

International Journal of Human Sciences Research

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PSICOANALÍTICA PARA LA ELABORACIÓN DEL DUELO EN PACIENTES SOMETIDAS A TRATAMIENTOS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Blanca Leonor Aranda Boyzo

Universidad Nacional Autónoma de México

Francisco Jesús Ochoa Bautista

Universidad Nacional Autónoma de México

All content in this magazine is licensed under a Creative Commons Attribution License. Attribution-Non-Commercial-Non-Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).



Resumen: En este estudio, se investigó el proceso de duelo por el que atraviesan 10 pacientes que habían perdido a sus bebés después de someterse a un tratamiento de reproducción asistida. El propósito de este estudio fue detectar los procesos de duelo por los que atraviesan las mujeres sometidas a tratamientos de reproducción asistida al perder a sus bebés y establecer los criterios que ayuden a comprender las causas que llevan a una mujer a someterse reiterada e insistentemente a complicados tratamientos de fertilización, mismos que aumentan, a su vez, la intensidad de los conflictos anteriores (y la posible aparición de otros), si el embarazo no se produce. Se trabajó desde un enfoque cualitativo-interpretativo, basado en la teoría fundamentada en los datos. El objetivo principal de usar este método fue ampliar el conocimiento del tema formando categorías de análisis que llevaran a la profundización y a la mejor comprensión del fenómeno estudiado. A partir del análisis de los datos, se encontró que los factores que más influyen fueron: a) su deseo de ser madres, b) la estructura narcisista de la personalidad, c) el hijo imaginario, d) el género, d) las presiones familiares. Estos indicadores pueden servir como una herramienta para los médicos que tratan a las pacientes y comprendan integralmente la problemática que aparece en esta población y así diseñar modelos específicos de atención psicoterapéutica.

Palabras clave: Técnicas de reproducción asistida, Deseo de maternidad, Duelo, Teoría fundamentada en los datos.

INTRODUCCIÓN

La psicología de la reproducción es un nuevo campo de la psicología de la salud, y por lo tanto, un nuevo campo interdisciplinario de actuación para el psicólogo. La psicología de la reproducción está orientada hacia la atención psicológica de aquellas personas que

se someten a tratamientos de fertilización asistida siendo la infertilidad un tema central de esta disciplina. El trabajo del psicólogo en este campo se enfoca a tratar los problemas derivados de las dificultades para reproducirse. La infertilidad y el sometimiento a técnicas de fertilización asistida son ejes centrales para la Psicología de la Reproducción ya que son factibles de desencadenar alteraciones emocionales, trastornos psicológicos, frustración y mucho estrés. La mayoría de las veces, el impacto psicológico de los tratamientos de infertilidad suele ser negativo y la orientación y/o intervenciones psicológicas muestran resultados positivos que regulan los desajustes emocionales en las parejas infértiles.

La infertilidad es considerada una disfunción biológica, o como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, una enfermedad crónica relacionada con la reproducción (OMS, 1995). A nivel corporal, esta deficiencia no afecta la integridad física ni provoca limitaciones a aquel que la padece; es decir que no compromete las funciones de los órganos ni tampoco suele presentarse con sintomatología alguna o dolor asociado y ni siquiera compromete la vida del individuo. Sin embargo, a nivel psicológico otras son las implicaciones porque los problemas derivados de las dificultades para reproducirse son de consideración. La infertilidad genera alteraciones emocionales de importancia si la pareja tiene como una de las metas principales de su vida el tener hijos, generando mucha frustración, ansiedades y humor depresivo. Al principio, algunas instituciones de salud como los pacientes pueden ser reticentes a la ayuda psicológica brindada en los tratamientos de reproducción asistida (Morales-Carmona, Díaz-Franco, 2000). Sin embargo, posteriormente se puede apreciar que, como el diagnóstico y los tratamientos pueden desencadenar patologías psicológicas

o alteraciones del estado de ánimo en muchas parejas que se someten a ello, la labor de los psicólogos es vista como fundamental en todo el proceso (Moreno-Rosset, 2000).

El proceso emocional que conllevan la infertilidad, la esterilidad y los tratamientos de reproducción asistida, es tan importante que enfrenta permanentemente a las mujeres a procesos de duelo por la pérdida de su bebé o la imposibilidad de embarazarse, por lo que resulta imprescindible que el psicólogo forme parte del equipo multidisciplinar que atiende a las mujeres sometidas a estos procedimientos.

El duelo es, fundamentalmente, dolor, dolor psíquico que puede llegar a afectar el cuerpo, dolor por una pérdida, que no siempre tiene que ver con la muerte. Una separación de pareja, por ejemplo, es una pérdida, frente a la cual el sujeto tendrá que “hacer algo”.

Por eso, a pesar de haberlo definido como una reacción normal, Freud propone la necesidad de un *trabajo* para el duelo y un *tiempo* -no cronológico, sino lógico-para su *elaboración*. Ese trabajo implica que el sujeto vaya abandonando los lazos libidinales que lo unían al objeto perdido, lo cual se realiza de un modo lento y paulatino.

El trabajo de duelo es posibilitado por el examen de la realidad, que al mostrar que el objeto no existe más, demanda retirar la libido de él. Claro que esto no es nada sencillo, porque el veredicto de la realidad no alcanza para convencer al sujeto, y lo que predomina como primera reacción ante la pérdida es su no-aceptación.

La separación con el objeto es lenta y con mucho gasto de energía. Freud hablará de los *combates* provocados por la ambivalencia y la fijación de la libido al objeto. Según Freud, la culminación del trabajo del duelo se daría cuando el Yo puede declarar perdido al objeto y la libido pasa a estar disponible para investir otros objetos, lográndose, entonces, una *sustitución* del objeto perdido, quedando el yo

“libre y exento de toda inhibición”.

El proceso por el que atraviesan las mujeres que se someten a tratamientos de reproducción asistida, muchas veces es largo y difícil. Mientras algunas mujeres consiguen el embarazo en un año, otras pueden pasar entre 3 y 6 años para conseguir el niño deseado, y otras jamás lo consiguen; debido a ello el desgaste físico, emocional y económico por el que transitan muchas veces es elevado.

Particularmente en los tratamientos de inseminación artificial, las pacientes atraviesan distintas fases. En cada uno de estos momentos, las pacientes se enfrentan a distintos estímulos estresantes con manifestaciones en distintas áreas de funcionamiento: emocional, intelectual, comportamental, social, y de funcionamiento de pareja.

1.- En la primera fase de diagnóstico, el conocimiento de los motivos que impiden la gestación, es un acontecimiento vital estresante, cuyo impacto puede alterar el estado emocional de las pacientes.

2.-En la segunda fase, de tratamiento médico se inicia el tratamiento de inseminación artificial que consiste en el depósito en el interior del tracto reproductor femenino de los espermatozoides para acortar la distancia que deben recorrer éstos hasta llegar al ovocito.

3.-Finalmente, en la fase de resultados las mujeres esperan el posible embarazo. Sólo una media del 30% de la población que se somete a técnicas de Inseminación artificial consiguen el embarazo. La ausencia de embarazo se experimenta como una pérdida invisible y por lo tanto conlleva un momento de duelo y pena profunda, (Bayo-Borras R, Cánovas Sentís M. 2005).

El costo físico, económico y psicológico es sumamente elevado comparado con los resultados medios obtenidos. Por el contrario, cuando el embarazo se consigue,

se experimenta júbilo y alegría, pero a la vez aparece el miedo al aborto, es decir a la posible pérdida del bebé.

METODOLOGÍA

El objetivo de esta investigación fue detectar el impacto que tiene la intervención psicológica de corte psicoanalítico, sobre a las pacientes sometidas a tratamientos de reproducción asistida, para la elaboración del duelo por la pérdida de sus bebés.

Por lo anterior, el método utilizado fue el cualitativo-interpretativo que permite explicar la complejidad de este proceso, basado en la teoría fundamentada de los datos.

La presente investigación se realizó en la Clínica Ingenua de la Ciudad de México. La población la integraron 10 mujeres con diagnóstico de infertilidad, el rango de edad fue de entre 31 y 38 años. La intervención psicológica se realizó en el área de psicología de la clínica, bajo el enfoque de los grupos psicoanalíticos de reflexión, se trabajó con las pacientes en sesiones de 50 minutos 2 veces por semana durante 3 meses, que es el tiempo que va desde la fase de diagnóstico hasta la fase de resultados del tratamiento de reproducción asistida.

RESULTADOS

Las 10 pacientes con las que se trabajó habían perdido a su bebe después de haber sido sometidos a un tratamiento de reproducción asistida, por lo que atravesaban por un periodo de duelo, Así el apoyo psicológico fue fundamental para que pudieran afrontar la situación de pérdida de sus bebés. De la intervención psicológica psicoanalítica se construyeron las siguientes categorías de análisis, recuperadas de los discursos de las pacientes: Pérdida en la Real, Imaginario social, Estructura psíquica y Deseo de maternidad. Con la finalidad de salvaguardar la confidencialidad de los datos

de las pacientes, en esta investigación son presentadas con los nombres del alfabeto griego.

PERDIDA EN LO REAL

Debido a que el duelo provoca un “agujero en lo real”. Expresión que se utiliza para referirse a lo que toca el tejido de la estructura subjetiva. Ese agujero en lo real altera todo el universo significante; la falta pierde su localización y el orden simbólico se desordena, ocasionando un desequilibrio en la estructura subjetiva, quedando el sujeto en una posición de privación.

Esto tiene que ver con las operaciones de constitución subjetiva respecto del objeto y el agente que las efectúa, por lo que se detectaron sentimientos de frustración, privación y castración en las pacientes. Siendo estas operaciones las que definen los modos de posicionamiento del sujeto con respecto al estatuto de la falta.

En el trabajo de duelo las pacientes se encontraron ante una pérdida real de un objeto simbólico, y el agente que la ocasionó -en la búsqueda desesperada por adjudicarle a alguien la responsabilidad de la pérdida, lo que es puramente imaginario. Pero es frecuente que el sujeto le atribuya a alguien la responsabilidad de esa pérdida o se sienta a sí mismo como responsable. De ahí la aparición del sentimiento de culpa con que se atormenta.

IMAGINARIO SOCIAL

Se detectaron dos factores básicos que intervienen en la insistencia de ciertas mujeres en permanecer en tratamientos de reproducción asistida, sobre todo en aquellos de alta especialidad tecnológica. A estos factores se les denominó “el imaginario social”. El imaginario social se encontró que los mitos e ideologías sobre la mujer que están presentes en los imaginarios sociales de la comunidad a la que pertenecen, determinan

de manera significativa la percepción que tienen de sí mismas en cuanto al género, así como a las posibilidades identificatorias y de proyección en un espacio social determinado. Estas posibilidades identificatorias se ven reducidas cuando, dentro del imaginario social que permea las creencias sociales, el papel de la mujer está centrado en el hogar y en la ecuación en mujer = madre, lo cual ha marcado las expectativas e ideales que se tienen para el sexo femenino.

ESTRUCTURA PSÍQUICA

A lo largo de nuestra investigación se detectó que si en la historia personal de estas mujeres las señales que dan las figuras significativas con las que se identifican son de devaluación o sobrevaloración, se produce una estructuración de su personalidad en la que el eje narcisista* cobra más importancia que otros ejes. Pero cuando estas mujeres se encuentran en situaciones que cuestionan su lugar identificatorio, principalmente por los fracasos, las pérdidas y los duelos mal elaborados, posteriores a sus dificultades para embarazarse, se presenta una resignificación de su historia personal marcada por las defensas y las angustias propias de estas fallas narcisistas. Estos dos factores que aparecen en el origen de la constitución psíquica de las mujeres estudiadas, influyen de manera significativa en la construcción de su identidad*. Dentro del núcleo de la identidad, el género tiene una función legitimadora de una serie de actividades y representaciones culturales con las que se identifican los miembros de un sexo determinado, sobre todo aquellos que equiparan a la mujer con la maternidad. La identidad tiene que estar en concordancia con el proyecto identificatorio que busca una imagen narcisista de máxima valoración, por lo que el deterioro que encontramos principalmente en la estructura narcisista de la personalidad, produce específicamente un

déficit primario de narcisización, que quedara registrado en la identidad femenina.

DESEO DE MATERNIDAD

En un determinado momento de su vida reproductiva, cada mujer tiene que tomar la decisión de si quiere o no ser madre, decisión no del todo consciente, que replantea su identidad genérica que, a su vez, resignifica todo su proyecto identificatorio. El deseo de maternidad, en estas mujeres las llevó a someterse a tratamientos de reproducción asistida, y las indujo a tomar la decisión de atenderse en una institución de salud.

El tratamiento al que se someten estas mujeres produce una serie de efectos directos e indirectos, no siempre conscientes, que las convierten en agentes pasivos o activos frente a dichos tratamientos. En los efectos pasivos encontramos de manera evidente, aquellos efectos físicos propios de los tratamientos a los que han sido sometidas, como son el dolor físico y los cambios metabólicos que sufren por los tratamientos hormonales. Entre los efectos psíquicos que manifiestan encontramos sentimientos de tristeza, cambios en su estado de ánimo y miedo o ansiedad. Para describirlos, presentamos la narración de Beta: He sufrido demasiado en los tratamientos, he salido muchas veces adolorida, mareada, confusa. Sin embargo, todos estos sacrificios valen la pena si consigo un hijo. En el grupo estudiado no detectamos el deseo manifiesto de abandonar el tratamiento como resultado de las dificultades antes mencionadas. Por otra parte, sus actitudes defensivas ayudan a estas mujeres a persistir en los tratamientos como medio para conservar el valor identificatorio que marca su deseo de lograr la maternidad. Entre las defensas más importantes aparecen, en primera instancia, la fantasía sobre el hijo esperado e idealizado (imaginario), ya que éste colmara el vacío interior y compensara todos los sacrificios sufridos. Tomemos como

ejemplo el caso de Delta: Me he obsesionado en tener un niño que se parezca a mi esposo. No toleraría que fuera niña. Quiero que sea karateca y pianista, por eso le dije al médico que hiciera manipulación genética. Tengo envidia de mi hermana, porque ella sí pudo tener hijos. Específicamente encontramos que este mecanismo va muy unido a otro de victimización denominado masoquismo narcisista, que hace que ante el sufrimiento y el dolor, estas mujeres vivan una suerte de exaltación y valorización que compensa de alguna forma la frustración producida por la falta de un hijo. Tau: menciona al respecto: He sufrido tanto que a mi hijo del tratamiento lo voy a querer más que si tuviera relaciones con mi marido. Así mismo, están presentes otros mecanismos defensivos como es el no tomar conciencia de su realidad ginecológica y de las posibilidades de éxito de los tratamientos a los que se someten (mecanismo de desmentida). Kappa: Yo sé que este programa no tiene mucho éxito, pero Dios siempre hace milagros. También aparece en mayor o menor medida la necesidad de proyección y búsqueda de un agresor para justificar el maltrato real o imaginario al que son sometidas. Generalmente el sujeto de este mecanismo es un médico en particular o algunas de las personas que forman parte de la institución médica

CONCLUSIONES

A partir del estudio de los antecedentes teóricos, se buscaron, por medio de un modelo interpretativo, los elementos más significativos dentro de los discursos de estas mujeres, lo que permitió elaborar la propuesta de un modelo que demuestra la complejidad del fenómeno central. Con respecto al enfoque metodológico, se eligió un modelo que permitiera no solo mostrar las características de los casos, sino fundamentalmente, presentar la complejidad del fenómeno observado y de sus diferentes

interacciones y temporalidades, los cuales no han sido considerados en otros enfoques. Se utilizaron las herramientas metodológicas que proporciona la metodología cualitativa-interpretativa desde el enfoque denominado teoría fundamentada, la finalidad de utilizar este enfoque fue no solo descubrir los factores que influyen en el fenómeno principal, sino buscar las relaciones que hay entre éstos. Estos indicadores fueron utilizados en la atención psicoterapéutica para explorar aquellas áreas que facilitaron o entorpecieron dicho proceso. El empleo de esta estrategia interpretativa en el contexto del marco teórico planteado, y su aplicación a una población que se somete a tratamientos relativamente nuevos, implican nuevos desafíos para la psicología. Las categorías encontradas pertenecen a diferentes niveles que van de lo social a lo intrasubjetivo, por lo que solo un método cualitativo-interpretativo de la teoría fundamentada permite realizar no solo la comparación, sino la complementariedad de estas categorías.

Con las pacientes se hizo un trabajo que les permitiera la recomposición de la trama significativa, para cubrir ese agujero insoportable que el duelo produce. El trabajo de duelo implicó entonces, un *desafío* a la estructura del sujeto para recomponer su universo simbólico.

Así el trabajo de duelo con estas pacientes implicó más que la sustitución del objeto, les permitió un cambio de posición con relación al objeto perdido.

De esta manera, el trabajo de duelo tuvo como función sustituir esos fenómenos ligados a la inhibición, las alucinaciones y el acting-out, propios del primer tiempo del duelo, por acciones producto de la recomposición del orden significativo, que les permitió una separación liberadora de la sombra amenazante del objeto, y propiciarles el acceso a una posición deseante nuevamente.

REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud (1995). **Grupo de trabajo sobre la prevención y el tratamiento de la infertilidad: relación serológica con la infección post-clamidia y gonocócica.** *Enfermedades de transmisión sexual.* 21: 71-7.

Bayo-Borras R, Cánovas Sentís M. (2005). **Aspectos emocionales de las técnicas de reproducción asistida.** Barcelona: Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.

Moreno-Rosset C. (2000). **Factores psicológicos de la infertilidad.** Madrid: Sanz y Torres.

Morales-Carmona F, Díaz-Franco E. (2000). **Algunas consideraciones sobre la psicología en las instituciones médicas.** *Perinatol Reprodu Hum.* 14: 176-82.