

2018-06-27

Rol del psicólogo en el acompañamiento de las parejas infértiles que atraviesan tratamientos con las técnicas de reproducción asistida

Morgavi, Valeria

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/710>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
REPUBLICA ARGENTINA



ROL DEL PSICÓLOGO
EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS PAREJAS
INFÉRTILES QUE ATRAVIESAN TRATAMIENTOS CON
LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA.

“TESINA CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME
O.C.S. 553/2009”

ALUMNA:

MORGAVI VALERIA
MATRÍCULA 08782/09
D.N.I. 35.418.394

SUPERVISORA:

COLACCI ROMINA

CO-SUPERVISORA:

IUDICA CELIA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN O CÁTEDRA DE RADICACIÓN: INVESTIGACIÓN EN
BIOÉTICA, GENÉTICA HUMANA Y SALUD

FECHA DE PRESENTACIÓN: FEBRERO DE 2018

“Esta tesina corresponde al requisito curricular Trabajo de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Morgavi, Valeria de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora”

“El que suscribe manifiesta que la presente Tesina ha sido elaborada por la alumna Morgavi, Valeria, matrícula N° 08782/09, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 9 días del mes de febrero del año 2018”.

Firma Supervisor

Aclaración Supervisor

Firma Co-Supervisor

Aclaración Co-Supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-Supervisor

Valeria Morgavi ha desarrollado de manera altamente satisfactoria todas las tareas involucradas en la ejecución del proyecto en cuestión.

Durante el período transcurrido desde el inicio del proyecto ha demostrado activa participación en las diversas actividades propuestas, gran responsabilidad en el cumplimiento de las mismas y un elevado compromiso con la tarea. Asimismo, consideramos relevante destacar la importancia de que haya emprendido un trabajo original en un campo poco explorado y de vigencia según los avances actuales de la problemática, por los profesionales de la salud mental, constituyendo esta investigación un aporte socialmente relevante.

Como Supervisora y Co-Supervisora del presente proyecto estamos altamente satisfechas por su labor realizada.

Colacci Romina

Iudica Celia

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Morgavi, Valeria, matrícula N° 08782/09”.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación.

Calificación.

(PLAN DE TRABAJO ORIGINAL)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
2.1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA.....	3
2.1.1 Conceptualización de la infertilidad.....	3
2.1.2 Antecedentes de las técnicas de reproducción asistida.....	4
2.1.3 Técnicas de reproducción asistida en la actualidad.....	5
2.2 DIMENSIÓN PSICO-SOCIAL.....	6
2.2.1 Cambios científico-culturales	6
2.2.2 El psicoanálisis y la infertilidad.....	7
2.2.3 Antecedentes bibliográficos del rol del psicólogo en la infertilidad.	10
2.3 DIMENSIÓN JURÍDICA.....	17
2.3.1 Marco regulatorio nacional.....	18
2.4 INTERDISCIPLINA	21
3. METODOLOGÍA	22
Tipo de estudio.....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos particulares.....	22
Caracterización de la muestra	23
Procedimiento y recolección de datos	24
Instrumento.....	24
Análisis de datos	24
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSIÓN	39
6. CONCLUSIÓN	44
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
8. ANEXO	51

1. INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se abordará el ejercicio del rol del psicólogo en el acompañamiento de parejas infértiles, que realizan tratamientos con técnicas de reproducción asistida. Estos conllevan un proceso, algunas veces breve, otras más extenso, que obliga a pensar en la existencia de distintos momentos, que van desde cuando se intuye que existe algún problema para concebir de modo natural, hasta el éxito o abandono de los tratamientos. Cada una de esas instancias produce efectos subjetivos (Chatel, 1993; Cincunegui, Kleiner, Woscoboinik, 2004; Giberti, 1999; Iudica et al., 2011; Jadur y Wainstein, 2015; Morgavi, Colacci, Iudica, 2016; Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012), a los que las personas con infertilidad podrán hacer frente, con mayor o menor sufrimiento, dependiendo de los recursos individuales.

Siguiendo a Zegers Hochschild (2012), la Organización Mundial de la Salud, considera que la infertilidad es: "una enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de [mantener] relaciones sexuales sin protección regular".

Las tecnologías que se han desarrollado para tratar la infertilidad se agrupan bajo la denominación de Técnicas de Reproducción Asistida o TRAs. Zegers Hochschild (2012) las define como todos los tratamientos o procedimientos que abarcan la manipulación de ovocitos, espermatozoides, o embriones humanos para el establecimiento de un embarazo. Se las clasifica de acuerdo a su complejidad. Por una parte, están las técnicas de baja complejidad, a las que el autor remite como aquellas donde se induce la ovulación con o sin inseminación intrauterina: mediante la utilización de fármacos se induce a la mujer a ovular y se determina el momento apropiado para depositar los espermatozoides en el aparato reproductor de la mujer, en algunos casos se prescinde de la relación sexual, recurriendo a la inseminación intrauterina (IIU). Por otra parte, las de alta complejidad son aquellas en las que la unión del óvulo y el espermatozoide se produce en el laboratorio (Zegers Hochschild, 2012).

En los últimos años, en Argentina, los temas de la infertilidad y de las técnicas de reproducción asistida han pasado a estar en el foco tanto de las políticas de Estado como de los servicios de salud y de las preocupaciones de la sociedad, principalmente a partir de la sanción de la ley N° 26862, que promulga el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. En su Art. 8, queda establecido que el abordaje de la problemática deberá ser interdisciplinario (Ley N° 26862/2013). Esta

iniciativa legislativa se vio apoyada por la creación de la Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la Salud por parte del Ministerio de Salud de la Nación, que especifica procedimientos para el cuidado de la fertilidad y para atender sus problemáticas (léase infertilidad).

Esta tesina de grado se encuentra enmarcada en estas conceptualizaciones. Los datos recabados se someterán a una lectura psicoanalítica, ya que ésta proporciona las herramientas conceptuales necesarias para profundizar aspectos circundantes a la problemática de la infertilidad, tales como las funciones materna y paterna, las fantasías y deseos inconcientes, los mandatos sociales en cuanto a la conformación de las familias y su relación con lo cultural.

2. MARCO TEÓRICO

Si bien para el abordaje de la infertilidad se recurre a procedimientos médicos, como las TRAs, en esta enfermedad también aparecen cuestiones emocionales, producto de los efectos subjetivos que conlleva, a las que se debe prestar atención. Asimismo, existen cuestiones del orden legal que no pueden desconocerse, pues competen a la utilización de las técnicas y brindan legitimidad a los nuevos modos de conformación de las familias. Por tal motivo se realizará un recorrido por estas dimensiones, que permitirá dar cuenta de la complejidad del tema.

2.1. DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

2.1.1 Conceptualización de la infertilidad

La esterilidad y la infertilidad tienen especial relevancia en la salud reproductiva. Estos términos “en ocasiones son usados de manera intercambiable y algunas veces definen poblaciones diferentes” (Brugo-Olmedo, Chillik y Kopelman, 2003, p. 2). En la presente investigación no se realizará una distinción entre ambos, entendiendo al primero como abarcativo del segundo. La definición que se retomará es la proporcionada por la OMS, ya citada previamente, que considera a la infertilidad como: "una enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de [mantener] relaciones sexuales sin protección regular".

Siguiendo a Iudica et al. (2011) se entiende que aquella se trata de una situación carencial que no implica la integridad física del individuo ni supone riesgo vital, pero que puede tener efectos negativos en el desarrollo de la persona, que al manifestar su deseo de procrear, se encuentra con obstáculos. De acuerdo con estos autores es posible considerar que el plazo establecido de un año, que permite hablar de infertilidad, comprende, en el caso de la mujer, a aquellas que tienen hasta 35 años, pasada esa edad, el período se reduce a 6 meses. Se establece esa distinción exclusivamente hacia la mujer por entenderse que el cuerpo femenino y el deterioro de su sistema reproductivo tienen mayor repercusión en la obtención del embarazo.

Las estadísticas indican que la incidencia poblacional de la infertilidad es del 10 al 15%, en parejas en edad reproductiva (Iudica et al., 2011).

Siguiendo a Fernández Ríos, Herrera Santí y González Benítez (2002) es posible identificar dos tipos de infertilidad:

- 1) Primaria: cuando no existe antecedente de embarazo;

2) Secundaria: cuando existe aquel antecedente pero no se logra una nueva gestación.

Por otra parte, los autores indican que cuando los problemas de concepción aparecen, los causantes pueden estar vinculados a la prevalencia del factor femenino, a la del factor masculino, puede haber una combinación de ambos, en tal caso se dice que es factor mixto. También puede ocurrir que no se hallen motivos orgánicos, en tal caso se habla de Esterilidad sin causa aparente (ESCA). Para arribar a alguna de estas conclusiones los pacientes deben someterse a variados exámenes y dependiendo de cuál sea el diagnóstico se les sugerirá la técnica más apropiada.

Hablar de infertilidad nos remite a pensar el concepto de fertilidad y de reproducción humana. Esta última, se caracteriza como sexual, lo que implica que se da entre dos individuos de distintos sexos (hombre y mujer), por lo que el descendiente portará la información genética de ambos progenitores, mediante la fusión de las células sexuales. Otra característica es que la fecundación es interna, es decir que la unión de los gametos se produce en el interior del cuerpo de la mujer (Jadur y Wainstein, 2015). Detenerse en estas definiciones facilita esclarecer en parte la representación social que se tiene al respecto, remitiendo a aquello que está instituido en relación a cómo debe darse la procreación y cómo se debe lograr la descendencia.

Un aporte a destacar es el realizado por Cocco (1995), que señaló indicó sobre la reproducción humana normal: “de cada 100 concepciones, sólo 30 llegan a término. Y de las 70 pérdidas reproductivas, 45 ocurren antes de la implantación”. En la actualidad se sabe “que la tasa de recién nacidos no supera 20 de cada 100 concepciones” (Cocco, 1995) [citado por Cincunegui et al., 2004, p. 37].

2.1.2 Antecedentes de las técnicas de reproducción asistida

Ante los diagnósticos existentes en referencia a las dificultades de la reproducción por vía natural, son las Técnicas de Reproducción Asistida (TRAs) las que intentan subsanarlos. Estas han otorgado materialidad a una idea que parecía irrisoria años atrás.

Desde tiempos remotos el hombre ha planteado la posibilidad de procrear sin la necesidad de tener que recurrir a la relación sexual. En 1950, el fisiólogo Robert Edwards, comenzó a investigar sobre la posibilidad de extraer un óvulo de una mujer e implantárselo de nuevo, tras fecundarlo en el laboratorio con espermatozoides de un donante. En 1964, con el desarrollo del laparoscopio por el ginecólogo británico Patrick Steptoe, se logró examinar los órganos femeninos dentro de la cavidad abdominal. No pasó mucho tiempo hasta que

ambos especialistas unieron sus trabajos para intentar obtener una fecundación externa al cuerpo femenino. En 1969, lograron el éxito pero aun les faltaba conseguir la implantación, que obtendrían recién en 1975, pero sin lograr ningún embarazo a término.

En 1977, en Inglaterra, la técnica conocida como fecundación in vitro adquirió un protagonismo que tuvo alcance mundial, tras la implantación exitosa de un embrión, que dio lugar, unos meses después, al nacimiento de la primera bebé de probeta, Louise Brown, marcando un hito en la historia de la humanidad (Camps, 1996).

2.1.3 Técnicas de reproducción asistida en la actualidad.

En la actualidad existen múltiples Técnicas de Reproducción Asistida (TRAs), que se aplican de acuerdo al diagnóstico obtenido, previo examen médico y según el consentimiento otorgado por los pacientes. Las opciones de tratamientos varían en complejidad, pudiendo ser los gametos utilizados pertenecientes a los miembros de la pareja (técnicas homólogas) o no (técnicas heterólogas).

Siguiendo a Zegers Hochschild (2012), en las técnicas de baja complejidad se realiza la inducción de la ovulación con o sin inseminación intrauterina. Los métodos utilizados son:

- coito programado: técnica basada en el control de la ovulación para determinar el momento adecuado para tener las relaciones sexuales en busca del embarazo. La programación de las relaciones puede hacerse de forma natural (sin medicación) o dando a la mujer medicación hormonal para controlar mejor el desarrollo folicular y la ovulación.
- inseminación intrauterina (IIU) o inseminación artificial: procedimiento en el cual luego de una inducción de la ovulación se introduce una muestra de semen capacitada, es decir, preparada en el laboratorio, dentro del útero de la mujer.

En las técnicas de alta complejidad, la unión del óvulo y el espermatozoide se produce en el laboratorio, las más utilizadas en la actualidad son:

- la fecundación in vitro (FIV o IVF por sus siglas en inglés), técnica por la cual la fecundación de los ovocitos por los espermatozoides se realiza fuera del cuerpo de la madre. Implica el control hormonal del proceso ovulatorio, extrayendo uno o varios ovocitos de los ovarios maternos, para permitir que sean fecundados por espermatozoides en un medio líquido. El ovocito fecundado puede entonces ser transferido al útero de la mujer, en vistas a que anide en el útero y continúe su desarrollo hasta el parto.

- la inyección intracitoplasmática de espermatozoides o ICSI (del inglés intracytoplasmic sperm injection), consiste en la fecundación de los ovocitos por inyección de un espermatozoide en su citoplasma mediante una micropipeta, previa obtención y preparación de los gametos, con el fin de obtener embriones que puedan transferirse al útero materno.
- la criopreservación de gametos y de embriones, para su posterior implantación.

El alquiler de vientre es otra alternativa que permite fundar una familia (Sánchez Cevallos, 2017). Si bien no se encuentra legislado en la Argentina, en otros países es puesto en práctica.

Con la utilización de estos métodos, la búsqueda del embarazo abandona la intimidad de la pareja y habilita el entrometimiento de los/las profesionales de la salud. A su vez, en la mayoría de aquellos se prescinde de la necesidad de las relaciones sexuales, con lo cual la reproducción mediada por las TRAs, se aleja abismalmente de su versión conservadora.

2.2 DIMENSIÓN PSICO-SOCIAL.

2.2.1 Cambios científico-culturales

Siguiendo a Cincunegui et. al. (2004) se puede decir que la infertilidad, años atrás, ha sido considerada como una problemática inherente a la mujer, considerándose motivo suficiente para establecer el divorcio.

Antiguamente, la mujer era vista en su función social como un receptáculo del semen masculino, y al hombre se le adjudicaba el rol del procreador. No fue hasta la Edad Moderna que se empezó a concebir el lugar de los órganos femeninos en la concepción, momento donde emergieron aportes científicos relacionados a la fecundación. En 1650, Harvey (Flores Colombino, 1992) desarrolló una teoría precursora sobre el inicio de la vida, la cual versaba sobre lo siguiente: “en el cuerpo femenino se producirá un huevo que fecundado por el semen del hombre, [pasará] a ser el germen del nuevo ser. Por primera vez se reconoció el aporte femenino en la formación del embrión” (Cincunegui et al., 2004, p. 41), produciendo cambios en la sociedad respecto de la valoración de la mujer, e identificándola gradualmente con la función maternal. En el siglo XVIII, las corrientes biologicistas provenientes del campo de la filosofía y la medicina enaltecieron esta función, cayendo en la naturalizaron del rol: “son la anatomía y la fisiología de la mujer lo que la predetermina para ocupar ese lugar. De este modo y paulatinamente se conformó el mito de

la mujer-madre” (Cincunegui et al., 2004, p. 41), y fue cambiando el lugar de la mujer: pasó de un status donde era desvalorizada a uno de absoluto reconocimiento en tanto representante de lo maternal.

En lo que refiere específicamente a la reproducción humana se produjo un viraje a mediados del siglo XX, que inició con la utilización de la anticoncepción y el control de la natalidad. Esto permitió la separación entre el disfrute de las relaciones sexuales y la procreación, que permitió un cambio en el “posicionamiento femenino-masculino en el vínculo de pareja” (Cincunegui et al., 2004, p. 43). La mujer ganó autonomía sobre su cuerpo, al poder decidir cuándo y con quién tener hijos. El hombre perdió parte de su control respecto de la procreación. Estas modificaciones permitieron un proceso de liberación femenino.

En relación al rol paterno, fue variando su representación social y asumiendo mayor protagonismo en los quehaceres de la crianza de los niños. El viraje descrito permitió en el último siglo pensar que las dificultades en la procreación podían ser asociadas con lo masculino también (Cincunegui et al., 2004), ya que anteriormente toda la culpa de la falta de descendencia recaía sobre la mujer, evitándose el hecho de dudar de la fertilidad del hombre y de realizarle análisis al respecto.

2.2.2 El psicoanálisis y la infertilidad.

La teoría psicoanalítica permite hacer un análisis de la fertilidad e infertilidad humana, en base a conceptos sustanciales, como deseo y mandato, que mantienen un vínculo inherente con la idea de la descendencia en la pareja humana. En base a esto, Cincunegui et al. (2004) consideran que en la procreación y en sus dificultades se ponen en juego cuestiones representativas de lo individual, lo vincular y lo social.

En el primero, los autores ubican las identificaciones primarias y secundarias, las fantasías primarias: fantasías respecto del origen de la vida, de las diferencias sexuales y la de seducción. Permitirán plasmar “la singularidad del deseo y la fuerza determinante de los mandatos (Yo Ideal – Ideal del Yo)” (Cincunegui et al., 2004, p. 47).

En el espacio vincular, son los acuerdos y los pactos inconscientes, los que sellan la alianza. A partir de estos, la idea de un hijo se ubicará en tal o cual posición dentro de un proyecto vital compartido, y algunas veces estará atravesada prevalentemente por el deseo, otras, por el mandato (Cincunegui et al., 2004).

En la esfera social, adquiere preeminencia el contrato narcisista: “la sociedad otorga un lugar a la pareja asegurándose a cambio, la continuidad de sus valores e ideales a través de la descendencia. El cumplimiento de este compromiso otorga pertenencia, variable propia de la condición humana” (Cincunegui et al., 2004, p. 48).

Es correcto enunciar que en todos los sujetos hay un deseo, asimismo todos están atravesados por los mandatos culturales, ambos aspectos se relacionan y entrecruzan. Al primero, Lacan lo define como aquello que se ubica entre la necesidad y la demanda, “intrínsecamente alude a un vínculo: ser deseo del deseo de otro, real o fantaseado” (citado en Cincunegui et al., 2004, p.49). En el deseo de hijo por lo tanto subyacen múltiples cuestiones, la mayoría de carácter inconciente, y por ende singulares, que se enlazarán con los deseos inconcientes del otro miembro de la pareja con el que se compartirá aquel proyecto. Por lo tanto, al momento en que se comienza la búsqueda de un hijo, además de ponerse en juego los cuerpos biológicos, se hacen presentes los deseos inconcientes, las singularidades y la dinámica vincular. El deseo de parentalidad se diferencia del de hijo, por estar “representado por el niño del narcisismo redivivo” (Cincunegui et al., 2004, p. 51). Esto quiere decir que el hijo es “el niño que nace para cumplir los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un gran hombre y un héroe en lugar del padre y la niña se casará con un príncipe, como tardía recompensa para la madre” (Freud, 1914) [citado en Cincunegui et al., 2004, p. 51].

En el deseo de hijo se plasma el anhelo de ejercer “funciones parentales, expresión de sus respectivas historias identificatorias”. Se ponen en juego “funciones subjetivadas”, no sólo lo ligado a la vertiente biológica, “tales como atravesar la experiencia de los cambios con que la maternidad va marcando el cuerpo de la mujer o la vivencia de potencia para embarazar en el hombre”. Se trata de la manifestación del deseo de criar a un/a niño/a, “de auxiliarlo en sus necesidades y demandas, de asistir a su crecimiento y maduración, de ayudarlo en su realización como persona”. A partir de lo anteriormente dicho, se puede afirmar que “el deseo de hijo se trata de una producción deseante de la pareja” (Cincunegui et al., 2004, p. 52).

La pareja, siguiendo a Puget y Berenstein (1992), es una estructura vincular, o unidad, con gran especificidad. Se identifican cuatro parámetros en ella:

- Cotidianeidad, refiere a los intercambios diarios que le otorgan estabilidad.
- Proyecto vital compartido, relacionado con los proyectos a futuro que tiene la pareja en común.

- Relaciones sexuales, requiere de la aceptación de la diferencia.
- Tendencia monogámica, basa su estructura en el Objeto Único.

En el abordaje de la pareja, la noción de cuerpo vincular ha de ser considerada, en tanto alude a “una representación que va más allá de la del cuerpo de cada miembro de la pareja, la amplía y la prolonga”. Ésta tiene su origen en “la primera relación del infans con sus objetos originarios”. En otras palabras, es “la representación corporal de un vínculo entre dos cuerpos ya simbolizados (por) y simbolizantes (de)”. Este concepto involucra el encuentro sexual de la pareja, y los modos en qué se producirán los intercambios cotidianos, donde puede haber algunas veces prevalencia de “la vivencia del ‘otro’ como semejante, negando diferencias –la alteridad–”, y en otras ocasiones, la vivencia “del ‘otro’ como alguien extraño y ajeno” (Puget y Berenstein) (citado en Cincunegui et al., 2004, p. 56).

Keiner y Pachuk profundizaron el concepto de cuerpo vincular, al hablar del cuerpo erógeno vincular como “una representación compartida del entrecruzamiento de los cuerpos erógenos, a la manera de un mapa de fijaciones libidinales y de zonas de goce en una escena primaria actual donde se pierden los límites de la piel y de los yoos” (Keiner y Pachuk) [citado por Cincunegui et al., 2004, p. 56]. Este cuerpo erógeno vincular, junto al cuerpo de cada uno de la pareja, comienzan a portar un plus de significación cuando aparece el deseo de procreación.

Por lo tanto, vale la pena mencionar que la teoría psicoanalítica sostiene como premisa fundante que todos los sujetos son una unidad psicósomática, y si bien cuando el deseo de hijo cobra relevancia, son los cuerpos biológicos principalmente los que adquieren protagonismo, también los cuerpos subjetivados están presentes. En el caso de la infertilidad puede hablarse de “una negativa del cuerpo a procrear, (...) una inhibición de la función reproductora” (Cincunegui et al., 2004, p. 55). La psiquis y el cuerpo, indefectiblemente mantienen una relación estrecha, basta que emerja el deseo de tener un hijo para que las relaciones sexuales, en tanto cuerpos reales, adquieran una nueva significación. Toda la sexualidad se resignifica y al placer inherente a la psicosexualidad se agrega el placer de procrear.

La sexualidad es principalmente “una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por tanto, no se trata de un concepto acabado ni definitivo”. Hablar de significación sexual implica considerar cuatro dimensiones que operan de forma conjunta, y que remiten a diversas funciones:

- “reproductiva”,

- “afectiva y comunicativa”,
- “erótica”, y
- “de identidad” (Roca de Bes y Gimenez Mollá, coord., 2012, p. 9-11).

Según la OMS, la sexualidad: “está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. En el caso de parejas que padecen infertilidad muchos de estos aspectos se ven seriamente modificados a partir del diagnóstico y del uso de las TRAs. El cuerpo de cada uno es portador de distintas significaciones y en cuanto aparecen las dificultades para procrear, éstas adquieren vigorosidad. Esos cuerpos se transforman de fuente de placer en significantes de dolor psíquico. A partir del encuentro entre el hombre y la mujer, se va constituyendo un complejo tejido vincular mediante acuerdos, pactos y alianzas inconcientes, no siempre concordantes con los propósitos concientes, y que pueden obstaculizar el proyecto compartido de tener un hijo.

Las dificultades en la procreación no sólo producen dolor psíquico, muchas veces el diagnóstico de infertilidad y el uso de las TRAs pueden favorecer el desarrollo de disfunciones sexuales. Si bien éstas pueden ser transitorias, es decir, “problemas en las relaciones sexuales que no llegan a constituir una disfunción sexual propiamente, (...) distorsionan el encuentro sexual. Estos conflictos suelen mantenerse a lo largo del período en que la pareja se ve inmersa en los tratamientos de reproducción” (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, p. 13).

A partir de los datos recopilados hasta aquí es posible enunciar que en la mayoría de los casos el atravesamiento por las TRAs producen efectos iatrogénicos, tal como lo mencionan otros estudios (Alberdi, 2017).

2.2.3 Antecedentes bibliográficos del rol del psicólogo en la infertilidad.

La infertilidad es una problemática que, como se expuso anteriormente, conlleva efectos subjetivos y emocionales en quienes la afrontan. Los profesionales de la psicología cuentan con diversas herramientas técnicas y conceptuales que les permiten acompañar y contener a aquellos pacientes. Pero surge el interrogante respecto de cuáles son las tareas específicas que han de realizar y qué dispositivos se deben implementar.

Para ilustrar respecto del rol del psicólogo en este área se retomaran algunos estudios internacionales (Chatel, 1993; Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012), donde la temática lleva mayor cantidad de años instalada de acuerdo a la legislación, y algunos aportes realizados en

Argentina (Alkolombre, 2008; Cincunegui et. al., 2004; Giberti, Barros y Pachuk, 2001; Jadur y Wainstein, 2015). Si bien no todos adscriben al marco teórico psicoanalítico se los ha incluido por la sistematización realizada en los trabajos.

En una época donde las relaciones sexuales se enlazan con el placer y se disocian de la función reproductiva, mediatizadas por los métodos anticonceptivos, hablar de maternidad y paternidad, requiere de una escucha especializada del deseo, en tanto motoriza la búsqueda de un hijo en estas condiciones. De acuerdo con Chatel (1993), en la demanda de las TRAs se entrelazan el deseo, las fantasías inconcientes y la solicitud de intervención al médico, por lo cual la escucha analítica resulta de importancia para diferenciar los discursos de las pacientes y avanzar con mayor probabilidad de éxito en el tratamiento. Asimismo, a estas técnicas las considera de sustitución, paliativas pero no reparadoras, ni terapéuticas, pues no curan la infertilidad, sólo intentan compensar una falla en el cuerpo.

La autora establece una distinción entre los niños producto de una relación sexual natural y aquellos producto del uso de las TRAs, que denomina niños de probeta. Considera que el deseo, las fantasías inconcientes y el pedido de intervención del médico se entrecruzan configurando una modalidad propia de la procreación médicamente asistida (Chatel, 1993).

Un manual español de intervención psicológica en reproducción asistida (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012) sugiere que ante el diagnóstico de infertilidad y el uso de las TRAs es necesaria la evaluación y la intervención psicológica con respecto a la sexualidad de las parejas. Aspectos importantes a indagar son:

- “cómo vivía la pareja la sexualidad antes y después de los problemas de reproducción”;
- “mitos y creencias falsas con relación al logro del embarazo y la sexualidad”;
- “las motivaciones de la pareja con relación a la paternidad y la maternidad”;
- “mitos familiares y la relación con las familias de origen”;
- “la relación y comunicación en el momento actual”;
- “los factores precipitantes, predisponentes y de mantenimiento de las dificultades o disfunciones sexuales de cada uno de los miembros de la pareja”, en caso de que los hubiera; y
- “factores que pueden alterar la respuesta sexual de la pareja” (cap. 2).

La intervención debería orientarse en relación a “normalizar las emociones negativas y las dificultades sexuales que puedan aparecer durante los tratamientos de reproducción

asistida”, “favorecer la comunicación asertiva, positiva y directa”, “eliminar las exigencias, expectativas irreales y reconducir la sexualidad hacia la función erótica”, y “redefinir mitos y creencias falsas en relación con la maternidad/paternidad, embarazo y sexualidad” (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, cap. 2).

Ante cualquiera de los tratamientos con medicina reproductiva es necesario trabajar sobre las expectativas de la pareja, previendo que existe la posibilidad de fracasar en el intento de obtener un embarazo. Suele haber un alto porcentaje de abortos, pues la tasa de éxito de las TRAs no es eficiente al 100%, con lo cual es importante el acompañamiento, por representar uno de los acontecimientos más traumáticos en relación con las técnicas. En estas circunstancias se habla de abortos espontáneos de repetición, entendiéndolos como “la interrupción no provocada del embarazo, desde su inicio hasta la semana 20 de gestación, acontecida tres o más veces consecutivas”, y “tienen un riesgo acumulativo”. En gran parte de los casos, aquellos tienen consecuencias a nivel psicológico y psicopatológico, como pueden ser la “reacción de duelo”, “los trastornos depresivos” y “los trastornos de ansiedad”. Las autoras sugieren que se les debe proporcionar un seguimiento a la pareja en “las seis semanas siguientes al aborto”, lo que permitirá indagar sobre la presencia de síntomas depresivos y/o de duelo patológico con la consiguiente intervención. Asimismo el apoyo psicológico para la elaboración del duelo favorece el éxito a la hora de afrontar un nuevo tratamiento (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, p. 115-122).

Por otro lado, cuando se enfrenta el diagnóstico de infertilidad se pone en marcha, la mayoría de las veces, un proceso de duelo debido a la “pérdida de la posibilidad de concebir un hijo” por la vía natural e inicialmente planificada (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, p. 127). Las etapas del duelo en personas que manifestando su deseo de procrear son anoticiados de que el camino a tomar es el de las técnicas de reproducción asistida son: “shock, enfado, negociación, desesperanza, aceptación y alternativas” (Guerra y Tirado) [citado en Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, p. 127).

Algunas veces, las personas suelen tomar rápidamente la determinación de iniciarse en el proceso de las TRAs, sin haberse dado “el espacio” ni los “tiempos necesarios para la elaboración del duelo”. Pero “es necesario ayudarles a definir el camino, explicar los costes psicológicos que van a tener –no sólo los físicos y los económicos-” porque no se trata de soluciones inmediatas, en muchas ocasiones se requiere de varios intentos para lograr el embarazo. En el caso de que haya “una sintomatología no saneada emocionalmente”, puede ser que se cronifique “la situación en cada tratamiento y dar como resultado altos niveles de

psicopatologías que afectan al individuo y a la pareja”, pues con cada intento nuevo se aviva una ilusión (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, p. 127-128).

Cuando los tratamientos sugeridos implican el uso de gametos ajenos a la pareja, la presencia de apoyo emocional es sumamente necesaria. Antes de iniciarlos se debe (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, cap.4) valorar en qué medida se encuentra alterado el estado emocional en estas parejas y cómo han significado el duelo genético. También debería evaluarse el grado de decisión, verificar que exista acuerdo entre los miembros de la pareja, escuchar sus miedos y fantasías. En este contexto, el brindar información sobre epigenética¹, permite a los/as pacientes entender mejor los tratamientos y asimilar de otro modo la donación de gametos. Suele ser de utilidad saber que las condiciones ambientales en las que se ha gestado un niño desde el período embrionario serán determinantes a la hora de dar lugar a la expresión, o no, de algunos genes. Dar a conocer esta información implica un cambio cualitativo a la hora de contribuir al sentimiento de vínculo en la filiación (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012).

Otro aspecto donde estas parejas deben recibir asesoramiento psicológico es en lo relativo a la transmisión de sus orígenes al niño. Roca de Bes y Giménez Mollá, coord. (2012) enuncian dos posturas: en la primera se considera mejor conversarlo cuando los niños tienen entre 3 años y medio y hasta los 8 años, edad en la que empiezan a preguntar sobre cómo llegaron al mundo; la segunda cree más apropiado contárselo cerca de los 8 o 10 años, cuando el niño ya es capaz de mantener esta información en la privacidad del núcleo familiar, pudiendo “decidir con mayor capacidad si desea contarlo o no” (p. 111). Se considera que no es recomendable que el niño se entere en la adolescencia o posteriormente, pues suelen reaccionar negativamente ante la noticia, sintiendo que se les ha ocultado una verdad. Es importante que sean los padres quienes le revelen su origen. El acompañamiento psicológico debe favorecer a que aquellos tengan una idea sobre cuándo y cómo contárselo, para que llegado el momento apropiado estén preparados para transmitirlo. Una recomendación es que practiquen entre sí la conversación y en ningún caso se considera una opción mantener el secreto respecto de cómo fue concebido el niño, pues puede

¹ Término acuñado por C. Waddington en 1942 para describir la rama de la biología que estudia las interacciones causales entre los genes y sus productos que dan lugar al fenotipo. Emerge como disciplina en 2007 tras haberse descrito el genoma humano. Estudia cómo y cuándo se expresan los genes, y analiza los cambios reversibles en la molécula de ADN que hace que unos genes se expresen o no dependiendo de una serie de condiciones externas o factores ambientales (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, cap. 12).

ocasionar daño psicológico en él y tener repercusiones negativas, como distanciamiento en el vínculo con sus padres (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012, cap. 12).

Hoy en día, existe acuerdo entre los profesionales de la salud mental acerca de que la infertilidad suele tender a desencadenar una crisis evolutiva en la vida de las personas², produciendo efectos en el aspecto relacional, entre otros. Es frecuente que las personas con problemas de infertilidad comiencen a rechazar invitaciones con amigos que tienen hijos o se sientan violentas e irritadas delante de mujeres embarazadas, lo que incrementa su aislamiento y la pérdida de reforzadores externos. Asimismo, una de las áreas de relación personal que se ve intensamente modificada son las relaciones con la propia pareja. Cada sujeto puede responder de forma diferente a los aspectos emocionales de la infertilidad. Como resultado de estas diferencias, uno puede sentir resentimiento ya que el otro no está experimentando las mismas emociones y/o al mismo nivel. La dificultad para comunicarse puede aumentar durante un tratamiento para la infertilidad. Además, ésta suele producir la sensación subjetiva de pérdida de control sobre un aspecto tan íntimo como la reproducción, al requerir la intervención de un profesional especializado como el médico, que es acrecentada por el sentimiento de culpa y de fracaso personal. También la opinión de terceros no expertos conocedores del problema, sobre todo del entorno familiar más próximo, padres, suegros, hermanos, cuñados, etc., suele ser un factor de estrés y de angustia añadidos (Roca de Bes et al., 2012).

La OMS (citado en Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012) incluyó “la infertilidad dentro del grupo de las enfermedades crónicas” (p. 64). Considera que “las reacciones emocionales de las personas que la padecen han sido igualadas a las que suelen presentar los pacientes con cáncer” (p. 64). En lo que respecta a esta última patología, merece ser brevemente abordada, pues su tratamiento puede producir pérdida potencial de la capacidad reproductiva, principalmente cuando la enfermedad se desencadena durante la edad fértil de la persona. El sufrimiento subjetivo tiene un doble frente, por un lado el plantarse ante el diagnóstico de cáncer, y por otro afrontar la potencial pérdida de la posibilidad de reproducción, que suele verse acompañada de la dificultad de elaborar el duelo de ésta al no tener la empatía de familiares y amigos, por simular ser un mal menor en comparación a la enfermedad. Una opción en estos casos es la criopreservación, en la cual los pacientes requieren de asesoramiento interdisciplinario y apoyo psicológico especializado (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012).

² Al igual que ocurre con la concepción, el embarazo, el parto o el nacimiento de un nuevo hijo.

Por ende, a la hora de un acompañamiento psicológico, es importante detenerse a indagar variables de índole personales para no descuidar las singularidades, variables en relación con el tipo de infertilidad y, también, variables relacionadas a las TRAs (por ejemplo, el tiempo que lleva la pareja implicada en el proceso de diagnóstico y tratamiento), así como variables medidoras del entorno próximo y recursos psíquicos para hacer frente a la situación (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord., 2012).

Giberti et al., (2001) representan el rol del psicólogo en el área de las Técnicas de reproducción asistida en tanto científico, productor de teoría y creador de herramientas conceptuales novedosas que permiten hacer una lectura y abordaje de la infertilidad, desde la teoría psicoanalítica, aggiornada a los cambios sociales. Las autoras introducen el concepto de niño agámico para referirse al niño de probeta, aquel nacido a partir del uso de las TRAs.

El término agámico “se refiere a aquello que carece de diferencia sexual o es carente de órganos sexuales” (Giberti et al., 2001, p. 76). Las autoras expresan, a partir de este concepto, que en la concepción mediada por las TRAs, la unión de los gametos es impersonal, hay fragmentos de los sujetos, lo que habilita a pensar otro diseño para la fecundación entre humanos.

En base a esta nueva categoría de procreación, las autoras proponen que el profesional psicólogo debe investir un pensamiento nómada. Allí se encuentra lo novedoso de su propuesta, ya que consideran que la teoría existente, la clásica, debe actualizarse:

No contamos con las herramientas teóricas suficientes como para avanzar en el diálogo y el acompañamiento de aquéllos [pacientes] y, notoriamente, intentamos construirlas mediante los recursos con los que contamos a los que añadimos otros postulados teóricos. Tal vez sea preciso acentuar, antes de deliberar acerca de los contenidos de esos postulados, cuál será la actitud que nos posibilite seleccionar aquello aprendido que cabe reproducir para trabajar con estos consultantes, y cuáles serán los vacíos, las hiancias, los espacios, los desiertos que quizá debamos transitar para encontrar o construir las lecturas que nos permitan insertarnos como psicoanalistas en la realidad que las NTR [Nuevas Técnicas de Reproducción] nos proporcionan (Giberti et. al, 2001, p. 14).

De acuerdo con Giberti et. al. (2001), en la asunción del pensante nómada existe la “necesidad de incrementar la revisión de las teorías y la creación de otras formalizaciones

que complementen o resignifiquen las construcciones que hasta ahora regularon los contenidos de las corrientes psicoanalíticas y de las teorías de género” (p. 14). Es decir, que el profesional ha de asumir lo ya aprendido como un conocimiento a superar y al cual no debe aferrarse para seguir progresando científicamente, lo cual no implica que la producción teórica anterior sea destruida.

Cincunegui et. al. (2004) abordan la infertilidad sin causa aparente, o enigmática, como acordaron llamarla, uno de los diagnósticos más difíciles de afrontar para los pacientes, debido a la incertidumbre que implica al momento de explicar el por qué de la enfermedad. El tratamiento de la problemática lo hacen a partir de la pareja, entendiéndola como un cuerpo erógeno vincular. Consideran que es importante indagar los aspectos inconcientes de los sujetos padecientes pesquisando pactos inconcientes que pueden estar sosteniendo el síntoma de la infertilidad: contrato narcisista y pacto denegativo.

Estos autores entienden la infertilidad enigmática como aquella en que lo orgánico y la psiquis se entrecruzan proporcionando causas para la inhibición de la función reproductiva. Proponen 4 hipótesis para analizarla:

- 1- La infertilidad como efecto del vínculo
- 2- El lugar de lo traumático en la etiología
- 3- Peso de la transmisión inter y transgeneracional
- 4- Especificidad y sentido del síntoma (Cincunegui et. al., 2004).

El lugar que le otorgan al analista es el de abrir un espacio de interrogación, que posibilite pasar de la “demanda” al “deseo de hijo”, para que una vez esclarecido éste, la pareja pueda elegir el camino más favorable, ya sea que opte por alguna de las TRAs, por la adopción o creando una compensación sublimatoria. Estos autores, en coincidencia con Chatel (1993), consideran que las TRAs no son una forma de terapéutica sino una nueva forma de procreación (Cincunegui et. al., 2004).

Jadur y Wainstein (2015), por su parte, proporcionaron una guía informativa y orientativa para pacientes, principalmente, entendiendo que la información en la infertilidad es necesaria para enfrentar a conciencia el tratamiento y comprender mejor los sentimientos que les vayan emergiendo. Consideran crucial proporcionar información respecto de lo que es la enfermedad, los tratamientos existentes para hacerle frente, las posibles causas, las posibles consecuencias emocionales, tanto a nivel personal, como en relación con la pareja, siendo la deserotización del vínculo un riesgo frecuente, producto de que la relación sexual a menudo se torna meramente instrumental. También creen necesario hacer recomendaciones

respecto de cómo manejarse con el entorno social, que muchas veces ejerce presión exigiendo el advenimiento de la descendencia.

Las autoras (Jadur y Wainstein, 2015) hacen alusión a que es importante consultar a un profesional psicólogo, de modo que se puedan trabajar las reacciones de duelo, la angustia, evitando que el dolor se transforme en algo constante que obstaculice la cotidianidad, habilitando un espacio de confianza donde hablar con total libertad. Proponen la implementación de grupos de reflexión y de apoyo como un espacio que a menudo complementa la psicoterapia personal, facilitando el intercambio de información. En esta misma línea, cabe hacer mención de la guía de buenas prácticas, sobre el asesoramiento y la evaluación de donantes y receptores de gametos, que el Estado Australiano propuso. Propone dispositivos grupales para trabajar con estos pacientes, brindando información sobre el proceso junto a material escrito y audiovisual (Marquis, 2016, pg. 16-17).

Otra cuestión que compete al rol del psicólogo, está vinculado a la “construcción de un límite respecto del goce” (Alberdi, 2017). Los pacientes muchas veces se embarcan en el uso de las TRAs pensando que el único punto de corte es el logro del embarazo, sin considerar la posibilidad de desistir luego de varios intentos fallidos. Esta situación suele ocasionar que el deseo de hijo se transforme en pasión de hijo, es decir que el deseo de embarazo se vuelve desmedido, incrementándose el quantum pulsional (Alkolombre, 2008). Se busca el logro del embarazo a cualquier precio, pudiéndose interpretar un posicionamiento principalmente narcisista.

Este recorrido bibliográfico arroja luz respecto de la importancia del acompañamiento psicológico en el paso por el uso de las TRAs, desde el momento del diagnóstico. Es necesario que el profesional cuente, a su vez, con conocimientos técnicos para poder desempeñar mejor su tarea, siempre atendiendo a la singularidad de los casos. La infertilidad no atañe sólo a lo orgánico, por lo que el mejor abordaje que puede recibir ha de ser el interdisciplinario.

2.3 DIMENSIÓN JURÍDICA.

Las TRAs, además de lo biológico y lo psicológico, involucran aspectos legales. La ciencia ha posibilitado una doble escisión, en primera instancia permitió gozar de la sexualidad independientemente de la procreación gracias a los métodos anticonceptivos, y en segundo lugar ha logrado que haya reproducción sin sexualidad. Estos cambios han ocasionado un impacto notorio en la sociedad, posibilitando pensar nuevos modos de

conformación de la familia, de la filiación, de los vínculos que unen a padres/madres e hijos, de los derechos de la mujer, del hombre y del niño³ y del debido respeto a la persona. Es el Derecho quien debe velar por los derechos en todas estas instancias, poniendo límites y reglando las modalidades en que las tecnologías se practican (Lachwicz, 1996) [citado por Iturburu, Salituri Amezcua y Vázquez Acatto, 2017].

2.3.1 Marco regulatorio nacional

Ante el progresivo avance del uso de las técnicas de reproducción asistida que aconteció en la Argentina en los últimos años, el Estado se vio en la necesidad de dar respuesta y en el año 2013 promulgó la Ley N° 26.862 sobre el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida y su decreto reglamentario 956/2013. En su artículo 7° se prescribe que es un derecho humano el “acceder a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida” en “toda persona mayor de edad que (...) haya explicitado su consentimiento informado”, en concordancia con la Ley N° 26529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. “El consentimiento es revocable hasta antes de producirse la implantación del embrión en la mujer” (Ley N° 26862, 2013).

El acceso amplio a las técnicas implica que pueden hacer uso de ellas las parejas de igual o distinto sexo, sean éstas casadas o que se encuentren unidas en convivencia de hecho, y también para hombres o mujeres que no conforman pareja, tengan o no problemas de fertilidad. Se les reconoce a todas ellas los procedimientos de inseminación o fecundación homóloga y/o heteróloga mediante el empleo de técnicas de baja o alta complejidad. La ley está acompañada de un decreto que se encarga de reglamentar de qué forma una persona podrá acceder a los tratamientos. Establece que se puede acceder a un “máximo de 4 tratamientos por año con técnicas de baja complejidad, y hasta 3 tratamientos de alta complejidad”. Pero, “se exige como principio general que el beneficiario comience con técnicas de baja complejidad como requisito previo para poder, ante el fracaso en la consecución del embarazo”, recurrir a “las técnicas de alta complejidad”. Se solicita que se realicen mínimo 3 intentos con los primeros para acceder a las técnicas más complejas, con la excepción de los casos donde haya causas médicas debidamente documentadas que

³ El niño, como ser autónomo e independiente, tiene derechos, tales como el de identidad y el de ser reconocido como individuo indistintamente de cómo haya nacido.

justifiquen la utilización directa de estas últimas. Se considera como recomendable que entre cada tratamiento haya un intervalo mínimo de 3 meses (Ley N° 26862, 2013).

En referencia a la donación de gametos o embriones, se establece que éstos deberán provenir exclusivamente de los bancos de gametos o embriones debidamente inscriptos. Si la donación se ha efectuado en un establecimiento diferente al de realización del tratamiento, el titular del derecho deberá presentar una declaración jurada original del establecimiento receptor del gameto o embrión en la cual conste el consentimiento debidamente prestado por el donante (Iturburu et al., 2017).

En su Art. 8 se expresa la obligatoriedad de las distintas entidades de salud en brindar una “...cobertura integral e interdisciplinaria del abordaje, el diagnóstico, los medicamentos y las terapias de apoyo y los procedimientos y las técnicas que la [OMS] define como de reproducción medicamente asistida”. Se incluye también, “los servicios de guarda de gametos o tejidos reproductivos”, contemplando aquellas personas, “menores de dieciocho (18) años, que aun no queriendo llevar adelante la inmediata consecución de un embarazo, por problemas de salud o por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas, puedan ver comprometidas su capacidad de procrear en el futuro” (Iturburu, 2015, p. 149-150).

Pero, ¿qué se entiende por concepción en este marco legislativo? En concordancia con la Corte Interamericana de Derechos Humanos que estableció la diferenciación entre dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación, el Tribunal Regional de Derechos Humanos observó que sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción⁴. Si un embrión nunca lograra implantarse en el útero, no podría desarrollarse pues no recibiría los nutrientes necesarios, ni estaría en el ambiente natural adecuado para su desarrollo, que hasta la fecha, no puede recrearse de manera artificial (Rodríguez Iturburu, 2015).

⁴ La CIDH ratificó que el acceso a la reproducción humana asistida debe estar garantizado legalmente a partir del fallo del “CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) C/COSTA RICA” (28/11/2012), donde responsabiliza al país centroamericano por trasgredir derechos reglados en la Convención Americana. En el fallo se certifica, entre otros puntos, que la vida humana comienza con la concepción, lo que es equiparable a la implantación. Consecuentemente el embrión no implantado no cuenta con la protección del carácter de persona. En idéntica línea versa el Art.19 del nuevo Código Civil y Comercial de la República Argentina. También, se afirmó que la decisión de tener hijos biológicos a través del acceso a TRAS forma parte del ámbito de los derechos a la integridad personal, libertad personal y a la vida privada y familiar (CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) C/COSTA RICA, 2012).

Si bien en la presente tesis se aborda específicamente el problema de la infertilidad y lo relativo a ella, no se puede dejar de mencionar que la Ley N° 26.862 se extiende también a aquellas personas que no la padecen. Esto trae aparejado la legitimación de nuevos modos de maternidad, paternidad y de conformación de la familia que hasta hace muy poco se regían por el paradigma heteronormativo, habilitándose ahora a hablar de familias, es decir, ya no en singular sino en plural.

La Ley del acceso integral a las TRAs está inmersa en un contexto normativo coadyuvante que en conjunto reformó la sociedad argentina. La sanción de la Ley N° 25.673 sobre la Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral (2006), la Ley N° 26.618 del Matrimonio Igualitario (2010) y la Ley N° 26.743 de Identidad de género (2012) junto a la ley antes desarrollada posibilitaron en 2015 la reforma del nuevo Código Civil y Comercial (CCyC) reconociera los nuevos modos de ser familia, incorporando una tercera fuente filial.

Tradicionalmente se reconocían dos fuentes filiatorias: el lazo biológico y la adopción, pero con la actual reforma en el art. 558 del CCyC se dispone que:

“La filiación puede tener lugar por naturaleza, mediante técnicas de reproducción humana asistida o por adopción. La filiación por adopción plena, por naturaleza o por técnicas de reproducción humana asistida matrimonial y extramatrimonial, surten los mismos efectos, conforme a las disposiciones de este Código. Ninguna persona puede tener más de dos vínculos filiales, cualquiera sea la naturaleza de la filiación” (Código Civil y Comercial, 2015).

Esta incorporación se debe a que la filiación producto de las TRAs reviste particularidades, características y reglas propias, que exigen su regulación en forma autónoma. Haciendo una breve diferenciación de las fuentes filiatorias es posible decir que en la filiación biológica, predomina el elemento biológico-genético, mientras que en la que es por adopción lo hace el elemento volitivo, es decir, la voluntad. Por lo tanto, “si antes se distinguía entre biológico y voluntario, hoy se presentan tres criterios perfectamente diferenciados: lo genético, lo biológico y lo voluntario” (Lamm, 2012, p. 81).

Siguiendo a Lamm (2012), las TRAs heterólogas “permiten que el aporte sea puramente genético, cuando se trata de filiación derivada de las TRA[s] el aporte en general deja de ser biológico (como sucedía en la procreación natural), para comenzar a ser puramente genético” (p. 81). Por lo tanto, mientras que “en la filiación por naturaleza el

conflicto es entre lo biológico y lo volitivo, en la filiación derivada de las TRAs [heterólogas] el conflicto es entre lo genético y lo volitivo” (p. 81). Este último “adquiere importancia superlativa”, cuando se trata de reproducción asistida, “de modo que cuando en una misma persona no coinciden el elemento genético, el biológico y el volitivo, se debe dar preponderancia al último. Prevalece la paternidad consentida y querida, por sobre la genética”(p. 81). Este consentimiento en el caso de la adopción es distinto, pues se presta posteriormente al nacimiento, mientras que en el caso de las TRAs debe estar con carácter previo al nacimiento (Rodríguez Iturburu, 2015). Es en torno a este escenario que se comenzó a hablar de “parentalidad voluntaria” o de “voluntad procreacional” (Código Civil y Comercial, 2015), donde adquiere prevalencia el elemento volitivo a través de su exteriorización en el instrumento de consentimiento informado, el art. 562 de Código Civil y Comercial expresa:

“Voluntad procreacional. Los hijos nacidos de una mujer por las técnicas de reproducción humana asistida son también hijos del hombre o de la mujer que ha prestado su consentimiento previo, informado, libre en los términos del artículo anterior, debidamente inscripto en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, con independencia de quien haya aportado sus gametos”(Krasnow, 2017, ‘Notas’).

Con la finalidad de contribuir a la implementación de la Ley de acceso integral a las TRAs se redactó una guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la salud (2015) y otra para la atención de la salud integral de personas trans (2015).

2.4 INTERDISCIPLINA

Siguiendo a Stolkner (1999), la interdisciplina, en un nivel epistemológico, cuestiona el abordaje fragmentado de los fenómenos. En cuanto a lo metodológico, “la simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina” (párr. 4), eso encajaría preferentemente en el trabajo multidisciplinar, por el contrario el abordaje interdisciplinario implica la construcción conceptual común del problema, y para que un equipo asistencial pueda funcionar de ese modo “requiere la inclusión programada, [en sus] actividades, de los dispositivos necesarios. El tiempo dedicado a estos- sean reuniones de discusión de casos, ateneos compartidos, reuniones de elaboración historia clínica única, etc.- debe ser reconocido como parte del tiempo de trabajo” (párr. 4).

En la práctica, no alcanza con que un paciente recorra las diferentes especialidades, es necesario que también los profesionales reconozcan e incorporen los aportes de las demás profesiones y disciplinas que permiten abordar el problema. Este modo de intervención implicaría un trabajo dialéctico, por un lado la labor con el paciente, y por otro lado con los demás profesionales, lo que permitiría volver al paciente no ya de la misma manera, sino con acciones resultantes del trabajo conjunto.

Aludiendo a la problemática de la infertilidad, Roca de Bes y Giménez Mollá, coord. (2012) dicen que el impacto emocional de la enfermedad en el ciclo vital de las personas que se enfrentan a ella no se circunscribe sólo a la esfera privada de los usuarios, sino que afecta a otros niveles de índole familiar, social y cultural. Por lo tanto, reducir la infertilidad sólo a aspectos médicos o biológicos y no cuidar sus implicaciones emocionales, llevaría a una situación tan peligrosa de desatención, que incluso algunos autores han llegado a hablar de negligencia (Roca de Bes y Giménez Mollá, coord. 2012). De lo que se desprende que será perentorio que participen varios profesionales asistiendo a los pacientes y que a su vez tengan comunicación entre ellos.

Todo el recorrido teórico hecho anteriormente da cuenta de la multiplicidad de enfoques que se requieren para el acompañamiento éticamente correcto de una persona con infertilidad. Da cuenta de eso la Ley N° 26.862, que se prescribe la cobertura integral e interdisciplinaria.

3. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La presente investigación propone un estudio de carácter exploratorio, por lo que no se postulan hipótesis. Se realizará un abordaje cualitativo. Los objetivos planteados son:

Objetivo general

Detectar el rol otorgado al profesional psicólogo por parte de ginecólogos, obstetras y psicólogos, en el acompañamiento de las parejas infértiles que utilizan las técnicas de reproducción asistida en los centros que tienen sede en la ciudad de Mar del Plata y las zonas de influencia.

Objetivos particulares

A partir de entrevistas a ginecólogos, obstetras y psicólogos que trabajan con pacientes que atraviesan por las técnicas de reproducción asistida, se propuso:

- 1) Analizar el rol del psicólogo en la conformación de un equipo interdisciplinario que brinda servicios en reproducción asistida.
- 2) Observar si existe demanda por parte de las personas/parejas que atraviesan un tratamiento por infertilidad en relación al acompañamiento psicológico.
- 3) Analizar si existe relación entre la demanda de las personas/parejas que atraviesan un tratamiento por infertilidad en relación al psicólogo y el lugar de éste en el equipo interdisciplinario.

Caracterización de la muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 13 profesionales:

- 7 médicos ginecólogos/obstetras, y
- 6 psicólogas de la ciudad de Mar del Plata.

Aquellos fueron seleccionados de acuerdo al criterio de que recibieran y/o hayan recibido consultas relacionadas con la problemática de infertilidad y/o con el uso de las técnicas de reproducción asistida, independientemente de que trabajaran en relación con centros de medicina reproductiva o en consultorio privado.

La participación en el estudio fue voluntaria y bajo consentimiento informado, otorgado en forma verbal.

Se recurrió al concepto de saturación para establecer un corte en el muestreo, es decir que la información obtenida en las entrevistas comenzó a ser similar y repetitiva (Álvarez-Gayou, 2003).

Se presentó como dificultad en el relevamiento de la muestra el no hallar fácilmente profesionales psicólogos que trabajaran con la problemática y que estuvieran dispuestos a colaborar con la investigación. Asimismo, la gran mayoría de ellos no estaban formados en el tema.

Otro punto importante a mencionar es que el objetivo general que se planteó implicaba acudir a los centros de reproducción asistida de Mar del Plata y de las zonas de influencia, pero cuando se intentó realizar una aproximación a ellos surgió el limitante de que se encontraron pocos centros de medicina reproductiva. En cambio sí se encontraron profesionales de la salud que abordaban la infertilidad por fuera de los centros médicos.

Procedimiento y recolección de datos

El relevamiento de datos se realizó primeramente identificando a profesionales que trabajan con casos de infertilidad. Luego, se los contactó tanto en forma directa como telefónicamente, donde se coordinaron día, horario y lugar para la realización de las entrevistas.

Se administró el instrumento de modo verbal e individual, en un encuentro único, que fue registrado mediante grabación, previa solicitud de consentimiento informado, donde se enmarcó la investigación dentro de los requisitos curriculares de la licenciatura en psicología. Asimismo, se mencionó que los datos revelados durante la entrevista permanecerían bajo el resguardo de la confidencialidad y que se preservaría el anonimato del informante.

Las entrevistas desgrabadas permanecerán archivadas por quien suscribe, quedando a disposición de quien las solicite a consecuencia de inquietudes referidas a la investigación.

Métodos y técnicas de recolección

Entrevistas semi-estructuradas. Se utilizaron dos modelos de entrevistas creadas ad hoc, una destinada a los ginecólogos y obstetras, y otra para los psicólogos.

Instrumento

Los ejes examinados fueron pensados en torno a los objetivos de la presente investigación.

Si bien se preestablecieron preguntas, el tipo de entrevista permitió que la misma transcurriera en modo flexible, pudiendo establecer un diálogo fluido con los profesionales, y posibilitando así que emergieran aspectos de la problemática que no habían sido contemplados a priori.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron analizados de manera cualitativa, considerando este tipo de abordaje el más pertinente pues el objetivo final de esta investigación consiste en comprender al fenómeno social en su complejidad. No se hace énfasis en medir variables involucradas en la infertilidad ni del proceso de tratamiento con medicina reproductiva como es propio en los análisis cuantitativos.

Merece aclararse que “el proceso de investigación cualitativa no es lineal, sino iterativo o recurrente, las supuestas etapas en realidad son acciones para adentrarnos más en el problema de investigación y la tarea de recolectar y analizar datos es permanente” (Hernández Sampieri, Collado, Lucio y Pérez, 1998-2006, p. 8).

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas:

- **TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.** Se alude al modo en que los profesionales conceptualizan la interdisciplina como forma de trabajo.

1. Explicitan que trabajan en interdisciplina.

“Pertenezco al centro especializado XX (...). Tenemos gabinete psicológico” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n°10).

“Soy uno de los fundadores de XX. Brindamos atención médica (...), tenemos laboratorio de análisis clínicos (...) y la Licenciada [en Psicología]” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12)

“Trabajo en equipo con instituciones que tienen aval científico. Los equipos que forman a la vez los biólogos, los médicos, los psicólogos son equipos que tienen que a la vez conocerse y nosotros tenemos esa posibilidad de haber armado un equipo de trabajo (...) El psicólogo para nosotros es un gran apoyo. (...) Es importante mantener un diálogo con el psicólogo que se va a trabajar” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“Pertenezco al instituto XX [que cuenta con profesionales de diferentes disciplinas]. También trabajamos interdisciplinariamente cuando son pacientes que vienen consumiendo psicotrópicos (...) porque muchos de los medicamentos psicotrópicos son incompatibles con el uso de las hormonas” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Trabajo en el instituto XX (...) Tenemos espacios donde nos juntamos a hablar con los médicos, no son muy frecuentes pero sí... entre ellos hay un día específico que se reúnen los médicos, y de equipo no son tan frecuentes pero hay, cada dos o tres meses más o menos, es difícil. (...) Nos comunicamos vía historia clínica con los médicos y marcamos si está o no apta la pareja para ir al tratamiento.”. (Mujer, psicóloga, entrevista n° 2).

2. Explicitan que no trabajan en interdisciplina.

“Trabajamos con XX que es el instituto que hacen fertilidad (...) ellos tendrán su equipo de trabajo con respecto al tipo de atención psicológica. Si nosotros encontramos alguna causa [de infertilidad] tratamos de solucionar esa causa y pedimos interconsulta con un médico que haga infertilidad específicamente” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“[Respecto del abordaje interdisciplinario de los pacientes] La verdad es que estoy muy solo. Tengo un par de nutricionista a las que les derivo pacientes, también dos psicólogas que recomiendo a mis pacientes si no tienen, otro ginecólogo cirujano y un urólogo, particularmente uno de Bs As porque en caso de las biopsias testiculares si recupera espermatozoides hay que congelarlos y ahí tiene la tecnología, un endocrinólogo. Pero no es un trabajo interdisciplinario. Cuando fundé Y era mi idea...” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

“[Respecto de si trabaja en relación con alguien o una institución] No, no trabajo. Acá hay institutos (...). Laburo con X ONG coordinando que se llaman los grupos de reflexión, que son para personas y parejas con infertilidad. [En el consultorio privado] me derivó una nutricionista” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“No [trabajo] en relación institucional. Lo que recibo son pacientes que tienen la problemática. A veces derivados por ginecólogos o que vienen en forma espontánea” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

• INTEGRACIÓN DEL PSICOLOGO A LA LABOR MÉDICA EN EL ABORDAJE DE PACIENTES CON INFERTILIDAD QUE CONSULTAN. Señala el lugar que se le otorga a la intervención del psicólogo desde el discurso médico en el abordaje de pacientes con infertilidad.

1. *Derivan pacientes al psicólogo.* Se refiere a que la interconsulta es un requisito necesario para continuar el proceso con las TRAs.

“Estoy convencido de que debería ser obligatoria la consulta con el psicólogo, siempre. Como un psicodiagnóstico. (...) Los casos que van con donación de gametos van a tratamiento psicológico obligatoriamente, por protocolo; y los otros no, lo decidimos nosotros de acuerdo al manejo clínico, si vemos que esa pareja no tiene claro lo que está buscando” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

“Nosotros tenemos un gabinete psicológico en el cual tratamos que todos los pacientes, es decir la pareja, tenga mínimamente una o dos consultas (...) buscamos que la

pareja esté emocionalmente estable, lo mejor posible para afrontar el tratamiento (...). Sí es obligatorio que tenga consulta con el gabinete y que el gabinete nos autorice a realizar la técnica en toda aquella pareja que es receptora de un óvulo (...). No se hace ningún procedimiento con donación de gametas si no hay entrevista y si no hay autorización del gabinete para la práctica” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 10).

2. *Sugieren a los pacientes que consulten al psicólogo.* Alude a que se recomienda al paciente que consulte al profesional, pero no es una condición para continuar el tratamiento.

“Yo lo que hago es tratar de inducir a que el paciente se dé cuenta que necesita del psicólogo, no que yo le diga ‘Andá al psicólogo’, eso no sirve, lo ideal es que el paciente te pregunte ‘¿A Ud. le parece Dr., yo tendría que pedir una consulta no? ¿Hacer terapia?’”(Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“[Respecto de la derivación al psicólogo] salvo que me pidan o que yo intuya en la consulta que hay alguna causa [que no es orgánica], no. De las que hacen fertilidad, no las derivo como norma. A veces digo, en chiste, pero se los digo [que vayan al psicólogo]” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

• **EMOCIONES Y CONFLICTOS EMERGENTES EN LOS CONSULTANTES QUE AFRONTAN EL DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD Y LAS TRAS.** Hace referencia a dimensiones que los profesionales observan que se ven afectadas en estos pacientes. Subyacente se encuentra la premisa de que la dificultad en el logro del embarazo y el atravesamiento de las TRAs producen efectos subjetivos en los pacientes, en concordancia con lo enunciado en el marco teórico.

1. *Dimensión subjetiva.*

“Se produce un circuito de estrés-ansiedad-depresión. Aparece mucha angustia, impotencia, bronca, frustración, culpa, falta de control, esto está muy acentuado porque tiene que ver con algo del cuerpo que no pueden controlar. (...) Se produce un duelo de cómo vos esperabas tener un hijo, cómo soñabas formar un familia, quedar embarazada (...). Están muy molestos. Hay mucha queja por los centros [de fertilidad]” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“Aparecen cuadros de ansiedad, que alteran los resultados de los tratamientos (...). Se trabaja con la mujer si aparece algún cuadro [psicopatológico] que interfiera con el tratamiento.” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Frustración, desilusión fuerte, desánimos, duelos, miedos a repetir abortos/pérdidas, bronca, nerviosismo, alteración emocional (...) Si un embarazo no se logra, obvio que un impacto va a tener y si se logra también, porque aparece toda la obsesión, la persecución de si voy a perder este embarazo, si va a nacer bien, si va a nacer en término, y todos los miedos, esto les pasa a todas, independientemente del tratamiento que vengan haciendo” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1).

“Angustia, enojo, impotencia, bronca, desesperanza, desgaste, agotamiento, frustración (...), la mujer engorda por el tratamiento a veces” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 2).

“Aparece ansiedad. No se sabe si es por no lograr el embarazo o por el procedimiento” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 10).

“[Las mujeres] se quieren morir cuando menstrúan luego de haber hecho un tratamiento por infertilidad (...), recibimos mujeres en la guardia que va solamente para llorar al ver que el tratamiento no resultó y menstruaron” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“Aparece preocupación precipitada tras el inicio reciente de la búsqueda del embarazo” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 8).

“Presencia culpa” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

“Incertidumbre de no saber cuáles son los pasos a seguir” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

“[Aparece] Miedo y ansiedad. (...) He encontrado hombres que le tienen fobia a la paternidad inconcientemente, que les da mucho miedo asumir la responsabilidad, que están celosos de que aparezca un hijo que le robe el amor de la mujer, o mujeres que se involucran tanto en esa cruzada maternal que se olvidan que son mujeres y de su marido, lo que te estoy mencionando es lo más común” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

2. *Dimensión de la pareja.*

“Aparece la culpa (...) porque la pareja está bien físicamente y el otro no (...). Hay muchos aspectos de la sexualidad en la pareja, deben buscar el placer, que no sólo sea para tener hijos.” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“Es común en parejas con diagnóstico ESCA que quizás haya algún trasfondo emocional demasiado intenso o histórico de la pareja o de alguno de los dos miembros de la pareja que hace que este siendo un obstáculo en esto de lograr el embarazo. (...) [Durante el proceso de los tratamientos] aparecen ciertos problemas, esto hace que haya como un cierto deterioro en el vínculo, es muy común ver parejas que casi a punto de hacer un tratamiento se separan. (...) Lo que el marido siempre manifiesta es que no quiere recargarla de lo que a él le pasa entonces tiene un doble trabajo que es contener a su esposa y a la vez procesar su angustia” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Estos procesos son dolorosos, (...) afectan a la sexualidad de la pareja. La pareja parece estar en duelo permanente” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 3).

“Puede ser que haya más responsabilidad de uno o de otro pero es algo relativo, es la pareja la que no puede lograrlo, entonces empiezan a pelearse, se pasan reproches, especialmente en el tema de las fechas para tener relaciones y se empiezan a sentir mal. La mujer es la que pone el cuerpo, a veces el otro la entiende y la acompaña y otras veces se molesta de verla mal. Se genera malestar/enojo entre ellos” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1).

“Los tiempos [de los tratamientos] son largos, de muchos meses y eso va erosionando la parte emocional de la pareja y después a la pareja como tal” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 10).

“La ansiedad tiende a ser absorbida por el vínculo de pareja” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“A veces el hombre no se hace cargo y recae el problema sobre la mujer” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 7).

“A veces por detrás de la consulta explícita de fertilidad hay situaciones de pareja, referidas a las relaciones sexuales” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“Se tienen que enamorar más que nunca, a pesar de que algunas veces le van a pedir esperma al varón o que le van a pinchar los ovarios a la mujer. Eso influye, cuando la pareja tiene un buen vínculo a pesar de los tratamientos. Hay que estimular mucho la posibilidad de que su intimidad no se altere dentro de lo posible, eso hace que si hay un fracaso, no sea tanto el fracaso. Cuando ambos funcionan en su diálogo, tanto sexual como el diálogo cotidiano, tienen más posibilidad de éxito” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“Pérdida del deseo sexual, la pareja se siente invadida en su intimidad por el médico y pasa a ser el objetivo del coito la fecundación y no el placer. (...) La principal demanda es recuperar el deseo, que a veces aparece, en el rastreo que uno hace de la historia de la pareja, este hecho puntual [el uso de las TRAs] como un ítem que el paciente no lo relaciona con la pérdida del deseo” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13)

3. *Dimensión social.*

“Una vez que arrancan en el ruedo hacen contacto con otras parejas. Una de las cosas que más preocupan es lo social, el entorno, las preguntas, cómo manejarlo” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“Mucha bronca hacia el entorno. Bronca con aquellos allegados que logran el embarazo” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1).

“Hay papás que quizás tienen otro recorrido o quizás tienen personas que han realizado la técnica, entonces ya vienen con todo esto mucho más elaborado y vienen pensando más en lo que va a venir” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 2).

“El no poder ser madre con un deseo muy profundo produce mucha tristeza porque en general sus amigas ya quedan embarazadas” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“Se sienten mal porque dicen que no pueden ir a un cumpleaños donde hay niños y se sienten muy juzgados porque no son seres egoístas. Es algo que pasa en general, ver a una embarazada y que les cause mucha angustia. Empiezan a ver embarazadas por todos lados” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4)

“Menciona que entre pacientes con problemas para lograr el embarazo se pasan nombres de médicos para hacerse ver” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 7).

“El entorno social juega siempre... si mi hermana o mi amiga quedó y yo no” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 8).

“La mayoría de la gente, no comparte esto con su círculo íntimo, salvo algunas excepciones. Entiendo que debe ser porque no les gusta estar diciéndolo. A veces dicen que eso es un problema íntimo que no tienen porque andar contándolo, otros para evitar presiones. Yo a veces les aconsejo ‘los que buscamos el embarazo somos nosotros tres’” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

“Una pareja que no puede tener bebés depende mucho de si sus amigos tienen bebés a cada rato o si ha sido fértil su mamá o su papá, todo eso influye mucho. Siempre trato de averiguar cómo es el entorno en donde se manejan, porque si las personas han tenido algunos casos en sus entornos es más fácil si les ha ido bien, más difícil si les ha ido mal (...). A su vez las amistades entre mujeres a veces ayudan mucho” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“Las pacientes se juntan solas, van a hacerse la ecografía y se encuentran y se vinculan, se pasan números de teléfono” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

“Las parejas que tienen esta problemática tratan de no compartir demasiado lo que les pasa con su familia, con sus amigos, es como que hacen un gran silencio alrededor del tema de por qué no hay un embarazo, van medio como a escondidas al centro, también vienen acá medio como a escondidas, porque les da vergüenza” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

- CONCURRENCIA DE LOS PACIENTES AL PSICÓLOGO DE ACUERDO AL DISCURSO MÉDICO.

1. *Asisten al psicólogo.*

“Muchas veces las pacientes ya vienen con su terapia propia, si uno hace una derivación, uno trata de hacerla en función del tratamiento que quiere hacer” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 8).

“La mitad de los pacientes reciben tratamiento psicológico, es esos el 80% vienen ya con tratamiento y solo el 20% arrancan a partir de la sugerencia” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

“Están los que están en tratamiento psicológico por cosas de la vida y que están encaminados para cualquier lado y entonces también ahí entrar a sugerir que el psicólogo no le está ayudando a resolver sus problemas es muy delicado porque hay veces que la transferencia con el psicólogo puede llegar a ser muy profunda (...) El porcentaje está vinculado con la cultura del paciente, es decir a mayor cultura hay mayor concurrencia al psicólogo” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“Los casos que van con donación de gametos van a tratamiento psicológico [con la psicóloga especializada en infertilidad del centro] obligatoriamente, por protocolo (...) Tenemos problemas, uno es que vayan al psicólogo, la gran mayoría te dice ‘yo ya estuve

haciendo terapia' o 'vengo a tener un hijo, no a analizarme'. (...) [Otro] problema [que tenemos] es que el que le esté haciendo terapia sepa lo que está haciendo. Y como esto es una especialidad, la psicología en reproducción no tiene mucho que ver con la psicología clásica” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

2. *No asisten al psicólogo*

“Estoy teniendo cada vez más pacientes que utilizan terapias alternativas del tipo de la biodecodificación, la medicina germánica, la ayurveda” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

“Deberían ir a la consulta psicológica y les explicamos por qué, hay parejas que dicen, por ahora doctor no vamos a ir (...). Las parejas que son aconsejadas para entrevista psicológica y no desean hacerlo, las respuestas son variadas, pero sobre todo es porque se dice ‘yo no estoy loco’” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n°10)

“A mayor modestia en la cultura del paciente, donde el principal conflicto es tener un hijo y no hay muchos más cuestionamientos, la terapia psicológica no está muy encuadrada en sus necesidades. Porque el paciente lo que quiere es tener un hijo” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

• **MOMENTO EN QUE ACUDEN LOS PACIENTES A CONSULTAR AL PSICÓLOGO.** Se alude a los distintos momentos presentes en los tratamientos con TRAs en que es solicitada la intervención psicológica con los pacientes.

1. *Ante la imposibilidad de lograr el embarazo por vía natural.*

“Llegan antes, con la problemática de que no logran el embarazo, que están mal porque ‘hace años que estamos juntos y yo no quedo embarazada, y no hicimos consultas, todavía no, porque él no quiere’” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1)

2. *Ante el diagnóstico de infertilidad.*

“A veces [consultan] antes, cuando reciben el resultado” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5)

3. *Previo a iniciar el tratamiento.*

“Otro rol que es el de evaluar las parejas que van a ser receptoras que van a hacer el tratamiento con óvulos o espermatozoides donados. Hacemos un seguimiento y consultas informativas (...). Vienen sí o sí antes de hacer un tratamiento a la evaluación psicológica, para despejar todo tipo de dudas” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Van al psicólogo del instituto XX porque es un requisito, obligatorio” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“He tenido casos donde consultan antes [de iniciar el tratamiento] y recuperan el deseo y después se produce el embarazo” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

“en [los] tratamiento de fertilización, (...) lógicamente él al no poder eyacular no podía... Les habían planteado una inseminación in vitro” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13)

4. *Debido a los reiterados fracasos de los tratamientos con TRAs.*

“Muchas llegan durante el tratamiento, porque les resulta difícil, porque pelean, porque se reprochan cosas, porque es muy frustrante y entonces hay mucho malestar (...). Vienen durante el proceso, cuando este es medio fallido, agobiados porque no ha dado resultados. Las mujeres por ahí se quejan porque engordan con el tratamiento hormonal, porque se ven mal, todo lo que es modificación hormonal genera más nerviosismo, más alteración emocional y esto repercute en la pareja.” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1).

“Están bajo muchas cuestiones que rodean a los tratamientos que hacen que dejen al psicólogo para lo último. Por ahí no van al psicólogo mientras están haciendo los tratamientos. Suelen ir después cuando no logran los resultados” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

5. *Posterior al éxito del tratamiento por infertilidad.*

“Se acercan por cuestiones de la maternidad. [Para] recuperar la relación con el marido, cuestiones de la sexualidad, de la intimidad, del espacio propio” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Generalmente, [vienen] después porque la motivación de la pareja está tan centrada en la reproducción, que no tienen demasiado interés por otros temas. (...) Me acuerdo un caso, una pareja, con mellizos de 8 años, y desde que nacieron los chicos el sexo era casi inexistente en la pareja, entonces vinieron juntos” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

• **ASPECTOS PROBLEMÁTICOS EN EL ENCUENTRO ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE.** Se refiere a que en la relación médico-paciente emergen conflictos que afectan tanto al médico como a los pacientes.

1. *Manejo en la transmisión de la información al paciente.*

“En muchas ocasiones vienen parejas derivadas por médicos ginecólogos, o no ginecólogos, locales o de la región. Donde el médico por ahí no nos manda a la pareja con diagnóstico pero en su perfil diagnóstico entiende que esa pareja no es para él, que le escapa

a la ginecología básica. Le pidió un análisis de sangre y por ahí entiende que esos resultados podrían estar relacionados a futuro con un problema reproductivo entonces muchas veces la mandan así ‘Andá a ver un especialista y que él te explique’ a veces hasta recibimos pacientes con diagnósticos de menopausia temprana. Como es un diagnóstico muy duro si es una mujer que no tiene su vida reproductiva resuelta, me la manda a mí, especialista, para que la mala noticia se la dé yo. Creo que no lo hacen con maldad. (...) En la carrera de medicina no nos preparan para interactuar con el paciente, y es clave. (...) Debería ser obligatoria la consulta con el psicólogo, siempre. Como un psicodiagnóstico. Que por lo menos el psicólogo me diga con esta gente dale para adelante, cero problema. Con aquella olvidate, tienen que hacer terapia y con estos ojo, fijate acá, acá y acá y tratá de tratarlos y sino mándamelos a una entrevista. (...) Los tratamientos son agotadores, nosotros les explicamos a la gente, tenemos varias consultas, les damos las cosas por escrito y siempre vienen con alguna pregunta que no podés creer con lo que vienen. Por ejemplo preguntan ‘quiero que me expliques bien lo de ovodonación’ y yo le digo ‘lo hablamos ya la vez pasada’, ‘¿está bien, pero cómo es, porque la donante, el óvulo...?’ entonces les digo, no es muy complicado ‘una persona que vos no conocés te da un óvulo para que vos puedas tener un hijo, vos no la vas a conocer a ella, ella no te va a conocer a vos y van a firmar un acuerdo en el que nadie se va a reclamar entre partes, ¿qué querés que haga una película sobre eso?’ más que eso no le podés explicar” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

“Transmitir los resultados, los positivos son fáciles pero los negativos... en general los dejo estar un ratito solos. Les hago los estudios, los dejo que lo retiren y después me vienen a ver pero ya vieron los resultados... Los de alta complejidad se hacen test de embarazo en la casa, entonces les pido que se lo hagan y me manden un mensajito y después yo las llamo. A mí me cuesta un montón, hay veces que me angustio, muchas veces me comprometo tanto que hasta es difícil manejarlo, por eso el teléfono me viene al pelo. (...) [El diagnóstico de ESCA] es difícil para mí transmitirles ‘bueno... hasta acá llega el conocimiento científico, capaz dentro de 10 años descubrimos la causa pero hoy agotamos todas las instancias’. (...) Yo creo que la mujer que no quiere quedar embarazada no se embaraza, una cosa es lo que dice de la boca para afuera pero inconscientemente no se qué es lo que le pasa. No estaría mal poder meterme en el inconciente y ver si quiere realmente quedar embarazada o no. Cuando empiezo a inmiscuirme me encuentro con que por ahí era adoptada y no lo sabe nada. Otra tenía miedo porque a su madre cuando estaba embarazada de su hermana le habían dicho que iba a nacer deforme. No había llegado a ningún

diagnóstico con ella, pero creo que de hablar lo que le daba miedo fue que logro embarazarse naturalmente” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9).

2. *Satisfacción del paciente acerca del proceder profesional.*

“Muchos no se sienten cómodos con los psicólogos de la institución, por cuestiones de que los pacientes se sienten conejito de india y la mayor parte te dicen ‘esto es un comercio’. (...) Hay mucho tema, mucho malestar con los médicos y los centros de reproducción asistida porque sienten que hay un enorme comercio alrededor de esto. (...) Las personas van al médico, a la consulta, a los centros y demás y quizás van con expectativas de recibir contención, cierto apoyo, ciertas palabras que no las van a encontrar ahí o que no siempre uno las encuentra ahí, y es cuando aparece mucho malestar. Esto tiene que ver quizás con que no es el mejor lugar para buscar contención” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

• **ESPECIALIZACIÓN DE LOS PSICÓLOGOS EN LA TEMÁTICA DE INFERTILIDAD Y LAS TRAS.** Hace alusión a si han recibido alguna formación en infertilidad los psicólogos que acompañan a estos pacientes.

1. *Realizaron una formación académica en infertilidad.*

“Me formé en una especialización que brinda el SAMER, en el que en primera instancia tuve que aprender de embriología y varias cuestiones biológicas que desde la formación psicológica desconocía” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“Me puse a investigar y encontré el SAMER. Ellos tenían un curso anual de psicología aplicado a lo que es la medicina reproductiva, es en Bs. As., acá no hay, pero se puede hacer online. Empecé a hacer eso” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

2. *No realizaron una formación académica en infertilidad.*

“Trabajo desde un marco cognitivo- conductual. Sé que hay una formación del SAMER, la tengo que hacer” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 2).

“Estoy especializada en terapia de pareja” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1).

“Trabajo en psicología clínica, soy prestadora de B” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 3).

“Soy especialista en sexología” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

• **DESCRIPCIÓN DEL ROL DE PSICÓLOGO EN LO ESPECÍFICO DE LA TEMÁTICA**

“Hago asistencia terapéutica en pacientes que se me derivan cuando el médico detecta una crisis de angustia en ellos y que puede ser perjudicial para el tratamiento que van a realizar (...). Intervengo en lo que llamo un proceso psicoeducativo, que es poner a la mujer en supresión de síntomas y ponerla en conocimiento de las distintas etapas del tratamiento para poder prepararse, hacer lo que sería una psicoprofilaxis, para que llegado el momento de su tratamiento, sea el que sea, llegue con mejores recursos personales, anímicos (...). Yo lo que no hago acá es, exceptuando pacientes severos, no hago tratamientos prolongados (...). Otro rol que es el de evaluar las parejas que van a ser receptoras que van a hacer el tratamiento con óvulos o espermatozoides donados. Hacemos un seguimiento y consultas informativas sobre que significa tener un hijo con óvulos donados o con espermatozoides de banco y si están aptos ellos para tomar como propio el uso de gametos donados y sentirlo como absolutamente el hijo propio. Es una entrevista que siempre la hacemos en pareja (...) No es un seguimiento semanal, sino como que esperamos estos tiempos que son de asimilación, porque hay mucha información en la cabeza y tiene que bajar despacio porque tiene un impacto sobre el cuerpo (...). Tengo otro rol que es el de evaluación a las donantes, [para] rastrear que no haya alguna fantasía oculta de que donar un óvulo es entregar un hijo, nuestra mayor responsabilidad es que la donante done primero por su voluntad, done a conciencia y motivada y empatizada con la causa. (...) Se trabaja con la pareja. En general se trabaja con la mujer si aparece un cuadro de ansiedad o un cuadro de angustia o algo que interfiera en el procedimiento. Pero la participación del hombre es sumamente importante, no siempre el hombre sabe como participar, queda un poco pasivo pero ahí estamos nosotros para apuntalar para resolver cuestiones administrativas. También trabajamos en favorecer la comprensión mutua, el apoyo emocional mutuo. Es importante chequear el vínculo, si está sólido, si están de acuerdo los dos. (...) Sí converso mucho en la previa de hacer un tratamiento la transmisión al hijo de que hubo una donación de gametos” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 4).

“[Coordino] los grupos que se llaman talleres de reflexión, que son para personas y parejas con infertilidad. (...) En el grupo de reflexión era constantemente quejas. Tratamos de salir un poco de la queja, porque si no queda todo en el otro. (...) Trabajar con ese sentimiento: falta de control, es una de las cosas más importantes. Por ahí aparece la culpa, la culpa por no poder tener hijos, porque la pareja está bien físicamente y el otro no. Hay que trabajar mucho con el empoderamiento de la persona, los derechos que tiene, preguntar, buscar información. (...) Tratamos de hacer una breve psicoeducación para bajar el nivel de

toxicidad que hay, de malestar que hay con todo, con la medicación, con la parte económica, con la obra social” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 5).

“Trato de trabajar con la pareja o sino con uno de ellos en particular. Veo habitualmente que la mujer se dedica tanto a los hijos que se olvidó de su ser mujer, de su sexualidad, de su erotismo, de su relación de pareja y están como obsesionadas por la crianza, son mamás todo el día. (...) En algunos casos si han perdido el deseo, de una manera absoluta, tienen que resolverlo para poder tener una relación de pareja, a veces el hombre perdió el deseo y no tiene erección, entonces bueno ahí está el motivo de consulta. Yo intento desde mi lugar como sexóloga y psicóloga que la pareja recupere ese espacio” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 13).

“El reproche es permanente y esto genera un malestar muy grande en la relación, por eso consultan. Es importante que puedan hablarlo, que puedan entender lo que a cada uno le pasa, para poder acomodarlo y estar mejor con el otro. Porque es la pareja la que se embarca en este proceso. (...)

Se trabajó mucho la angustia, la posibilidad de ser una pareja que no iban a tener hijos o podían pensar en la adopción. (...)

Hay parejas que sus problemas pasan por un temor a la paternidad o por alguna cuestión familiar importante desde la otra generación. (...)

Empecé a trabajar en que cada uno pudiese poner la energía en otra cosa, que se pudieran sacar del centro la idea del embarazo. Una idea con tanta ansiedad generaba malestar, enojo entre ellos. (...)” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 1)

“Yo particularmente ahora estoy evaluando las donantes: [tomo] las pruebas específicas y [veo] si es apta para continuar o no con el proceso (...) Las parejas que veo son previas a la donación de gametos, como parte del protocolo, ya que XX exige que previo al tratamiento haya una consulta con el área de psicología. El médico sí o sí necesita tener el apto del área de psicología para poder hacer la técnica, eso para la técnica de ovodonación. En general es una entrevista, donde se monitorea que es lo que sabe la pareja acerca de la técnica, cuáles son las fantasías que surgen en torno a eso, cómo manejan el tema con el entorno, qué conocimiento específico tienen de lo que es la donación y lo que son las donantes y vemos si hay ideas claras. Uno evalúa en la primer entrevista la necesidad de hacer un seguimiento o no de esa pareja, uno o dos encuentros más. (...) Hay papás que quizás tienen otro recorrido y vienen pensando más en lo que va a venir: yo sé lo que es la

ovodonación, pero cómo hago después para decirle a mi hijo, qué le explico...” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 2)

“Le [han pedido] una evaluación psicológica para determinar si es apta para someterse a un tratamiento con TRAs” (Mujer, psicóloga, entrevista n° 3).

“El psicólogo es muy importante, [hay] mujeres que cuando menstrúan se quieren morir. La contención es muy importante. (...) Hay un factor psicológico que afecta directamente el ciclo. (...) Cuando intuís que algo puede estar pasando, como problemas de pareja, les aconsejamos que vayan al psicólogo” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 6).

“La función el psicólogo es fundamental, porque lo que vemos es que las pacientes que consultan por este tema tienen la carga del hecho de no poder concebir y además vienen de dar vuelta por distintos sitios desde hace meses u años. Entonces el abordaje desde el punto de vista de la psicología es muy importante para que podamos trabajar con el equipo viendo las dudas de la paciente que a lo mejor no aparecen en la consulta con el equipo de fertilidad, y así también tener un feedback con el psicólogo para que nos diga bueno, vi esto, trabajamos con aquella otra cosa, hay ansiedad por esto” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 8).

“Considero que está bueno ese acompañamiento [psicológico] durante todo el proceso, desde llegar a un diagnóstico o incluso no llegar a ningún diagnóstico, que siento que impactan más las ESCA. (...) [Otras tareas del psicólogo serían:] una la de contención, que tiene que ver con el diagnóstico y los resultados de los tratamientos, otra sería la de evaluar hasta qué punto el paciente comprende lo que se está haciendo y por donde está pasando” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 9)

“Tenemos un gabinete psicológico en el cual [tratamos que] todos los pacientes, tengan mínimamente una o dos consultas, porque vemos que los problemas de fertilidad generan trastornos emocionales importantes. (...) El gabinete los [debe autorizar] a realizar la técnica en toda aquella pareja que es receptora de un óvulo, obligatoriamente.

[También es importante que vayan al psicólogo cuando] el problema que tiene una paciente es de naturaleza emocional. (...) [El tema de la] transmisión de la información de origen a los hijos cuando intervinieron las TRAs heterólogas lo manejan con el gabinete psicológico” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 10).

“Los psicólogos tienen que conocer todas las técnicas, todas las variaciones y ayudar a los médicos al perfil caracterológico de las personas cuando el médico no lo capta en el

momento. (...) La principal función del psicólogo con pacientes que tienen mucha ansiedad es bajar los niveles de ansiedad, si ya el paciente tiene alguna neurosis instalada que sea de alto riesgo para él el trabajo del psicólogo es fundamental” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 11).

“No importa la escuela que sigan como terapeutas, lo que nosotros [médicos] necesitamos son cosas puntuales, por ejemplo en la ovodonación, a mi no me sirve un análisis de la pareja, yo lo que quiero saber es si están preparados para asumir estos desafíos. (...) Que el psicólogo me diga ‘con esta gente dale para delante, cero problema. Con aquella olvidate, tienen que hacer terapia y con estos ojo, fijate acá, acá y acá y tratá de tratarlos y sino mándamelos a una entrevista’” (Hombre, médico ginecólogo y obstetra, entrevista n° 12).

5. DISCUSIÓN

Los tratamientos mediatizados por las TRAs son complejos independientemente de la técnica que se emplee. En todos los casos, se involucran múltiples factores (Cincunegui et al., 2004; Jadur y Wainstein, 2015; Iudica et al., 2011; Morgavi et al. 2016; Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012) que deben ser tenidos en cuenta tanto por los/las profesionales intervinientes como por los/as pacientes que recurren a aquellos. Esto implica que no basta con que los primeros conozcan el proceder sino que quienes consultan se anoticen de la metodología y de las posibles consecuencias subjetivas y físicas que conllevan, en base a lo cual podrán brindar un consentimiento informado (Ley N° 26.529, 2009) en las condiciones debidas. Pero esta instancia no se agota en el simple conocimiento del proceso, sino que requiere de una verdadera toma de conciencia y un acompañamiento profesional que atienda al sujeto como ser bio-psico-social.

Si bien, es el cuerpo el que adquiere protagonismo en la infertilidad, no se debe olvidar que el ser humano es una unidad psicosomática (Cincunegui et al., 2004), por lo cual la parte subjetiva y emocional también se hace presente produciendo efectos a nivel individual, a nivel de la pareja y a nivel social. Tal como se pudo ver en las entrevistas realizadas, los/las profesionales de la salud pueden dar cuenta, a partir de las manifestaciones explícitas e implícitas de los/as pacientes, que los tres niveles se ven afectados, aunque de modo singular, dependiendo las diferentes subjetividades. Asimismo, sobresale por su recurrencia en el discurso de los/las entrevistados/as la preponderancia del segundo nivel mencionado, pues consideran que es la pareja la que requiere atención.

La infertilidad presenta la particularidad de que es una enfermedad que no atañe estrictamente a un sujeto individual, sino que referencia a dos sujetos que han de ser entendidos como una unidad: la pareja. El concepto de cuerpo erógeno vincular (Cincunegui et al., 2004) por lo tanto debe ser tenido en cuenta al momento de la intervención psicológica. En el abordaje de los casos es importante que los/las profesionales puedan hacer una lectura que comprenda al vínculo de pareja, a la representación que comparte ésta a partir del entrecruzamientos de sus cuerpos erógenos, y al plus de significación que porta al aparecer el deseo de procreación. En este, la sexualidad adquiere preeminencia, ahora principalmente ligada a intentos de lograr un embarazo (Jadur y Wainstein, 2015; Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012). Tal como enunciaron los entrevistados, aquella suele verse afectada por los tratamientos de reproducción asistida. La afección suele extenderse aun luego de obtener el logro del deseado hijo, es decir que las relaciones sexuales, uno de los parámetros que caracterizan a la pareja (Puget, J. y Berenstein, I., 1999), se destaca dentro de aquellas dimensiones perturbadas. Es el/la psicólogo/a quien, a partir de los conocimientos que les proporciona su disciplina, puede acompañar a los/as pacientes para enfrentar aquellos conflictos.

A partir de los datos emergentes de las entrevistas respecto de la integración del/la psicólogo/a al equipo de trabajo, todos los entrevistados coinciden en que es importante que participe en el abordaje de los/as pacientes con infertilidad. A pesar de ello, sólo hacen la derivación, como condición necesaria, aquellos médicos que trabajan en equipo, ante la necesidad de un apto psicológico previo a iniciar un tratamiento con donación de gametos. En resto de los casos, únicamente se efectúa una sugerencia, basada en el criterio médico, respecto de que detecten conflictos de índole emocional.

En relación a la concurrencia de los/as pacientes a la consulta psicológica surgen como datos de las entrevistas que muchos ya están en tratamiento con un/a profesional psicólogo/a o han asistido anteriormente. De acuerdo al discurso médico se dificulta que los pacientes realicen la consulta a partir de su recomendación, pues al ser el cuerpo el que adquiere mayor protagonismo, es frecuente que quienes consultan consideren que es lo orgánico lo que debe ser atendido (Jadur y Wainstein, 2015), quedando lo emocional relegado y/o descuidado. Si bien suele ser dificultosa la consulta con los/as psicólogos/as se han identificado, a partir de las entrevistas, que ante situaciones puntuales se acercan al profesional:

- ante la imposibilidad de lograr un embarazo por vía natural,

- cuando reciben el diagnóstico de infertilidad,
- previo al inicio del tratamiento,
- ante los fracasos reiterados,
- luego del éxito en el uso de las técnicas, momento donde se evidencia que la sexualidad y/o la vida de pareja se ha visto alterada.

El último de los ítems puede ser considerado parte del efecto iatrogénico (Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012) a largo plazo del uso de las TRAs. Si bien en la bibliografía referida se mencionan las alteraciones en la vida sexual como causante de los problemas reproductivos o a consecuencia del uso de las TRAs (mientras dura el proceso), poco se habla de cuando tal efecto persiste en el tiempo aun habiendo cesado los tratamientos los tratamientos. Por otro lado, en ninguno de los textos se halló explícita una sistematización de las potenciales circunstancias que impulsan a consultar al/a la psicólogo/a, aunque sí se mencionan los momentos que pueden requerir de un acompañamiento terapéutico, pero sin especificar si los/las pacientes lo solicitan.

A partir de los datos recopilados, se observa como emergente la preocupación médica de que los/as psicólogos/as que estén acompañando a los/as pacientes de infertilidad o que vayan a iniciar los tratamientos sepan del área, que tengan formación en el tema, para que realmente el trabajo pueda contribuir a los objetivos médicos. Al contrastar esta información con las entrevistas a psicólogas, se pudo pesquisar que sólo algunas habían hecho cursos de capacitación en medicina reproductiva, las demás atendían desde los conocimientos adquiridos en su formación que era independiente de la infertilidad o de la “psicología reproductiva” (Montanelli, 2017, p. 11).

La importancia de la especialización de los/as psicólogos/as en la temática de la infertilidad y las TRAs radica en que estas tienen características propias (Montanelli, 2017). Como se mencionó anteriormente, se pueden identificar tres dimensiones en las que acontecen efectos derivados de las técnicas: la subjetiva, la de la pareja y la social. En relación a la primera, se ve en las entrevistas que la ansiedad, la angustia, la posible acentuación de cuadros psicopatológicos y los duelos adquieren preeminencia, entre otros. Respecto de este último, es necesario que se identifique, indague y aborde el objeto del duelo, y que se le de seguimiento al atravesamiento por el mismo. A lo largo de los procesos, cuya finalidad es la obtención del embarazo mediante las TRAs, los/as pacientes deben afrontar frustraciones de distinta índole, por ejemplo el ideal de maternidad y/o paternidad, el fracaso de los tratamientos y/o la concurrencia de abortos espontáneos. En relación a la

segunda dimensión, la comunicación y la sexualidad, antes ya aludida, son las principales afectadas dentro de la pareja. En referencia a la dimensión social, es interesante rescatar que si bien existe la tendencia a no socializar el proceso con la familia y amigos o a aislarse de los mismos (Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012), buscan relacionarse con otros/as pacientes que están atravesando situaciones similares, poniéndose en juego algo del orden de la identificación.

Respecto del trabajo interdisciplinario, en las entrevistas se puede observar que algunos/as profesionales no trabajan con esa modalidad mientras que otros dicen hacerlo. Pero es posible dilucidar a partir de lo discursivo que lo que describen como interdisciplina no se corresponde con su definición conceptual (Stolkiner, 1999), pues las reuniones que integran a todos los profesionales intervinientes en los tratamientos de reproducción asistida se realizan muy esporádicamente. Si bien existen múltiples de textos de referencia (Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la Salud, 2015; Ley N° 26862, 2013; Roca de Bes y Giménez Mollá, 2012) que indican el abordaje integral e interdisciplinario para estos tratamientos, en la práctica pareciera haber un distanciamiento de aquella indicación.

En relación al encuentro entre el/la profesional de la salud y el/la paciente se pueden vislumbrar aspectos problemáticos. Los médicos manifestaron dificultades respecto del manejo de la información, es decir en la transmisión de malas noticias a los/as pacientes. Tener que dar el diagnóstico de infertilidad o anunciar sobre el fracaso de algún tratamiento con TRAs repercute negativamente en ellos, angustiándolos. Esto los lleva a desarrollar estrategias que le permiten poner distancia, siendo beneficioso para el médico pero no tanto así para el/la consultante, por ejemplo dar la noticia por teléfono celular o dejar que sea el/la paciente él que lea primero los estudios, sin la presencia del profesional. Así mismo, se encuentran con que los miembros de la pareja les dirigen demandas que no comprenden y a las que no saben cómo responder por no contar con las competencias profesionales necesarias (Montanelli, 2017, p. 12). Esto se plasma en el dato recurrente de querer saber sobre la personalidad de los/as consultantes, sobre si verdaderamente quieren hacer los tratamientos o si realmente quieren ser padres.

Con respecto de las parejas también aparecen aspectos problemáticos, de acuerdo al discurso de los entrevistados. La principal dificultad está relacionada con que en la mayoría de los casos han recorrido muchos centros de reproducción asistida y consultado muchos/as médicos/as, sintiendo agotamiento por el largo proceso. A su vez, los informantes calificados

plantean que los/as pacientes se enojan con la atención médica recibida al no encontrar la contención y apoyo emocional buscada en el profesional de la medicina. También perciben cierto descreimiento y descontento con los/as psicólogos/as que trabajan en los centros, al considerar que hay intereses económicos de prevalencia.

Finalmente, se puede mencionar que el rol del psicólogo en lo específico de la temática contribuye al éxito de los tratamientos mediatizados con TRAs (Marquis, 2016). Las tareas que le competen son muy amplias. A partir de los datos emergentes de las entrevistas se pueden enumerar las siguientes tareas:

En la dimensión subjetiva:

- asistencia terapéutica a pacientes con crisis de angustia o ansiedad,
- brindar información sobre la enfermedad y los tratamientos con el objetivo de que se empoderen los/as pacientes,
- tratamiento breves focalizados en un fin específico,
- abordaje de las fantasías que operan obstaculizando la consecución del embarazo,
- contención a los consultantes,
- atención especial a pacientes con diagnósticos como ESCA.

En la dimensión de la pareja:

- fortalecimiento de la comunicación: se abordan los reproches, la queja, el malestar, el enojo, etc.,
- abordaje de problemáticas relativas a la sexualidad de los/as pacientes.

En la dimensión de lo social:

- coordinación de grupos de reflexión.

En lo específico del uso de las TRAs heterólogas:

- evaluación de parejas receptoras de gametos, realización del apto psicológico,
- seguimiento y consultas informativas sobre qué significa tener un hijo con gametos donados,
- evaluación de donantes,
- abordar el tema de la transmisión de la información del origen a los niños.

En la interdisciplina:

- asesoramiento al equipo médico respecto de los/as pacientes.

Estas funciones son las mencionadas por los profesionales entrevistados, tanto porque efectivamente las realizan los/as psicólogos/as como por considerar que deberían llevarlas a cabo. No todos los/as profesionales de la salud mental se desempeñan en esas actividades, principalmente por falta de formación y/o también por tener que dar respuesta a los intereses y necesidades médicas (Marcovecchio, 2016), muestra de eso es que en ninguno de los casos se planteó la necesidad de limitar el goce en cuanto a la intrusión de las TRAs (Alberdi, 2017). En cuanto al asesoramiento al equipo médico surge como una tarea deseada pero de difícil concreción.

6. CONCLUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos se dio respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación. En principio, se concluye que algunos médicos trabajan en equipos de fertilidad, y estos están conformados también por psicólogos. Pero el rol de los mismos se asemeja al de un auxiliar del médico. La principal tarea consiste en realizar aptos psicológicos para iniciar los tratamientos con TRAs heterólogas, evaluar donantes de gametos y brindar información respecto del tratamiento. Siguiendo a Lima [citado en Marquis, 2016, p. 12] “el psicólogo puede brindar información y asesoramiento, esta función es necesaria pero no suficiente”. Por otro lado, cuando los/as profesionales de la salud mental, no conforman equipos de trabajo, su intervención presenta mayor libertad al dar respuesta a la demanda de los pacientes, pero cayendo en un obrar independiente del proceso médico que siguen. Aquellos dan mayor importancia a la escucha de los procesos subjetivos e implicancias emocionales posibilitando la contención emocional y el acompañamiento en las decisiones de los/as pacientes respecto de los tratamientos que realizarán.

Se deduce que si bien todos los profesionales reconocieron la importancia del trabajo conjunto médico-psicológico, no es una práctica frecuente.

En cuanto, a si existe demanda por parte de las personas/parejas que atraviesan un tratamiento por infertilidad en relación al acompañamiento psicológico se puede concluir que, hay una necesidad de contención y acompañamiento en estos pacientes pero que no se encuentra indefectiblemente encausada hacia los/as profesionales de la psicología. De acuerdo a los resultados se pudo observar que los/as consultantes, a menudo, se dirigen a la consulta médica con la esperanza de encontrar un acompañamiento y asesoramiento en relación a lo emocional y a sus vivencias subjetivas que escapan a la tarea médica. Esto genera situaciones frustrantes tanto para los/as pacientes como para los/as médicos/as que no

obtienen determinadas respuestas de su interlocutor, sumando a eso el desborde de demandas que vivencian los médicos, según sus propias enunciaciones. Este escenario pone en evidencia que la intervención psicológica es importante tanto para quienes consultan como para los otros profesionales intervinientes, pues de ese modo, estos no se ven en la situación de recibir demandas que exceden la especialidad disciplinar y podrán transmitir las noticias adecuadamente, según el trabajo anticipado con el equipo de infertilidad.

A partir de lo anterior es posible pensar la relación que se da entre la demanda de las personas/parejas que atraviesan un tratamiento por infertilidad en relación al psicólogo y el lugar de éste en el equipo interdisciplinario. Como se obtuvo en los resultados, la labor psicológica parece responder principalmente al lugar que le dan los médicos en el abordaje de los/as pacientes y no tanto en respuesta a las necesidades de estos. En primer lugar, es necesario recordar que todos los tratamientos son complejos independientemente de la técnica que se emplee, con lo cual todos/as los/as pacientes requieren de acompañamiento en el área emocional. A partir de las entrevistas se pudo observar que quienes reciben mayor atención son aquellos que están por enfrentar tratamientos con TRAs heterólogas, previo al inicio de los mismos, ya que se les solicita obligatoriamente un apto psicológico. De este modo quedan en un segundo plano el resto de los/as pacientes, los que enfrentarán TRAs homólogas o los que luego de haber obtenido el apto psicológico mostraron tener recursos para hacer frente al duelo genético. Si en esos casos el médico no percibe la presencia de algún conflicto no se efectúa la sugerencia de la interconsulta con un/a psicólogo/a, lo cual denota que hay una integración deficiente de éste al equipo de fertilidad. Esto habilita a pensar interrogantes respecto del lugar que ha de ocupar el/la psicólogo/a en esta área.

Como se pudo ver en la investigación, el objeto de abordaje en la temática de infertilidad es la pareja, vínculo donde se despliegan en primera instancia las fantasías inconcientes y los miedos respecto de la procreación, con lo cual debe brindársele especial atención y acompañamiento. Ha de hacerse hincapié en fortalecer la comunicación, abordar el proyecto vital compartido y las posibles alteraciones de la sexualidad, principalmente del deseo sexual, que como se pudo ver, suele afectarse durante los tratamientos, perdurando hasta aún luego de haber alcanzado el embarazo exitoso. También es importante abordar la relación con el entorno social. Habilitar grupos de reflexión para las parejas o alguno de sus miembros implica brindar un espacio de contención que les posibilite el acompañamiento mutuo en el atravesamiento de los tratamientos, ya que en estos espacios opera fuertemente la vía de la identificación. Asimismo estos grupos proporcionan herramientas respecto de

otras particularidades asociadas a la problemática como el manejo de situaciones familiares, con el entorno social próximo o el encuentro con mujeres embarazadas. Sin dudas, durante todo el proceso no debe descuidarse la singularidad y las vivencias subjetivas. A partir de lo anterior se concluye que la formación del/de la psicólogo/a para abordar estos/as pacientes debe brindarle herramientas conceptuales en al menos esas tres dimensiones enunciadas, profundizando aquellos aspectos que se afectan particularmente por los tratamientos. También es importante que el profesional conozca de los aspectos biomédicos que se circunscriben a la medicina reproductiva y de los aspectos legales. Por lo tanto, para realizar un correcto abordaje de la temática es necesaria una formación específica, donde converjan principalmente aportes de la psicología de pareja, de la sexología, de la biomedicina reproductiva y respecto de las normativas legales vigentes.

Se plantea como interrogante, ¿sería más conveniente que el/la psicólogo/a trabajara como asesor externo y no como parte exclusiva del staff? Debido a que es común que los/as pacientes hagan consultas y tratamientos con diferentes médicos/as en diversos institutos, y en tales casos deberían cambiar una y otra vez de psicólogo/a, poniendo en juego el vínculo transferencial en los casos que se haya establecido. Asimismo, se hipotetiza que facilitaría que el/la profesional se corra del lugar de auxiliar, ganando autonomía pero sin alejarse del proceso biomédico, y manteniendo diálogo con los médicos, entablando un feedback. De este modo, se podría trabajar con mayor libertad la necesidad de limitar al goce (Alberdi, 2017), en cuanto a la realización indefinida de tratamientos con TRAs.

En cuanto al abordaje interdisciplinario, se arriba a la conclusión de que es necesario el trabajo conjunto en el tratamiento de los casos. Una propuesta que puede facilitar el abordaje de los/as pacientes consiste en realizar entrevistas conjuntas (médicos y psicólogos) en las diferentes instancias de las consultas.

Se considera importante que se habiliten dispositivos grupales para donantes y receptores de gametos donados, donde se brinde información, material escrito y audiovisual y se aborden dudas respecto del proceso, en concordancia con la propuesta australiana (Marquis, 2016, pg. 16-17) mencionada anteriormente. Asimismo, otros dispositivos grupales podrían estar disponibles para quienes estén por iniciar tratamientos con TRAs homólogas. Se parte del supuesto de que estas reuniones propiciarán la manifestación de inquietudes respecto de lo procedimental y la resolución de ellas.

A pesar de encontrarse en auge la problemática del uso de las TRAs dentro de la sociedad, el área de la psicología reproductiva no ha crecido en concordancia, en cuanto a su

radicación dentro del ámbito académico. Un paso que permitirá incrementar la visibilidad de ésta, consiste en habilitar la institucionalización de una formación específica en el área, de modo tal que se le dé lugar a la producción teórica. Esta temática introduce cambios en la sociedad a las que los/as psicólogos/as deben atender y respecto de la cual teorizar, brindando herramientas teóricas que posibiliten interpretar las nuevas realidades que acontecen. Tal como plantea Giberti et al. (2001) se debe investir un pensamiento nómada que, a partir de los constructos previos, permita generar nueva teoría.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, M. S. (2017) Deseo de maternar y su imposibilidad: Análisis de un caso clínico sobre la incidencia de las TRHA en el cuerpo de la mujer. (Tesis de grado). Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Alkolombre, P. (2008). Deseo de hijo, pasión de hijo. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Colección Paidós Educador. México: Paidós Mexicana.
- Aulagnier, P. (1992) ¿Qué deseo, de qué hijo?. Revista de psicoanálisis con niños y adolescentes, N°3, pág. 45, Buenos Aires.
- Balarezo, G., Durand, M. T., Farías, G., Fernández Salinas, M. L., Fodor, S., Lachwicz, M. (Comp: Sommer, S. E.). (1996) Procreación: nuevas tecnologías. Un enfoque interdisciplinario. Ed.: Atuel. Buenos Aires, Argentina.
- Brugo-Olmedo, S., Chillik, C., & Kopelman, S. (2003). Definición y causas de la infertilidad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 54(4), 227-248. Recuperado de <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/567/614>
- Camps, S. (1996) Cumple 18 años la inglesa Louise Brown, el primer bebé de probeta. Diario Clarín. Recuperado 22 de junio de 2017 de <http://edant.clarin.com/diario/96/07/25/t-03601d.htm>
- CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS (“FECUNDACIÓN IN VITRO”) C/COSTA RICA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. 28 de noviembre de 2012
- Chatel, M. M. (1993) El malestar en la procreación. Las mujeres y la medicina del alumbramiento. Ediciones Nueva Visión SAIC, Buenos Aires, Argentina.

- Cincunegui S., Kleiner Y. y Woscoboinik P. (2004) La infertilidad en la pareja. Cuerpo, deseo y enigma. Editorial Lugar.
- Código Civil y Comercial. Boletín Oficial, 7 de octubre de 2014. Consultado: 25 de noviembre de 2017.
- Fernández Ríos, M., Herrera Santí, P. M. y González Benítez, I. (2002). Infertilidad como evento paranormativo: Su repercusión familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral, 18(2), 117-120. Recuperado en 19 de junio de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200002&lng=es&tlng=es.
- Flores Colombino, A. (1992). Sexo, sexualidad y sexología. Buenos Aires, Argentina. Ed. Humanitas.
- Giberti, E. (1999) Fertilización asistida. ¿Hijos agámicos? Publicado en Revista Actualidad Psicológica, recuperado el 20 de junio de 2016 de <http://evagiberti.com/fertilizacionasistidahijosagamicos/#more2155>
- Giberti, E., Barros, G., Pachuk, C. (2001) Los hijos de la fertilización asistida. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Guía sobre fertilidad para equipos de atención primaria de la Salud (2015) Ministerio de Salud. República Argentina.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., Lucio, P. B. y Pérez, M. D. L. L. C. (1998-2006). Metodología de la investigación (Vol. 1). México: Mcgraw-hill.
- Iturburu, M., Salituri Amezcua, M. M. y Vázquez Acatto, M. (2017). La regulación de la filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida en la Argentina: voluntad procreacional y consentimiento informado. Revista IUS, 11(39) Recuperado en 19 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-21472017000100005&lng=es&tlng=en.
- Iudica, C., Poli, M. N., Ferro Ariella, V., Zanier, J., Colacci, R. y Musa, L. (2011) Consideraciones bioéticas de la infertilidad masculina de origen genético. Revista Medicina y Sociedad. Vol 31 nro. 2 de junio de 2011.
- Jadur, S. y Wainstein, V. (2015) ¡Auxilio, el bebé no llega! Guía básica y científica para entender los problemas (y los tratamientos) a la hora de buscar un embarazo. Editorial Siglo veintiuno.

- Kleiner, Y. y Pachuk, C. (1996). Sexualidad y conyugalidad, en La Pareja: Encuentros, desencuentros y reencuentros. Paidós, Buenos Aires.
- Krasnow, A. N. (2017). La filiación por técnicas de reproducción humana asistida en el Código Civil y Comercial argentino: Un avance que permite armonizar la norma con la realidad. Revista de Derecho Privado, (32), 9.
- Lamm, E. (2012). La importancia de la voluntad procreacional en la nueva categoría de filiación derivada de las técnicas de reproducción asistida. Revista de Bioética y Derecho, (24), 76-91. <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872012000100008>
- Ley N° 25.673: Salud Sexual y Procreación Responsable. Boletín Oficial, 30 de octubre de 2002. Consulta: 25 de noviembre de 2017. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/ley_25673_SSR.pdf
- Ley N° 26.150: Educación Sexual Integral. Boletín Oficial, 23 de octubre de 2006. Consulta: 25 de noviembre de 2017. Disponible en: http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf
- Ley N° 26.529: Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial, 19 de noviembre de 2009. Consulta: 17 de enero de 2018. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf
- Ley N° 26.618: Matrimonio Igualitario. Boletín Oficial, 21 de julio de 2010. Consulta: 25 de noviembre de 2017. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/complementaria/ley_de_matrimonio_igualitario.pdf
- Ley N° 26.743: Identidad de género, Boletín Oficial, 23 de mayo de 2012. Consulta: 25 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>
- Ley N° 26.862: Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida, Boletín Oficial, 5 de junio, 2013. Consulta: 19 de septiembre de 2017. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=235975>
- Marquis, D. A. (2016) El rol del psicólogo en la donación de gametos (Tesis de grado). Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Marcovecchio, M. (2016) Las funciones materna y paterna en el ámbito de las Tecnologías de la Reproducción Humana Asistida (Tesis de grado). Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Montanelli, A. (2017) Percepciones de pacientes y usuarios de TRHA acerca de la labor del psicólogo en el acompañamiento del proceso de infertilidad. (Tesis de grado). Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Morgavi, V., Colacci, R. y Iudica, C. (2016) El rol del psicólogo en la problemática de la infertilidad: un trabajo interdisciplinario. VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Puget, J y Berenstein I. (1992). Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Roca de Bes, M. y Giménez Mollá, V. (2012) Manual de intervención psicológica en reproducción asistida. Editorial médica Panamericana, España.
- Rodríguez Iturburu, C. (2015) La regulación de las técnicas de reproducción humana asistida en la actualidad. Revista Reproducción Vol 30, N° 4. Diciembre 2015. Consultada 19 de septiembre del 2017 en http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2015/Numero_4/4-ITURBURU.pdf
- Sánchez Cevallos, D. A. (2017). La subrogación entre padres intencionales y madre de alquiler frente al derecho a la familia y el principio del interés superior del niño y niña (Bachelor's thesis). Consultada 25 de enero del 2018 en <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7404>
- Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi.
- Zegers Hochschild, F. (2012). Descripción y análisis de las técnicas de reproducción asistida (TRA) como tratamiento de la infertilidad. Recuperado en 19 de agosto de 2016, de http://www.eticayreproduccionhumana.udp.cl/publicaciones/fallo/Documento_tecnico_infertilidad_Problema_salud.pdf

8. ANEXO

PREGUNTAS GENERALES

Información personal

Sexo:

Profesión:

Especialización:

PREGUNTAS ESPECÍFICAS A:

Médico Obstetra y/o ginecólogo

1. ¿Trabaja en conjunto con alguna institución especializada en las técnicas de reproducción asistida?
2. ¿Cuáles son las principales preocupaciones o sentimientos que manifiestan los pacientes? ¿Difieren de los pacientes que no atraviesan por el uso de las TRAs?
3. En caso de considerarlo Ud. necesario, ¿deriva pacientes a tratamientos psicológicos? ¿Cuáles son los motivos? ¿Cuál es el porcentaje de pacientes que deriva?
4. La/los paciente/s, ¿reciben tratamiento psicológico? ¿Qué porcentaje?
5. ¿Sus pacientes son abordados en un tratamiento interdisciplinario? ¿Qué otros profesionales intervienen en el mismo? ¿Tiene incorporado psicólogos a su equipo?
6. ¿A su criterio cuál es la función del psicólogo en relación a la aplicación de las TRAs?

Psicólogos/as

1. ¿Trabaja en relación con alguna institución especializada en tratamientos de reproducción asistida?
2. ¿Recibe casos de infertilidad o de uso de TRAs? ¿En qué cantidad?
3. ¿Los pacientes son derivados por los médicos o consultan espontáneamente?
4. ¿En qué momento recibe la consulta: antes, durante o después del uso de las TRAs?
5. Cuando los pacientes llegan a consulta, ¿cuál es la demanda?, ¿cuáles son las principales preocupaciones o emociones que manifiestan?