuntan a favorecer la implantación.

Finalmente, planificamos cómo van a transcurrir los días de espera hasta el test de embarazo. En estos días no hay necesidad de venir a la clínica, ellas están con embriones de su útero dentro, y la ansiedad y el temor de perderlos se eleva mucho.

Fase de apoyo

La tercera fase, la llamamos de apoyo y se divide en dos momentos. El primero es en el momento de las internaciones, ya sea para la punción ovárica o para la transferencia de embriones. El estado de cada paciente determina nuestra aproximación: muchos pacientes atraviesan solos estos momentos perfectamente bien, y otros requieren de nuestra presencia hasta en el quirófano mismo. Algunas veces tenemos que intervenir frente a urgencias en las cuales el estado de ánimo está en juego, por ejemplo hombres que no logran obtener sus muestras o noticias "bomba" como que no hubo óvulos o espermatozoides para realizar el tratamiento. Más allá de estas excepciones, tratamos de estar siempre con ellos en sus habitaciones antes de entrar y al salir de los quirófanos, y

en su defecto nos contactamos por teléfono dentro de esos días.

El segundo momento de la fase de apoyo es una reunión que realizamos dentro de los días de espera. En ella trabajamos sobre emergentes como ansiedad o angustia excesiva, trastornos neurovegetativos, dificultad en el manejo del entorno, etc. Los ayudamos a mantener un optimismo realista y acorde a los resultados hasta ese momento obtenidos. Controlamos cómo les está yendo con las visualizaciones para la implantación. Finalmente, hablamos del test de embarazo, cómo interpretarlo y qué sucede los días posteriores (estado de ánimo, miedos y conductas y pensamientos típicos). Asimismo los prevenimos de las influencias que los resultados ejercen con relación al staff de la clínica.

Fase de seguimiento

La última fase programada es la del seguimiento. Dependiendo del estado anímico y del resultado del tratamiento en cada paciente, realizamos un trabajo personalizado sobre distintas áreas: individual, matrimonial, relaciones sociales y laborales, y la relación con el staff de la clínica.

Si el resultado de la subunidad beta (b HCG) es positivo, sabemos que junto a la alegría va a haber un incremento importantísimo de ansiedad y van a surgir una serie de temores relacionados a los abortos espontáneos, a los embarazos ectópicos, a los embarazos múltiples, a malformaciones, etc. La infertilidad quedó atrás y ahora ellos tienen toda otra etapa por delante, la del embarazo en sí mismo, que nuevamente viven de manera diferente que aquellas personas que no tienen dificultad para tener hijos. Necesitan de un trato particular por parte de los obstetras ya que ellas no son pacientes "comunes" y se obsesionan por cuidar su embarazo y por tener "noticias" del mismo con mucha más frecuencia que lo habitual. No solamente conversamos con la pareja acerca de todos estos temas a modo preventivo, sino que favorecemos la expresión de sus propios temores para disminuir la angustia generada por ellos.

Si el test de embarazo da negativo, la mayoría de las parejas pasan por un período de depresión o de tristeza fuerte que, lentamente en algunos casos y más rápidamente en otros, va menguando con el correr de los días y les permite empezar a plantearse sus próximos pasos.

Nosotros intentamos ayudar a las parejas a realizar el duelo necesario por el fracaso de este intento. Muchas personas, generalmente hombres, no manifiestan estar demasiado apenados y rápidamente

quieren empezar un nuevo tratamiento como si nada hubiera pasado, en un intento de escapar de la realidad de su dolor. Esta estrategia es efectiva sólo a corto plazo y muy deletérea en términos relacionales. Generalmente, a las mujeres les lleva más tiempo recuperarse, y lo necesitan. Dado que dentro de los sentimientos más frecuentes post test de embarazo negativo encontramos depresión, rabia, desesperanza, desconfianza, autoacusaciones y aislamiento (28), es fundamental el haber resuelto o salido de estos posicionamientos para poder encarar cualquier decisión para su futuro.

Considerando la necesidad de que aclaren sus sentimientos y de no entrometernos en su intimidad en momentos que generalmente quieren atravesar solos, las reuniones de seguimiento se llevan a cabo varios días después del resultado. En ellas no sólo hablamos de lo pasado sino también del futuro y de cuáles alternativas se han ido planteando: un nuevo intento y en qué momento; el uso de gametas donadas (1), si es el caso; la adopción; o la vida sin hijos (29-30). Cada una de estas alternativas conlleva un trabajo psicológico que la pareja debe hacer entre ella, solos o ayudados por algún profesional, pero deben tomarse su tiempo ya que ninguna es tan simple como para ser decidida apresuradamente.

CONCLUSIONES

El rol del profesional de Salud Mental ha ido cambiando, clarificándose, expandiéndose y haciéndose más específico y especializado según su inserción dentro del área de la Medicina Reproductiva. Hoy en día, las funciones primarias del campo son: evaluación, tratamiento, educación, consulta e investigación en pacientes con problemas reproductivos.

Actualmente, es poco frecuente encontrar pacientes infértiles que pidan psicoterapias intensivas buscando cambios en su personalidad. Esto es más real aún, cuando hablamos de R.A. de alta complejidad. Como vimos anteriormente, lograr el embarazo mediante técnicas de R.A. no sólo es complicado a nivel médico, sino que es para los pacientes de una complejidad emocional digna de tener en cuenta. Es por ello que hoy en día, los adelantos en la Medicina Reproductiva requieren de los trabajadores de la salud mental el encontrar y generar nuevas formas de abordaje de estos pacientes. El módulo de trabajo presentado en esta comunicación fue diseñado sobre las necesidades actuales y conlleva una estructura flexible para poder integrar o excluir tópicos específicos, según sea importante en cada momento dados los avances de la Medicina Reproductiva.

Los pacientes llegan a los consultorios médicos buscando una solución médica a un problema emocional generado por el deseo de ser padres y su imposibilidad de lograrlo por sus propios medios. Hoy

en día, el trabajo interdisciplinario es ineludible si queremos ayudar a estos pacientes en su difícil tránsito por esta crisis de vida.

REFERENCIAS

- 1) Urdapilleta L, Fernández D. Do fertile and infertile people think different about ovum donation? (abstract P 483). In Program and abstracts of the 16th World Congress on Fertility and Sterility and the 54th Annual Meeting of the American Society for Reproductive Medicine. San Francisco, USA, October 3-8, 1998.
- 2) Harkness C. The infertility book. Berkeley: Celestial arts, 1992.
- 3) Willams K, Casper R. Reproduction and its psychopathology. In Casper R. eds. Women's Health: hormones, emotions and behaviour. Cambridge: Cambridge University Press, 1998: 14-35.
- 4) Klock S. Psychosocial evaluation of the infertile patient. In: Hammer Burns L, Covington s, eds. Infertility Counseling. New York: The Parthenon Publishing Group Inc, 1999:49-63.
- 5) Berg B, Wilson J. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. Fertil Steril, 1990; 53:8.
- 6) McDaniel S, Hepworth J, Doherty W. Terapia familiar médica con parejas enfrentadas a la infertilidad. Sistemas Familiares, 1993; 2: 49-68.
- 7) Menning B. Infertility: a guide for the childless couple. New York: Prentice Hall Press, 1988.
- 8) Given J; Jones G; McMillen D. A comparison of personality characteristics between in vitro fertilization patients and other infertile patients. J. of In Vitro Fert. and Embryo Trans. 1985, 2: 1.
- 9) Dennerstein L; Morse C. A review of psychological and social aspects of in vitro fertilization. Journal of Psychosomatics, Obstetrics and Gynaecology, 1988; 9: 159-170.
- 10) Urdapilleta L, Chillik C, Brugo Olmedo S, Fernández D. Relevant psychological traits of a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) treatment: a preliminary study (abstract OC- 03- 027). In Program and abstracts of the 10th Congress on In Vitro Fertilization Assisted Reproduction. Vancouver, Canada: May 24-28, 1997.
- 11) Reading A; Kerin J. Psychological aspects of providing infertility services. The Journal of Reproductive Medicine, 1989; 34: 11.
- 12) Urdapilleta L, Chillik C, Brugo Olmedo S, Fernández D. Sexual dysfunctions in a male population undergoing Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) treatment: a preliminary study (abstract Free C 26). In Program and abstracts of the 13th World Congress of Sexology: Sexuality and Human Rights. Valencia, España, June 25-29, 1997.
- 13) Hudson O'Hanlon, W. Raíces profundas. Buenos Aires: Paidós, 1989.
- 14) Fanning P. Visualization for change. 2nd edition, Oakland: New Harbinger Publications, Inc. 1994.
- 15) Epstein G. Visualización curativa. Buenos Aires: Robin Book, 1992.
- 16) Urdapilleta L. Duelos en infertilidad. Obst. Y Ginec. Lat. Americ. 1998, 56: 1.
- 17) Urdapilleta L, Fernández D. Infertilidad: Reproducción Asistida y administración de recursos. Sistemas Familiares, 1995, 3:35-47.
- 18) Fernández D, Urdapilleta L. Effects of infertility and its treatment on human sexuality (abstract Free C 19). In Program and abstracts of the 13th world Congress of Sexology: Sexuality and Human Rights. Valencia, España, June 25-29, 1997.

19) Bents H. Psychology of male infertility: A literature survey. *International Journal of Andrology*, 1985, 8:325-336.

20) 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 Steril*, 1989, 52:942.

21) Demyttenaere K; Nijs P; Evers Kieboons G; Koninckx P. Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological responses during in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991, 35: 231.

22) Collins A; Freeman E; Boxer A; Turek R. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 1990, 57: 350.

23) Callan V; Hennessey J. Emotional aspects and support in In Vitro Fertilization and Embryo Transfer. *J. of In Vitro Fert. and Embryo Trans.* 1988, 5: 5: 290-295.

24) Tannen D. You just don't understand. *Women and Men in Conversation*. New York: Ballantine books, 1991.

25) Bombardieri M. Twenty minute rule: first aid for couples in distress. *Resolve*, 1988.

26) Borysenko J. *Minding the body, mending the mind*. New York: Bantam Book, 1988.

27) Moskowitz R. *Your healing mind*. New York Avon Books, 1992.

28) Newton C; Hearn M; Yuspe A. psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: the impact of failure. *Fertil Steril*, 1990, 54: 5.

29) Carter J; Carter M. *Sweet Grapes: How to stop being infertile and start living again*. Indianapolis: Perspective Press, 1989.

30) Sewall G. Involuntary childlessness: Deciding to remain childfree. In Hammer Burns L, Covington S, eds. *Infertility counseling*. New York: the Parthenon Publishing group Inc, 1999: 411- 422.