

El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida: una propuesta de psicoterapia

LILIA ARRANZ-LARA,^a BERTHA BLUM-GRYNBERG,^b FRANCISCO MORALES-CARMONA^c

RESUMEN

Objetivo: Este trabajo tiene como finalidad la presentación de una propuesta de lineamientos para una psicoterapia dirigida a pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida en instituciones de salud pública. Dichos lineamientos surgen a partir de los resultados obtenidos en una investigación realizada a esta población, que tuvo como finalidad detectar los factores relevantes que influyen en su deseo de maternidad.

Material y métodos: El estudio del que se parte fue realizado a 100 mujeres de 25 a 40 años de edad, diagnosticadas de esterilidad primaria y que acudieron al Servicio de Reproducción Humana del Servicio de Ginecología del Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» del ISSSTE para su tratamiento. A todas las pacientes se les realizaron de seis a ocho entrevistas a profundidad, semidirigidas, con el fin de facilitar las respuestas a indicadores clínicos previamente establecidos. Se escogieron diez casos representativos para su análisis a profundidad de acuerdo a una metodología interpretativa denominada: *teoría fundamentada en los datos*.

Resultados: En el estudio se detectaron diversos factores que influyen en la decisión del grupo seleccionado de someterse reiterada e insistentemente a tratamientos de reproducción asistida. Entre ellos se encuentran, de manera central: el imaginario social genérico, las fallas en la estructura narcisista de la personalidad y el hijo imaginario. A partir de este estudio, de las observaciones preliminares y el aporte de otros especialistas, se proponen lineamientos a seguir para llevar a cabo una psicoterapia focalizada en la paciente estéril que presenta una insistencia a someterse a tratamientos de RA.

Conclusiones: Dada la complejidad del fenómeno estudiado, es relevante llevar a cabo no sólo un trabajo individual con la paciente estéril, sino también considerar, tanto sus redes de apoyo, como el personal médico responsable. Se establecen elementos para trabajar con estas pacientes en la modalidad de psicoterapia breve focalizada, tomando en cuenta los niveles de acción-interacción, el imaginario social sobre el género, las fallas narcisistas de la personalidad y el hijo imaginario, en función de reestructurar estos factores en un proyecto identificador adecuado a su realidad psíquica, afectiva y socioeconómica.

PALABRAS GUIA: Esterilidad, deseo de maternidad, psicoterapia, identidad, proyecto, fallas narcisistas de la personalidad, hijo imaginario.

^a Psicóloga clínica, tesista del doctorado en Psicología, UNAM.

^b Profesora de carrera, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Psicología UNAM.

^c Jefe del Departamento de Psicología del INPer.

Correspondencia: Dr. Francisco Morales Carmona. Instituto Nacional de Perinatología, Montes Urales 800, Col. Chapultepec Morales, C. P. 11000, México D. F.

Recibido: 27 de octubre de 2000

Aceptado: 12 de enero de 2001



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo proponer lineamientos para una psicoterapia dirigida a mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida. Estos lineamientos están basados en los resultados obtenidos en un estudio realizado a mujeres candidatas a la técnica de fertilización *in vitro* y transferencia de embriones (FIV-TE) en una institución de salud pública.¹

De acuerdo con investigaciones psicológicas realizadas en el campo de la esterilidad,²⁻⁵ desde el momento del diagnóstico, hasta que se llevan a cabo todos los tratamientos para la esterilidad, se presentan determinados síntomas y manifestaciones que constituyen procesos complicados desde el punto de vista psicológico: estrés, angustia, depresión, resignación, pérdida de la autoestima, entre las manifestaciones más importantes. Estas manifestaciones psicológicas inciden también en la pareja, la familia, y muchas veces, en sus relaciones sociales y laborales. Las pacientes que se someten a dichos programas de Reproducción Asistida (RA), presentan en su mayoría conflictos psicológicos, cuyas fuentes principales son:

- a) Efectos secundarios físicos de los tratamientos exploratorios, hormonales y quirúrgicos de mediano y largo plazo (más de tres años), previos a su inclusión en el programa
- b) Tensión y angustia causada por los tratamientos recibidos.
- c) Presiones sociales o familiares que desencadenan reacciones de tristeza y/o agresividad.
- d) Preocupación intensa por encontrarse, en la mayoría de los casos, en edad límite para poder ser candidatas a dichos tratamientos. Esta preocupación puede verse reflejada en actitudes persecutorias y/o agresivas contra la institución o su personal.
- e) Una gran insistencia y preocupación para ser incluidas, una y otra vez, en los tratamientos a fin de aumentar las posibilidades de éxito.
- f) Confusión y desorientación, en algunas de ellas, por su búsqueda perseverante de otras opiniones médicas, así como de tratamientos similares o alternativos.

Otros datos obtenidos al respecto, nos muestran que las pacientes que deciden participar en tratamientos de RA, no están conscientes de todas las motivaciones subjetivas que determinan en forma importante sus reacciones. La presente investigación está enfocada a estudiar los factores más relevantes

que inciden en el deseo de maternidad, de aquellas pacientes que insisten en someterse a tratamientos de RA.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población estudiada fue de 100 pacientes candidatas a la técnica del FIV-TE, de la cuál se seleccionaron diez casos que cumplían con los criterios establecidos y de quienes se obtuvo su consentimiento informado. A estos casos se les realizó un análisis a profundidad, según la metodología seleccionada (entrevista psicoanalítica), ya que se consideraron más representativas de las variables estudiadas, por su forma de manifestarse con mayor claridad que el resto de los casos. Los criterios de inclusión de los casos fueron: ser derechohabiente del ISSSTE, tener entre los 30 a 40 años de edad, diagnóstico previo de esterilidad primaria, escolaridad mínima de primaria, con pareja estable y sin trastorno mental severo (mismo que es evaluado en las entrevistas clínicas). El escenario de dichas entrevistas fue el Servicio de Ginecología del Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» del ISSSTE. El instrumento utilizado fue la entrevista clínica psicológica, en la modalidad abierta y a profundidad, con un número promedio de seis a ocho sesiones de entrevista de una hora aproximada de duración.

El método utilizado fue el cualitativo-interpretativo, bajo el enfoque denominado: *teoría fundamentada en los datos*.^{6,7} La secuencia metodológica de acuerdo con la técnica elegida fue la siguiente:

- a) Muestreo teórico. Se llevaron a cabo 100 entrevistas abiertas, no estructuradas, con mujeres candidatas a técnicas de reproducción asistida en el CMN «20 de Noviembre» del ISSSTE, cuyos datos se organizarán en un primer momento con base en hipótesis teóricas previas.
- b) Codificación abierta. En esta fase se nombró y categorizó el fenómeno a estudiar, es decir, se formaron categorías iniciales de análisis basadas en la información segmentada proveniente del muestreo teórico.
- c) Codificación axial. En este momento de la investigación, se identifica el contexto y las condiciones que intervienen y las consecuencias del fenómeno central.
- d) Codificación selectiva. Se presentan las proposiciones condicionales y se integrará una narración provisional para explicar el fenómeno central.

a) Nivel teórico fundamentado en los datos. Se construyeron nociones teóricas basadas en la investigación, a partir de las cuales, pueda emerger una teoría más sólida sobre el fenómeno estudiado.

La codificación fue autorizada por tres jueces independientes, con los que se analizaron las discrepancias y/o contradicciones que aparecieron, tanto en la información, como en el análisis de los casos a fin de obtener un nivel aceptable de concordancia.

Las variables de entrada consideradas fueron las siguientes: causas psíquicas del deseo de maternidad; estructura de la personalidad y expectativas sobre el hijo anhelado; presiones familiares y sociales relacionadas con el género; efectos de los tratamientos y de la institución médica.

De acuerdo con el análisis de los datos obtenidos, se ha encontrado que los factores más relevantes en el deseo de maternidad son, dentro de las causas psíquicas, fallas en la estructura narcisista de la personalidad, mismas que fueron detectadas gracias a los criterios clínicos previamente establecidos, como por ejemplo, la manifestación de síntomas de estas fallas.^{8,9} Así mismo, se encontró que dentro de estas causas psíquicas, las fantasías y características del hijo anhelado juegan un papel muy importante. También aparecen, en menor medida, las presiones sociales relativas al género y las presiones familiares. Cada uno de estos factores pueden considerarse como variables de salida, ya que son constructos teóricos que justifican su pertinencia, a partir de la categorización de las verbalizaciones repetitivas que aparecen en el discurso de las pacientes estudiadas.

RESULTADOS

De las 10 pacientes estudiadas a profundidad, se encontró que la centralidad o ausencia de cada factor depende de las características subjetivas y de su historia personal. Sin embargo, dos de los factores presentes de manera central en todos los casos son: la estructura narcisista de la personalidad y las expectativas sobre el hijo anhelado. Otros factores relevantes, cuya centralidad varía de caso en caso, son el género, a través del imaginario social y cultural (que relaciona íntimamente la identidad femenina con la maternidad), y las presiones familiares, factores que dependen de la educación y la condición socioeconómica y cultural de las pacientes. La variable denominada institución médica no tuvo en esta investigación una incidencia significativa en el deseo de maternidad; por el contrario, parece ser que los conflictos psicológicos de estas pacientes fueron los que magnificaron los obstáculos burocráticos e institucionales que se les presentaron. Los efectos secundarios de los tratamientos médicos tales como ansiedad (estrés) o depresión, que ya han sido estudiados por la literatura, quedan aumentados o disminuidos en función de las condiciones psicológicas previas de las sujetos y no influyen básicamente en su deseo de maternidad (Tabla 1).

Resaltamos la presencia de las fallas en la estructura narcisista de la personalidad, que se manifiesta como sentimientos de vacío, falta de autoestima, y cuestionamientos a la identidad, que se resignifican en momentos críticos de la vida, como puede ser la esterilidad. Por otra parte, las características de la personalidad de estas pacientes, están relacionadas de manera importante con el anhelo de un hijo, quien en

Tabla 1
Centralidad de las categorías

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Género	C	P	A	C	A	C	C	C	C	P
Presiones familiares	P	A	C	A	A	A	P	P	A	A
Institución médica	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Estructura narcisista	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Hijo imaginario	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Efectos secundarios	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Otros	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

C: Central, P: Periférica, A: Ausente



su fantasía compensaría, entre otras funciones, esas carencias originales de valoración narcisista.

El deseo de maternidad es un factor que se va conformando a través de toda la historia personal de la mujer, donde intervienen tanto su estructura subjetiva, como su entorno socio-cultural; factores que se manifiestan en el momento en que estas pacientes deciden y no logran gestar. Podemos concluir entonces, a partir de nuestra investigación, que si una mujer desea someterse insistentemente a tratamientos de RA para obtener un embarazo, este deseo de maternidad se debe, en mayor medida, a fallas de su estructura psíquica, previas a la esterilidad (de tipo narcisistas), lo que provoca que el hijo anhelado ocupe un lugar imaginario de compensación de estas fallas. Este deseo es reforzado, desde afuera, por un entorno social que valora predominantemente a la mujer como madre en detrimento de otras posiciones identificatorias.

DISCUSIÓN Y PROPUESTA

Nuestra propuesta de psicoterapia está basada en los resultados de los 10 casos estudiados a profundidad, las observaciones preliminares (de los 100 casos entrevistados), así como en otras investigaciones sobre el tema. Se ha observado que existen factores relevantes en el deseo de maternidad en las mujeres que se someten a tratamientos de RA, como son: las fallas narcisistas de la personalidad, el lugar del hijo anhelado, el imaginario social genérico y las presiones familiares. Consideramos que el estrés y la depresión, previamente documentados,^{3,5} acontecen como resultado de los tratamientos reproductivos y están resignificados de forma peculiar en estas pacientes. Respecto a las fallas en la estructura narcisista de la personalidad, existen datos significativos en las historias previas a la esterilidad que manifiestan estas fallas, sobre todo, encontramos la presencia significativa del trastorno narcisista denominado: *déficit primario de narcisización*.¹⁰ Es por ello que contemplamos, junto con otros estudiosos del tema, la necesidad de incidir no sólo en la problemática presente de la esterilidad (eje sincrónico), sino de manera relevante, con las fallas narcisistas detectadas (eje diacrónico), ya que repercuten directamente en las manifestaciones observadas ante la imposibilidad de la maternidad deseada.

Eje sincrónico: Para trabajar en el sentido de la construcción de una propuesta psicoterapéutica que

abarque el afrontamiento de la situación presente, sugerimos partir de las aportaciones realizadas por Carreño,¹¹ Morales-Carmona,^{12,13} Gillot-de Vries,¹⁴ y nuestras propias conclusiones,¹⁵ enmarcadas en las técnicas de la psicoterapia psicoanalítica. El Departamento de Psicología del INPer muestra la necesidad de realizar un programa integral de atención a la paciente estéril, que incluya, tanto el trabajo de las estrategias de afrontamiento de la esterilidad, como del autoconcepto de la paciente estéril. Otros investigadores, como Gillot-de-Vries,¹⁴ pone en relieve el trabajo psicológico y ético en las técnicas de reproducción asistida. Esta autora dirige su psicoterapia al sentimiento de la mujer estéril de no poder cumplir un estadio psicológico importante en el ciclo vital; hace énfasis, en el trabajo conjunto con la pareja, sobre todo enfocándose en los temas del duelo por la fertilidad y por el hijo biológico.

Así mismo, es indispensable tener una línea de comunicación directa con las redes de apoyo de estas pacientes, ya sea mediante entrevistas periódicas, o en su inclusión en una psicoterapia de pareja y/o familia, en casos donde se valore su pertinencia. En los niveles más específicos de acción-interacción que competen al individuo, consideramos pertinente un trabajo psicoterapéutico en dos momentos: uno grupal, donde se comparte la problemática con otras mujeres en tratamientos similares para que puedan analizarse los miedos y ansiedades básicas, y el otro individual.

Eje diacrónico: Por otra parte, a partir de los antecedentes expuestos, es pertinente reflexionar en la necesidad de realizar un proceso psicoterapéutico individual que tome en cuenta las vicisitudes de su historia personal. Este proceso estará focalizado en los aspectos considerados relevantes para el trabajo con estas pacientes, y que influyen de manera específica en su deseo de maternidad y determinan, en buena medida, el manejo del eje sincrónico de afrontamiento de la esterilidad. Dentro de las categorías a considerar podemos mencionar:

- a) la *imago* corporal que implica la imagen del cuerpo atravesada por el sentimiento de sí (autoestima).
- b) la *imago* materna, que supone la influencia de esta figura en el deseo de maternidad, sobre todo si ocurre, como en los casos estudiados, un déficit de narcisización.
- c) la identidad, que implica resignificar el complejo proceso de identificaciones, haciendo énfasis en la

identidad femenina y sus avatares. Se contempla bajo este aspecto, revisar algunos aspectos provenientes del imaginario social, que atan la identidad al hecho biológico de la maternidad.

- d) el hijo anhelado (imaginario), quien va a completar y a suturar heridas imaginarias y simbólicas (narcisistas). Este proceso contempla, por lo tanto, dejar de ver a ese hijo fantaseado como un salvador de sus vidas y descolocarse, ellas mismas, del lugar del sacrificio y de la resignación.

Es importante resaltar que la finalidad de esta psicoterapia es trabajar conjuntamente con las pacientes en la construcción de un proyecto identificadorio, más cercano a su realidad subjetiva y que contemple, no sólo la aceptación de su esterilidad, sino la creación de espacios alternos de creatividad y realización personal.

Para lograr este objetivo, proponemos un trabajo de psicoterapia breve (alrededor de seis meses), a razón de una sesión de 60 minutos por semana. Los temas a trabajar tendrían el siguiente orden cronológico:

- 1º De cinco a seis entrevistas iniciales, que permitan elaborar un diagnóstico preliminar a partir de su historia clínica y de desarrollo; se privilegia una mirada tendiente a detectar fallas narcisistas básicas.
- 2º Alrededor de seis sesiones, para que esta paciente realice una primera diferenciación entre las presiones familiares y sociales que la inducen a buscar el embarazo por RA, de su deseo de maternidad proveniente de fallas o necesidades en su historia personal.
- 3º Analizar en forma semidirigida, con otras seis sesiones, algunos elementos de la estructura narcisista, que de acuerdo con nuestro estudio,

influyen en su deseo de maternidad (*imago* corporal, *imago* materna y autoestima).

- 4º Trabajar de manera conjunta aquellos elementos de dolor y sufrimiento que puedan producir una ganancia secundaria de los tratamientos. Este trabajo requiere de seis a ocho sesiones.
- 5º Reestructurar la posición que ocupa el hijo anhelado en su identidad, y al mismo tiempo, encontrar un nuevo proyecto identificadorio adecuado a su realidad psíquica y a su contexto socioeconómico. Este proceso nos lleva otras ocho sesiones.
- 6º Un primer momento de cierre (que contempla dos o tres sesiones), que conduzca a la paciente estéril a una elaboración preliminar del proceso llevado a cabo. En este momento se pueden seguir alguna de las siguientes opciones:
 - a) elaboración de la esterilidad, si no existen otras opciones médicas.
 - b) elaboración con la pareja del deseo de adopción, si se deciden por esta alternativa. Si al momento de finalizar el proceso, las técnicas de RA a las que se somete han sido exitosas, se trabaja brevemente en los cambios psíquicos que produce.

Por otra parte, consideramos que junto con el trabajo psicoterapéutico, se deben realizar diversos seguimientos, tanto en los casos de éxito o fracaso de los tratamientos. Esto permitirá elaborar estudios longitudinales, que puedan ampliar y complementar las diferentes problemáticas observadas.

Dada la complejidad del fenómeno, consideramos indispensable mantener una estrecha colaboración con el equipo médico responsable, por lo que proponemos, de igual manera, una retroalimentación permanente que incida en el trabajo con las pacientes estériles.

ABSTRACT

Objective: The main purpose of this research is to establish the criteria of psychotherapy for women who want to get pregnant under reproductive assisted treatments. This psychotherapy was based on the results of a preliminary study of the desire of maternity of women who insistently take complicated fertility treatments, many of which have a low possibility of being successful.

Material and methods: The research took place in a Social Security Institute in Mexico City, with women of 25 to 40 years old that were previously diagnosed with primary sterility. These women were derived to assisted reproductive treatments as a last alternative, particularly of



in vitro fertilization and embryo transfer (FIV-TE), in a third level hospital. The methodological instrument that was used was the psychological interview in the open and deep character. In the research it was investigated the influence and the contexts in which the desire of getting pregnant is developed. A hundred of women patients were interviewed; ten of them were deeply studied and followed up. The research was based on the qualitative-interpretative method, and inside this methodology it was worked with grounded theory design.

Results: Based on fact analysis it has found that gender, family pressures, the medical institution, the narcissist structures of personality, the imaginary child and the side effects of the treatment were important elements that influenced the "desire of maternity". Among them narcissistic personality and imaginary child were central in women narrative.

Conclusions: From all the results obtained, we consider that these investigations may develop specific psychotherapeutic treatments. This psychotherapy will have the aim of giving elements to treat the factors that influence women who are constantly looking for pregnancy through assisted reproductive treatments, especially *in vitro* fertilization. Family and medical support is required all along the treatment. A brief psychotherapy focused on elements such as social influences, narcissistic personality and the imaginary child must be lead on women who are detected to have similarities with the studied group.

KEY WORDS: *Sterility, desire of maternity, psychotherapy, identity, narcissist structure of personality, imaginary child.*

REFERENCIAS

1. Arranz L. El deseo de maternidad en un grupo de mujeres sujetas a tratamientos de reproducción asistida. Tesis de doctorado en Psicología. UNAM, 2001.
2. Abbey A, Halman JA, Andrews FM. Psychosocial treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility* 1992; 57: 122-8.
3. Carreño J, Morales-Carmona F, Aldana E. Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 2000; 14: 14-21.
4. Facchinetti F, Matteo M. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of *in vitro* fertilization-embryo transfer treatment. *Fertility and Sterility* 1997; 67: 314-9.
5. Morales-Carmona F. Estudio psicológico de pacientes sometidas a inseminación asistida médicamente. Tesis de doctorado, UNAM, Facultad de Psicología, 1995.
6. Creswell JW. *Qualitative inquire and research design*. Londres: Editorial Sage; 1998.
7. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research, grounded theory procedures and techniques*. Londres: Editorial Newbury Park, Sage; 1990.
8. Bleichmar H. *El narcisismo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981.
9. Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
10. Bleichmar H. *El narcisismo*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1981. p. 121-247.
11. Carreño, Meléndez. Programa de atención a la paciente estéril. *Psicología Iberoamericana* 1994; 2 (2): 63-70.
12. Carreño J, Morales-Carmona F, Martínez. Estrategias de afrontamiento y depresión en mujeres estériles. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11: 176-83.
13. Morales-Carmona F. El impacto de los factores psicosociales en la esterilidad. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 10 (2); 81-8.
14. Gillot-de Vries F. La place de l' enfant: enjeux psychologiques et ethiques dans le cas des techniques de procréation artificielle. Bruselas, Editorial Hottois, Col Lafaite, 1988.