



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“PERDIDA RECURRENTE DEL EMBARAZO: UN ABORDAJE  
INTEGRAL EN UNA INSTITUCIÓN DE REPRODUCCIÓN  
HUMANA”

**REPORTE FINAL**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
**ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA Y  
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSITUACIONES**

P R E S E N T A :

**GUILLERMO ALFONSO DE JESUS GONZALEZ CAMPILLO**

ASESOR: DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

COASESORES: MTRA: MA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

LIC. ASUNCION VALENZUELA COTA

DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

MÉXICO, D.F.

2005

m343647



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

### *Agradecimientos:*

Al Instituto Nacional de Perinatología en su conjunto, donde tuve la oportunidad de profundizar el camino del padecer de muchas parejas, por la búsqueda de un ideal ..... la reproducción humana, donde se debate el principio de realidad del *amor*.

A mis compañeros de trabajo y en especial de generación académica, quienes con su profesionalismo, han sido punto de referencia para no aflojar el paso en mi caminar.

A mi familia y familiares, donde siempre he encontrado el reabastecimiento afectivo y sosiego después de las tareas realizadas.

A la memoria de mis padres Sr. Guillermo González López y Sra. Amanda Campillo de González que con su apoyo inicié este proyecto profesional, y hoy termino a la luz del epígrafe citado más adelante.

*Epígrafe*

“ La vida es aquello que te va sucediendo mientras te empeñas en hacer otros planes”.

John Lennon.

# Indice

I.- Introducción.

II.- La Reproducción Humana.

III.- Factores médicos en la Pérdida Recurrente del Embarazo.

IV.- Factores psicológicos en la Pérdida Recurrente del Embarazo.

V.- Un programa de Pérdidas Perinatales en una Institución Reproductiva de tercer nivel.

- 1) La atención clínica y la investigación
- 2) El grupo terapéutico
- 3) La sesión terapéutica

VI.- Conclusiones y recomendaciones.

## I - Introducción.

En este mundo moderno en que los cambios vertiginosos de las condiciones de vida inciden en todas las facetas del convivir humano, es necesario establecer compases de marcha a fin de darnos la oportunidad de escapar a la impresión continuista y homogénea del desenvolvimiento histórico; de lo contrario perderíamos la oportunidad de digerir y asimilar las aportaciones que las diferentes ramas del saber nos proporcionan, y valorar las directrices a seguir a la luz de este bagaje de logros. Sentarse a escribir sobre un tema como el que nos ocupa en este momento, es marcar esas pausas sugeridas más arriba; a todo momento de acción debe suceder otro de reflexión.

Es abundante la literatura sobre la pérdida recurrente del embarazo y variados sus enfoques; desde el aspecto médico hasta el psicológico objeto de este trabajo, incluyendo a la mujer, a la pareja, la familia y la sociedad, los hijos, la vida laboral y profesional etc, Todo esto nos anticipa la complejidad del abordaje dentro de un contexto integral.

¿ Pero qué podemos entender por abordaje integral?. Este concepto no es tan fácil de definir sobretodo a la sombra de los obstáculos epistemológicos que nos proporciona la historia del conocimiento humano y que inciden definitivamente en la práctica profesional. Desde la óptica cartesiana que marca el modernismo con una visión materialista del mundo, la escisión entre lo espiritual y lo material invita al desafío de cómo integrar estas dos realidades, pues lo exige la experiencia fenomenológica del compuesto. Descartes con un pasmoso mecanicismo ingenuo nos deja mal resuelto el problema y abierto a la versión contemporánea de su glándula pineal, con la medicina psicosomática. La consecuencia de esto, es mantener la concepción de dos campos distintos separados por una brecha, terreno de nadie, en donde se perpetúa la diferencia entre el milagro religioso (o su versión laica la cura espontánea) y la explicación científica del hecho. (Le Breton, 1996)

Integrar, no es mezclar, donde los elementos conservan sus características propias; el hidrógeno y el oxígeno no se mezclan para formar el agua; en la integración cada componente es en sí mismo y a la vez parte del otro; de aquí la actual visión del hombre como un ente bio-psico-social (Allport GW, 1968) y por esto la reproducción humana debe abordarse desde este nuevo concepto.

En el caso de la institución hospitalaria, el abordaje es similar; la atención integral no es solo la participación de los diferentes profesionales de la salud en un caso en cuestión, sino la intercomunicación entre los mismos, incluyendo al sujeto tratado, habitualmente llamado paciente; esto es lo que pertinentemente llamamos interdisciplinariedad en vez de multidisciplinariedad. El concepto en mención, no significa la convivencia geográfica de los actores, sino la comunicación funcional, que tenga como producto el aporte recíproco de cada práctica, al beneficio común. La metodología en aras a materializar este proyecto, continúa siendo el motivo de muchas instituciones, para funcionalizar sus operaciones, aunque la estructura fundamental ya fue planteada por Asia Kadis y colbs (1969, cap. III).

El Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, no ha dejado de contemplar la forma más expedita de integrarse en la estructura institucional como lo

muestran las últimas estrategias que mencionaremos a continuación. La asignación de cada uno de los psicólogos a las respectivas clínicas del Instituto, funcionaliza la participación interdisciplinaria, haciéndola más integral, en contraste con el modelo anterior en donde el Departamento cumplía con un rol interconsultante, que aún sigue cubriendo, pero de manera más inmediata. Al fomentar el encuentro interpersonal en los respectivos ambientes de trabajo de cada programa médico y psicológico, horizontaliza más el intercambio profesional y favorece la aculturación académica que se va dando de manera espontánea, generando proyectos de trabajo e investigación mutuos, normas y procedimientos institucionales interdisciplinariamente considerados.

El Programa de Pérdidas Perinatales, por ejemplo, acaba de integrar dentro de sus actividades, una plática mensual interdisciplinaria de inducción, a las pacientes derivadas a la CERP (Clínica de Evaluación del Riesgo Pregestacional); lo anterior como respuesta a una necesidad sentida de sensibilizar e informar a las pacientes sobre las estrategias y recursos del INPer respecto a su padecimiento y su participación para el logro óptimo de los resultados. Esperamos con esta actividad, reducir los niveles de ansiedad previos al diagnóstico, favoreciendo la confianza de las pacientes hacia la institución, conociendo previamente al personal profesional que estará a cargo de su tratamiento y de esta manera también allanar el camino al médico tratante de mucha de la información que tendría que dar repetidamente a cada una de las pacientes. Respecto a nuestra tarea de investigación, es la oportunidad ideal para explicar a las pacientes la importancia de la misma, el papel relevante que juega su participación en la obtención de información para el propio beneficio en el futuro.

## II.- La Reproducción Humana.

El problema al que se enfrentan las pacientes con la pérdida recurrente del embarazo, se encuadra dentro de todo el contexto de la reproducción humana, la cual desde un enfoque integral del que hablábamos, no se reduce solamente al aspecto biológico. Por eso hablar de la pérdida recurrente del embarazo, es hablar también de la pérdida de muchas cosas que se encuentran alrededor del sujeto humano, porque un hijo no es cosa de uno o de dos.... es cosa de todos. Cuando se pierde un hijo se deteriora la imagen corporal, el autoconcepto, el vínculo de pareja, la autoestima, el rol familiar y social. Por estas razones, la experiencia la reportan quienes la padecen como devastadora; todas estas experiencias se encuentran enmarcadas en la particular estructura de personalidad de cada quien. (Fig.1) (González, 2001) (Calandra y cols, 1973)

Una exposición psicológica completa de la reproducción humana partiendo del campo fenomenológico individual y llegando hasta el contexto social, se encuentra plasmada en Morales (2002, cap. 1). Aquí retomamos algunas cosas de este escrito pero nuestro enfoque partirá más de la experiencia psicoterapéutica grupal escenario donde se refleja el enjambre de estas circunstancias y donde se debate la resignificación de la historia personal de las pacientes, en aras de resolver el conflicto con la esperanza de abrirse nuevas posibilidades. Las condiciones sociales de cada cultura marcan los parámetros referenciales de desarrollo para sus miembros, a fin de garantizar la sobrevivencia de la misma y la preservación de los valores y características que la constituyen como tal; esto queda instaurado en la estruc-



# Pérdidas y Reproducción Humana



Fig. 1

tura de personalidad como ideal del yo y cualquier alejamiento del mismo se anuncia con diferentes niveles de ansiedad.

La reproducción humana no escapa a estos determinantes y es así que hay un tiempo para empezar a manifestar las preferencias sexuales, para iniciar los ensayos de pareja, para tener pareja estable, para consolidarla en una unión formalizada, para tener hijos y también para no tenerlos. La mirada trascendental del yo social supervisa dicho desarrollo y lo señala a través del comentario popular: “La voz del pueblo es la voz de Dios”. Quizás aquí encuentre asiento la ansiedad de que hablábamos cuando algo no sigue el plan trazado. El hecho se asemeja mucho a una desobediencia.

La reproducción en estas circunstancias es un imperativo social y más en los países en vías de desarrollo, pues en los países desarrollados, la reproducción está más ligada a planes personales, (Insler, 1992) por esto reporta la literatura sobre el tema, un aplazamiento mayor del período reproductivo en los últimos tiempos, principalmente en los países desarrollados. Actualmente se vive mayor autonomía en el binomio sociedad vs individuo, pero no lo suficiente para escapar a los señalamientos reproductivos culturales; es posible aplazar la reproducción, pero no siempre se puede renunciar a ella.

Las condiciones de la sociedad actual invitan a la mujer a ingresar a las filas de la producción laboral por múltiples razones; unas, a principios del siglo XX, por la escasez de mano de obra masculina consecuencia de la 1ra y 2da guerras mundiales, pues por rol de género los hombres engrosaron las filas militares de los países participantes, buscando el apoyo para la producción empresarial en manos de las mujeres; otras, el avance vertiginoso del conocimiento y su consecuencia la tecnología, le proporcionaron más posibilidades de

ampliar los horizontes participativos con la inteligencia en vez de la fuerza, lo que abrió el camino a la mujer en mejores condiciones de equidad, para su desarrollo, posibilitando a su vez la regulación natal. La entrada a estos tiempos le permiten disfrutar de este nuevo placer de participar activamente en la transformación de la sociedad a través del trabajo consecuencia natural de su capacitación, pero se ocupa mucha parte del tiempo que anteriormente se dedicaba a los señalamientos sociales de la reproducción. (Langer, 1978)

Lo que no estaba presupuestado aún, era la relación inversa de los tiempos de habilitación social para ambos sexos en el mundo moderno, con los tiempos biológicos óptimos para la reproducción, dejando una banda de acción muy pequeña para planes reproductivos, estimada generosamente en unos 5 años, contra un margen anterior de aproximadamente 15 años. La mujer y su pareja tuvieron acceso al control natal, pero se les escapaba de las manos el paso inclemente del tiempo sin contar con las dificultades imprevistas en el logro de un embarazo a término.

La mujer moderna tiene un abanico más amplio de intereses que la mujer de antaño; con frecuencia esta situación produce conflicto entre ella y los intereses sociales, situando gran parte de estos últimos en la maternidad y el maternaje. Es difícil hacer compatible el engendrar y el criar. El momento reproductivo marca una etapa de crisis en el desarrollo humano; entendiendo crisis no como el cierre de posibilidades, sino como el punto de partida para las mismas. Desde el punto de vista de la psicología evolutiva, la existencia humana atraviesa puntos nodales o de crisis, en donde se presenta la oportunidad de hacer una pausa y valorar el acervo de recursos adaptativos producto del proceso de aprendizaje obtenido en el cotidiano vivir con nuestra familia de origen. Es el preámbulo también para pronosticar las posibilidades de éxito hacia el futuro, aunque esto no sea de manera determinística. El sentarse, el logro de la constancia de objeto, la educación de esfínteres, la adolescencia con la constitución de la intimidad, el cuerpo para el otro, hasta la adultez como integradora de estas funciones, constituirían el desarrollo ideal del sujeto humano.

La realidad nos muestra otra cosa. Fijaciones y regresiones en este proceso, producto de avatares vividos en el seno familiar y social que hacen de nosotros a la manera de Rembrandt, una suma de claroscuros tan apasionantes unos como los otros, que nos invitan a ser dilucidados siempre y cuando hayamos tenido la oportunidad de encontrar un referente complementario adecuado que nos acompañe en esta tarea, llámese "partenaire" y/o terapeuta. De lo contrario, quedaremos sumidos en el más letal oscurantismo, sin acceso a una oportunidad reconstructiva que permita a través de la palabra, acceder a uno de los principales enunciados del psicoanálisis que describe al yo progresivamente conquistando al ello. (Freud, 1923-1973)

Esta es la experiencia que vivimos en el grupo terapéutico llamado de pérdidas perinatales, en donde propiciamos el aparente solipsismo del discurso de la mujer, para que precisamente como medio de contraste puedan perfilarse las características y lugar de la figura masculina, pivote fundamental de la estructura triangular y motor de las identificaciones del futuro sujeto humano hombre o mujer (Calandra, 1973, pag. 231 y 233). Se desmantela así el lugar del hijo como obturante de la falta o como asunción de la misma por parte de la pareja parental, dando cabida así desde el punto de vista psicológico, al auténtico hecho reproductivo. Se confronta al narcisismo al asumir la herida producida

por la falta, posibilitando engendrar vida humana la cual sobrepasa los límites de la consanguinidad o la adopción. Se vuela por encima de lo real y se supera la infertilidad dentro del plano simbólico (Hassoun & Tubert, 1990) dando por terminado el conflicto disparado por la frustración del engendrar biológico. La envidia que nuestras pacientes demuestran ante otras mujeres que sí pueden engendrar, se plantea como obstáculo que impide trascender la mirada hacia el auténtico campo de lo humano: Lo simbólico. Vida y muerte tienen que ver más con el sentido de la reproducción que con el constante devenir de la materialidad de los cuerpos.

### III.- Factores médicos en la Pérdida Recurrente del Embarazo

El problema que representa la morbilidad perinatal a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo, México entre ellos, ha obligado a buscar diferentes estrategias para afrontar este problema de salud pública.

La experiencia común entre los gineco-obstetras es que, cuando la paciente se presenta a la primera consulta prenatal, por muy precoz que esta sea, se encuentra con mujeres con complicaciones maternas o fetales, que podrían haber sido prevenidas con un adecuado consejo y/o tratamiento previo al embarazo. La mayoría de las pacientes ignoran que su condición de salud, uso de medicamentos, ocupación o actividades sociales pueden tener consecuencias desde las primeras semanas de gestación. Debido a que la formación de los órganos del embrión comienza alrededor los 17 días después de la fecundación, las medidas para proporcionar un ambiente materno ideal para el desarrollo del producto, serán más efectivas si preceden al inicio de la atención prenatal tradicional. Del hacer conciencia de este hecho ha resultado el énfasis que se ha dado a la Consulta Pregestacional.

El enfoque epidemiológico y social, cada vez más señalado en la solución del problema de la Salud Materno-Fetal, ha aportado conceptos muy importantes partiendo del hecho de que el ambiente materno donde se desarrolla la gestación, está inmerso en otros sistemas: económico, social, cultural y psicológico, determinantes en gran medida de la Salud para la Reproducción, que no siempre pueden ser modificados por la acción del médico. Sin embargo, es él la persona indicada para valorar, en la etapa pregestacional los factores de riesgo existentes antes de aconsejar o no el embarazo.

Todo lo inmediatamente expuesto sirvió de fundamento y justificación para que en el Instituto Nacional de Perinatología, se creara una Clínica de Evaluación del Riesgo Pregestacional (CERP) con modelo interdisciplinario, bajo un Objetivo General: **Prevenir el embarazo de alto riesgo, mediante la identificación y tratamiento en la ETAPA PREGESTACIONAL, de alteraciones maternas que afecten o puedan afectar la salud MATERNO-FETAL al ocurrir el embarazo.**

Una de las novedades desconcertantes para las mujeres en general y las mexicanas en particular, producto de los avances de la investigación médica en este campo que venimos tratando, es la noticia que también la Pérdida Recurrente del Embarazo puede estar condicionada por factores masculinos. Tradicionalmente la mujer ha sido la más estudiada, quizás porque la evidencia de todo el proceso del embarazo se desarrolla en su cuerpo; no sería descabellado pensar que algún residuo ideológico de tiempos

arcaicos donde se negaba aún la participación masculina en el proceso gestacional, se haya colado hasta nuestros días, ante la mirada aún no tan aguda de la ciencia biológica. Este descubrimiento ha descargado en parte a la mujer de la tradicional estigmatización social por haberla considerado única portadora de los obstáculos reproductivos; a la vez como una ganancia secundaria más, propicia el desmantelamiento de prejuicios para justificar un repudio a la mujer, que más se podría atribuir a factores estructurales de pareja que a la infertilidad, al estar ambos en la posibilidad de estar sentados en el "banquillo de los acusados".

La Clínica de Evaluación del Riesgo Pregestacional ha compilado estos avances de la práctica médica y los ha condensado en tres rubros que conformarán sus grupos de estudio:

- 1.- Antecedentes Perinatales no previstos y susceptibles de riesgo
- 2.- Patología Materna
- 3.- Patología Paterna

1.- Antecedentes Perinatales no previstos y susceptibles de Riesgo

- a) Pérdida gestacional recurrente con hijos o sin hijos vivos.
- b) Antecedente de muerte intrauterina

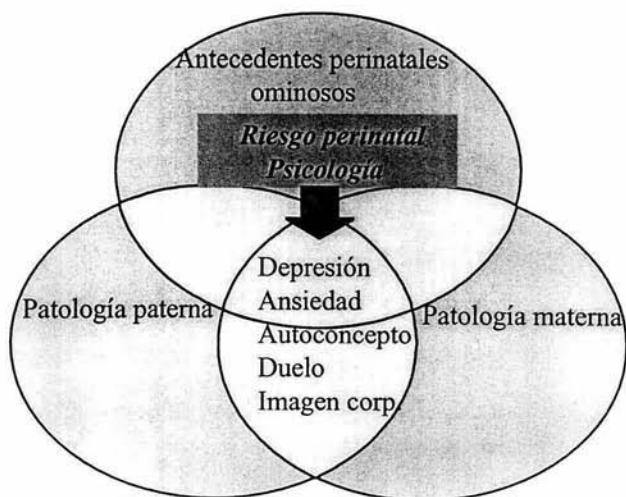


Fig 2.

- c) Antecedente de muerte neonatal temprana de causa desconocida (antes de 30 días del nacimiento)
- d) Parejas con antecedente de hijo con enfermedad congénita o genética

- e) Antecedente personal o familiar de embarazos molares (no se desarrolla el embrión)
- f) Antecedente de parto (s) inmaduro (s) o prematuro (s), con pérdida del producto
- g) Antecedente de producto con hidrops fetal, de etiología inmunológica o no inmunológica.

## 2.- Patología Materna

- a) Edad materna mayor a 38 años
- b) Patología severa, cuya existencia puede aumentar el riesgo para la madre o el producto (enfermedades cardíacas, renales, problemas circulatorios etc.)
- c) Rh negativo
- d) Diabetes Mellitus o con antecedente de Diabetes Gestacional
- e) Enfermedad Hipertensiva Aguda del Embarazo, severa o recurrente.
- f) Condiciones que impidan el cuidado adecuado de un recién nacido: enfermedades crónicas, terminales, neurológicas, deformantes, incapacidades físicas o psíquicas
- g) Antecedente de enfermedad congénita o genética en la mujer o en sus familiares de primer grado. Consanguinidad en la pareja en estudio.
- h) Patología ginecológica: funcional, infecciosa o tumoral
- i) Malformaciones mullerianas (estructura del aparato genitourinario)
- j) Insuficiencia ístmica cervical
- k) Exposición a agentes dañinos, previamente o al buscar el embarazo
- l) Drogadicción y otras toxicomanías
- m) Enfermedades infecciosas que puedan ser transmitidas durante la gestación y/o en el período neonatal.
- n) Enfermedades autoinmunes
- o) Enfermedades hemato-oncológicas

## 3.- Patología Paterna

- a) Edad de 45 años o más
- b) Antecedente de enfermedad congénita o genética o en familiares de primer grado. Consanguinidad en la pareja en estudio
- c) Antecedente de toxicomanías o drogadicción
- d) Exposición a agentes dañinos
- e) Enfermedades infecciosas transmisibles.

## Condiciones de Estudio

La Consulta Pregestacional está destinada a la valoración de toda pareja que planea embarazarse y que cumple los criterios de inclusión. El grupo multidisciplinario que la integra incluye las especialidades de Gineco-obstetricia, Endocrinología, Epidemiología, Genética, Hematología, Infectología, Medicina Interna, Psicología, etc., considerando que se debe efectuar un **ESTUDIO INTEGRAL** de la paciente. Es prudente que, buscando un mayor beneficio, se trabaje coordinadamente, en atención a la gama de patologías que pueden causar riesgo para la madre o el producto.

Para iniciar la evaluación del riesgo pregestacional, son requisitos indispensables, que:

- a) La mujer no esté embarazada.
- b) La pareja esté de acuerdo en efectuarse los estudios clínicos y paraclínicos necesarios.
- c) Se informe a la pareja que tiene libertad de decisión en la aceptación del tipo de tratamientos médicos o quirúrgicos que se le propongan.
- d) Ambos cónyuges estén decididos a no buscar embarazo hasta terminar la valoración de riesgo pregestacional.
- e) Se explique ampliamente que la **responsabilidad de la decisión reproductiva** únicamente será tomada por la pareja, con la asesoría de los integrantes del grupo de estudio.
- f) Se excluyen todos los pacientes hombres o mujeres con diagnóstico de esterilidad.

Cuando exista riesgo muy grave para la paciente, se desaconsejará la búsqueda de un nuevo embarazo y se propondrá un método definitivo de control de la fertilidad. Debe darse información precisa a la pareja, ayudándoles a tomar conciencia de que, aunque la decisión debe ser tomada por ambos cónyuges, en última instancia la mujer debe tomar la decisión final porque ella es la que va a poner en riesgo su vida. Se elaborará una nota que contenga toda esta información y decisiones posibles y se les solicitará que firmen para testificar que tienen conocimiento completo del problema. (Espinosa, Gorbea & Baptista., 2001).

#### IV.- Factores psicológicos en la Pérdida Recurrente del Embarazo

Así como en el apartado sobre la Reproducción Humana, sugerimos un texto para lectura complementaria sobre el tema, también sugerimos aquí consultar el artículo sobre Imagen Corporal, cuerpo vivido cuerpo escindido publicado en la Revista de Perinatología, (González, 2001) donde se expone de manera más global el marco teórico de la psicología alrededor de la reproducción humana y sus concomitantes, ya que en el presente tema entraremos a aspectos más particulares.

El ligar los aspectos médicos y psicológicos en este escrito, responde no sólo a los principios de interdisciplinariedad que hemos venido sosteniendo en el abordaje profesional en una Institución de Salud, sino también realizar desde el sentimiento de la paciente, un ensayo reconstructivo de su experiencia como neófita de una Institución de Salud, y particularmente de una Institución de Salud reproductiva. La paciente y su pareja desde que ingresan a la Institución, ya traen un historial más o menos largo de pérdidas perinatales acordes a sus fantasías de que el problema es ocasional, a la sombra de la creencia popular en un imperativo reproductivo, o ya impactados por el fenómeno de repetición que ha contravenido todo su plan gestacional.

Con frecuencia es su primera experiencia con las limitaciones humanas, que nos enfrentan al crisol ya magistralmente planteado por los trágicos del clasicismo literario; son los límites que nos impone la vida y nos hace enfrentarnos perennemente a nuestro narcisismo primario. Aquí el reclamo se enfila en primera instancia contra Dios, en un oscuro deseo de petición de cuentas, atribuyéndole la propiedad de distribuir caprichosamente el bien y el mal en el mundo, pero desconociendo la proporción vital que esta distribución juega en nuestra propia experiencia. La voracidad del reclamo, obtura la visión del camino a la compensación una vez asumida la falta. Es la eterna dialéctica entre el creador y la criatura.

si es que queremos conservar la presencia ideológica de Dios, o enfrentar las condiciones de nuestro destino que con o sin El, se presenta como oportunidad ideal de poder escribir nuestra particular historia. Historia a la que podremos invitar a nuestros hijos ....consanguíneos o no.

En segunda instancia, la pareja infértil, efectúa un desplazamiento de su maltrecha idealización teológica producida por la frustración, hacia la Institución de Salud, (Castañeda & Bustos, 2001) y de manera no muy saludable, porque encubre socarronamente una alternativa de alianza con el poder, a costa de un afrontamiento realista de la situación dentro de los límites de lo posible y sus alternativas. Es por esto, que en este punto hemos ubicado dentro de la Clínica un primer momento de acción profiláctica con nuestra plática interdisciplinaria de inducción; de esta manera, se libera al trabajo propiamente psicoterapéutico, de una acción pedagógica con la que venía cargando, la cual se antoja más dentro de estrategias institucionales poblacionales que no se han dado hasta el momento de manera generalizada. La anticipación cognoscitiva de los procedimientos y recursos reales de la Institución Hospitalaria, reduce la ansiedad reactiva que se produce ante lo desconocido y permite anticipar planes y decisiones más realistas, abatiendo también la magnitud del impacto de futuras frustraciones.

Nuestra intención de publicar en el apartado de los Factores Médicos de la Pérdida Recurrente del Embarazo como actualmente se le denomina a la infertilidad, los principales criterios médicos de ingreso a la clínica, es hacer del conocimiento del público en general y profesional, el abanico de condiciones biológicas\* que pueden incidir en la buena marcha de un embarazo. Es importante contar con la confianza de la pareja infértil en la Institución y en el equipo de salud, pues sólo el especialista conoce el conjunto de signos que orientarán sus acciones hacia unos procedimientos u otros. Es muy frecuente que la comunicación espontánea que tienen las pacientes en la espera de su consulta, generen dudas sobre los exámenes diferenciales que se les practican a unas u otras, y esto lo interpreten como descuido médico.

Otro de los factores que condiciona el mayor o menor grado de tensión emocional de la pareja infértil es su historial personal, reproductivo, de pareja y familiar; como lo decíamos más arriba, la paciente llega al Instituto ya con un historial de pérdidas perinatales, pues una de las condiciones de ingreso es que tenga más de dos pérdidas, con el agravante de que carece prácticamente de historial clínico de las mismas, dado que las instituciones de atención gineco-obstétrica donde se atendió sus eventos reproductivos previos, son precisamente para eso y no para la investigación en el campo. Sumado a lo anterior se complica la situación emocional, cuando vienen añadidas presiones de sus círculos sociales más inmediatos, desde su pareja, familia primaria, familia política y ambiente laboral cuando la mujer trabaja, pues como lo decíamos al principio de este escrito, la reproducción humana no es cosa de uno o dos, sino que es cosa de todos. (Arranz, Blum, Saucedo, Gutiérrez, 2001)

Los avances en los descubrimientos médicos nos enseñan que también la edad constituye un riesgo sumado, tanto en el caso de la mujer como en el hombre; en este último según la costumbre, se convierte en una noticia sorpresiva, pues tradicionalmente era orgullo de potencia sexual masculina, el poder engendrar a edades avanzadas; como lo diría el refrán,

"el que nada sabe, nada teme"; al cabo y la cuenta de cualquier complicación se le cargaba al haber estigmático de la mujer. Con esta última consideración, es cuando la búsqueda del embarazo se convierte en una prueba contra reloj; no más que en este caso, irónicamente no es un solo reloj..... son dos, el de la pareja y el de la institución. Y miden el tiempo en ritmos diferentes. Los tiempos y circunstancias institucionales, son distintos a los tiempos y necesidades individuales. Otra realidad que hay que conocer, para aprender a valorar y determinar prioridades, pero sin evadir el costo emocional que esto conlleva de acuerdo a las características personales de los actores.

Como manada de lobos furtivos, una a una, estas eventualidades posibles acechan y atacan la estructura de la pareja y de sus miembros en particular, terminando no en pocos casos con la erosión y desintegración de la misma al igual que la estrategia seguida por los individuos de la metáfora citada. Es la ocasión para recurrir al análisis de la fuerza con la que fue constituida la pareja, porque esta crisis como también lo decíamos más arriba, puede convertirse en la puerta de muchas nuevas posibilidades, como afirma Lacordaire, en una de sus frases célebres: "La adversidad descubre al alma luces que la prosperidad no llega a percibir". (Lacordaire)

La infertilidad, juega también con la muerte. No es sólo el deseo de un embarazo, sino el deseo de que un embarazo llegue a término. La pareja infértil sabe que se puede embarazar, lo que no sabe es en qué momento del desarrollo de su embarazo, puede este interrumpirse. La experiencia repetitiva, pone cada vez sobre sus cabezas "una espada de Damocles" y la culpa acumulada de que en la búsqueda del logro de su deseo, se van yendo también las vidas de quienes se prefiguraban como la promesa cumplida. ¿ "Vale la pena nuestro sacrificio y el sacrificio de nuestros hijos malogrados?". ¿ " Quién dice, hasta cuando?"

El ingreso al estudio especializado del problema reproductivo, abre una última esperanza al cierre de las preguntas formuladas a través de dos vías: la sobrevaloración de las posibilidades del tratamiento y de la Institución de Salud o la esperanza al menos de declinar la lucha ante un diagnóstico de infertilidad definitiva, pero al menos cerrando la gestalt con el conocimiento de la causa, lo que hará menos difícil la elaboración del duelo. En ambas alternativas se escamotea la sana y madura posibilidad de autodeterminación en la decisión, pues el límite viene de afuera y es cómplice de la dependencia y la resignación. No así en cambio, cuando la pareja enfrenta el problema con un plan predeterminado, presupuestando todos los recursos voluntaria y posiblemente disponibles, para tomar una decisión final una vez cumplido los objetivos fijados.

Estamos plenamente conscientes que el discurso que venimos desarrollando se da en el plano de lo ideal, porque para esos logros es necesario haber llegado a un desarrollo óptimo de las funciones yóicas, lo mismo que en la dinámica de pareja. La experiencia clínica nos pone ante la realidad de las fisuras vinculares y personales de las pacientes que ingresan al grupo psicoterapéutico, lo cual se convierte en factores coadyuvantes para generar duelos complicados y dificultar la elección de alternativas que faciliten la superación del conflicto.

La infertilidad genera culpa por varias vías. La primera, con la sociedad pues siente la mujer y la pareja que no están a la altura de las circunstancias con respecto al grupo que los contiene, al no retribuir y participar en su manutención y conservación. Culpa con los



embarazos malogrados, al estar infringiendo daño a los hijos que se van en la búsqueda del logro del proyecto; la falla la asumen como acto responsable y no como consecuencia de la posible limitante biológica. Culpa con la pareja, porque se sienten defectuosas o defectuosos al no poder aportar su parte proporcional en el éxito reproductivo y con esto provocar la esterilidad indirecta de la pareja, ante el dilema de conservar la relación, y culpa ligada a otras culpas del pasado, por actuaciones morales no resueltas aún, ligadas frecuentemente a conflictivas relaciones familiares o prácticas abortivas.

Todo este cúmulo de circunstancias personales, sociales e institucionales, son el camino por el que atraviesa la pareja infértil una vez inician la tarea de enfrentar y esclarecer las condicionantes de su problema; no todas ellas optan por el apoyo psicológico; en primera instancia porque sienten no necesitarlo y en segundo término, por posibles prejuicios respecto a la práctica psicológica, dado el desconocimiento de la tarea que desarrolla esta profesión en el campo de la salud mental o emocional. Sin embargo, en cualquiera de los casos, es recomendable aún por el mínimo motivo de higiene mental, tener acceso a esta experiencia psicológica, dentro de un primer abordaje de psicoterapia breve.

#### V.- Un Programa de Pérdidas Perinatales en una Institución Reproductiva de tercer nivel

##### 1) La atención clínica y la investigación

De lo planteado hasta ahora, contamos con la justificación teórica para tratar de la conveniencia de contar con este servicio, en las instituciones de salud y particularmente en una como ésta. Las condiciones generales de atención hospitalaria, marcarán la pauta de atención o encuadre, en el cual se desenvolverá el psicólogo. Esto hace la diferencia entre la práctica privada y la institucional. El esquema general de atención psicológica es válido también para un programa particular de pérdidas perinatales, objeto del presente escrito.

Dos campos se abren para la atención psicológica institucional: La consulta externa y hospitalización. En la consulta externa, la paciente se encuentra constantemente vigilada respecto a su estado de ánimo por cada uno de los profesionistas encargados de los servicios, a medida que la paciente pasa por ellos. Esto ha sido acordado por medio de las consignas y políticas emanadas por la jefatura del Departamento de Psicología y la retroalimentación periódica dada a la comunidad hospitalaria a través de los foros como las sesiones generales y actividades académicas que se tienen con el personal.

Sin embargo, aunque sabemos que están enterados de signos de alarma para hacer una remisión al servicio o también por solicitud de la paciente, no son especialistas en el tema; por lo tanto, estas solicitudes son concentradas en una entrevista de primera vez programada, donde un psicólogo asignado al programa realiza una entrevista diagnóstica para determinar la pertinencia de ingreso al grupo psicoterapéutico o derivación de la paciente a otros servicios de salud, como alternativa o como tratamiento complementario, tales como, neurología, psiquiatría, planificación familiar, etc. De estos procedimientos se asienta nota en expediente clínico de la paciente, para información del equipo interdisciplinario, y en caso necesario participar en juntas de estudio de caso para la toma de decisiones en cuanto a consejo reproductivo.

En el caso de hospitalización, el personal médico y de trabajo social, están pendientes en sus recorridos de los procedimientos médicos y la repercusión que estos puedan tener en el estado emocional de la paciente, lo mismo que de otros signos generales de salud mental, pues en estas circunstancias puede manifestarse sintomatología que no fue detectada en el tránsito de las pacientes por los demás servicios hospitalarios. El psicólogo es llamado para atención de emergencia, y es una ocasión ideal para brindar apoyo oportuno y orientación de acuerdo al historial reproductivo de la paciente, respecto a los servicios de psicología o seguimiento en caso de ser paciente conocida por el servicio. El contacto personal dentro de esta actividad, con el personal de salud en hospitalización, permite una retroalimentación mutua inmediata en cada caso, que deriva en recomendaciones a favor de un mejor manejo de la paciente.

Decíamos que las condiciones de atención hospitalaria condicionaban el encuadre del trabajo psicológico; con cierta frecuencia pregunta el público en general si es posible atender a una paciente que ha tenido pérdidas recurrentes del embarazo o alguna pérdida reciente que la tiene afligida. Conviene anotar, que el servicio es interno; es decir sólo las pacientes que ya han tenido su ingreso a la Institución, pueden ser derivadas o solicitar su atención a psicología. La técnica que utilizamos para la atención es la psicoterapia de grupo.

El grupo de pérdidas perinatales está conformado sólo por pacientes que han sufrido pérdidas perinatales; esto constituye un gran recurso terapéutico porque horizontaliza la dinámica grupal, permitiendo ganar autoridad moral de unas para con otras al haber pasado por la misma experiencia; favorece el abatimiento de la ansiedad y depresión al poder compartir sus fantasías y vivencias psicosociales en el afrontamiento de la situación. El período de atención psicológica, está circunscrito a la permanencia de la paciente en la Institución hasta su alta o baja por diferentes razones administrativas o médicas; en estos casos, si consideramos necesario, la paciente es orientada hacia otros centros de atención también institucionales en el campo de la psicoterapia. (Morales & Díaz, 2000)

No puede faltar en un programa psicológico y de pérdidas perinatales en particular, en una institución de tercer nivel, las tareas de investigación. La población en general no está familiarizada con esta actividad e igual que con los servicios psicológicos, existen muchos prejuicios. Es importante que se desarrolle por parte de estas Instituciones de Salud, programas de información y sensibilización al público usuario que pudieran comenzar desde su admisión; mientras esto sucede, la plática de información que damos en la Clínica de Evaluación del Riesgo Pregestacional se plantea como una actividad remedial de esta carencia.

La propuesta que hacemos es convertir la Institución Hospitalaria en una comunidad de salud, a fin de favorecer la adherencia a los tratamientos y con esto garantizar al menos el mínimo seguimiento sanitario básico, prerrequisito indispensable para favorecer la actividad investigadora. El usuario(a) de nuestra institución hospitalaria, debe saber que el beneficio de los adelantos científicos que en el presente disfruta, se han dado por el trabajo mutuo del equipo de salud, del cual ellos forman parte con su participación voluntaria e informada en las actividades de investigación.

## 2) El grupo terapéutico

Son numerosos los libros y manuales sobre psicoterapia de grupo y también las recomendaciones técnicas para su conformación y conducción; (Grinberg , Langer y Rodrigué, 1977 ) sin embargo también son imprescindibles los ajustes que hay que realizar cuando estos grupos se crean en instituciones con particulares características de atención. Empezando con las modalidades terapéuticas, hemos encontrado la grupal como la más útil, emulando la funcionalidad también demostrada en los orígenes de esta práctica con Pratt y Dejerine a principios de siglo, aunque sobrepasando las concepciones excesivamente empíricas de éstos autores en cuanto al motor de la cura, que no dejaban de seguir emparentadas con el más elemental mesmerismo. (Capon, 1978, p. 13 - 14)

Ya por esta misma época comenzaban las diferentes teorías psicológicas a adoptar al grupo como parte de sus técnicas terapéuticas para maximizar en un principio los recursos humanos y materiales, escasos a raíz de las consecuencias de la segunda guerra mundial; posteriormente, se fueron haciendo los ajustes teóricos a esta técnica: Moreno en el campo del sociodrama, Foulkes en el psiconálisis, Marsh en la orientación existencial, Snowden y Low en las estrategias directivas entre otros. (Capon, 1978, p. 15 - 23)

En el contexto que nos atañe, el de la reproducción humana, dentro de una institución de salud de tercer nivel de atención, se nos brinda la oportunidad de poder contar con la posibilidad de una población aglutinada, alrededor de los temas objeto de estudio de la práctica médica. Ocasión única muy difícil de lograr en población abierta. Aunque la variada problemática que genere el medio ambiente, será siempre afrontada desde una particular estructura de personalidad de las pacientes, y este binomio interactivo sería el que trabajaría cualquier enfoque psicoterapéutico, no deja de tener ganancias teóricas y técnicas el poder formar grupos alrededor de temas específicos, como por ejemplo el de la Pérdida Recurrente del Embarazo. Ya en una publicación anterior (González, 2002, cap. 8), empezábamos a señalar las diferencias que hay entre esta circunstancia reproductiva y la aparentemente similar, la esterilidad, lo que amerita el estudio psicológico diferencial de ambas.

Desde la técnica, el apoyo, el análisis de alternativas, la comunicación de vivencias mutuas alrededor de la misma experiencia, constituyen un excelente factor curativo a medida que el grupo va avanzando en la objetivación del problema en relación a las integrantes que van ingresando. El que sean grupos abiertos, acordes a las características de la Institución de Salud, mas no de salud mental, dado el rol de interconsultantes que tenemos los psicólogos y la transitoriedad de las pacientes condicionadas a los tratamientos médicos o circunstancias personales generales, hacen que la experiencia acumulada permanezca desde las más antiguas, para beneficio de las nuevas participantes (Kadis y cols, 1969, cap. VIII), constituyéndose en una especie de imaginario grupal. El clima del grupo es entonces dinámico y conserva las estrategias para el abordaje de los problemas más inmediatos con los que se enfrentan las pacientes al ingreso al Instituto, los cuales giran más alrededor de lo psicosocial.

Muchas de las pacientes ya traen un historial más o menos nutrido de experiencias de pérdida gestacional, pues como criterio de admisión al menos ya deben contar con dos pérdidas continuas, sin dejar de mencionar que llegan a tener noticias algo tardías de la existencia del Instituto como centro de atención reproductiva; tardías, principalmente por sus límites de edad cronológica óptima para embarazarse, contando con la duración de los tratamientos médicos que llegan a prolongarse más del esperado.

En estas circunstancias el enfoque más pertinente es la terapia breve y de emergencia pues de lo que se trata es de restaurar a un yo cuyas fisuras se manifiestan en los efectos de sus funciones como lo menciona Fiorini (1990, p. 120 ): Adaptación a la realidad, control de impulsos, regulación de la ansiedad, capacidad de aplazamiento de la satisfacción, integración y coherencia de las diversas facetas de la persona entre otras. Parte de estas fisuras son las que propician la percepción omnipotente de la Institución como salvadora del estigma o última dictaminadora de la posibilidad de embarazo, favoreciendo la evasión del afrontamiento personal de la realidad.

Mucho se ha discutido sobre todo por parte de las corrientes terapéuticas de corte psicoanalítico, si lo más conveniente es dirigir la estrategia hacia el fortalecimiento yoico como lo sugiere la psicoterapia breve; en realidad, todo depende del sentido que se le da a este concepto. Cuando Freud dice: "donde haya ello, que yo sea" está hablando también de fortalecimiento yoico; aquí a quien se fortalece es al yo, no a sus defensas. Lo cierto es que en psicoterapia breve no se trabaja con estructuras arcaicas de constitución de la personalidad y por esto tampoco el análisis de la transferencia tiene el alcance y manejo que se le da en la terapia psicoanalítica; pero también es cierto que un yo demasiado maltrecho por circunstancias ambientales, tampoco es el ideal para iniciar una psicoterapia profunda, ni la Institución de Salud presenta las circunstancias ideales para ello.

La psicoterapia breve en instituciones como lo dice textualmente Fiorini, (1990, p. 29 ) parte de una evaluación exhaustiva del paciente, que abarca tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales llevando la acción terapéutica a :

- 1.- Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.
- 2.- En ese marco, adecuado para una experiencia "emocional correctiva", favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.
- 3.- Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.
- 4.- Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. ( Esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la conciencia de enfermedad, sino también hacia una más clara conciencia de perspectivas personales.)

5.- Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

En un análisis del discurso de las pacientes en psicoterapia, encontramos la demarcación de prioridades de atención, las cuales se aglutinan en cinco ejes fundamentales:

- Esquema corporal: ¿“Qué me falla?”
- Imagen corporal: “No soy como las demás .. soy mujer de segunda.”
- Mi lugar en la pareja: “Lo dejo libre para que él pueda tener hijos”
- Mi papel en la Institución de Salud: “Aquí solucionarán mi problema”
- El afrontamiento del duelo: “Pérdidas gestacionales y/o fin de vida reproductiva”

Es a través del discurso en la psicoterapia y no tanto por el motivo de consulta, donde se manifiestan los focos de atención, pues como lo dicen Morales y Díaz, (2000) en instituciones no psicológicas no existe por lo general una demanda de atención en este sentido, sino que de manera indirecta la consulta parte de un segundo momento a raíz de la atención médica, dando pie a tres criterios de inclusión para atención psicológica, que serían los siguientes:

1.- Si la problemática psicológica de la paciente altera patrones de conducta que directa o indirectamente afecten su vida reproductiva. Es el caso de pacientes con trastornos severos de personalidad, carencia significativa de redes de apoyo empezando por la pareja.

2.- Si la vida reproductiva tiene repercusiones sobre la estabilidad emocional, individual, de pareja, y/o familiar. Se consideran aquí problemas como la esterilidad y la pérdida recurrente del embarazo, riesgos considerables en el embarazo asociados a la salud de la paciente o del producto.

3.- Si existe riesgo psicológico potencial en relación con eventos de su vida reproductiva. Como por ejemplo, problemática asociada a riesgo genético en aras al bienestar del producto; recomendación de fin de vida reproductiva por dictamen médico.

La sesión terapéutica se abre con una corta inducción sobre las condiciones básicas de funcionamiento del grupo, cuando hay pacientes de nuevo ingreso, ya que más del 80% de ellas, no han tenido experiencia previa en psicoterapia; en caso contrario, la sesión empieza con la primera participación de alguna paciente. Aunque el encuadre no es estrictamente psicoanalítico, el inicio por parte de ellas les ayuda a ir enfrentando sus ansiedades paranoides, mismas que se les interpretan a fin de ir enganchándolas en una cadena de sentido respecto a su dependencia hacia la institución y hacia la vida.

En un primer momento, la paciente que ingresa al grupo, dirige su discurso hacia el relato de los sentimientos que la embargan por la pérdida de sus hijos, girando paulatinamente hacia un replanteamiento de la representación imaginaria de su cuerpo como problema. Aquí es donde se instauran dos de los focos de que hablábamos más arriba, el esquema y la imagen corporal, coincidiendo con el inicio de los reconocimientos médicos y análisis de

laboratorio complementarios. Cuerpo vivido y cuerpo escindido por la doble mirada: La del médico y su tecnología y la propia experiencial de la paciente (González, 2001). Demanda de reconstrucción y reinterpretación en la psicoterapia donde con ocasión de la frustración, se empieza a descubrir que existen más alternativas. Ocasión para descubrir y aprender que a cuenta del duelo presente, estamos cobrando sumatoriamente facturas anteriores que nos victimizan y erosionan el autoconcepto y autoestima. Es la necesidad de la regresión que se plantea como factor de cura en toda psicoterapia de orientación psicoanalítica. “Los que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo” (Santayana. J). Frase humanística que toca tangencialmente los intereses freudianos en la explicación de la compulsión a la repetición. No sería gratuita la coincidencia con el discurso médico manifiesto del tema que hemos venido desarrollando sobre “La pérdida *recurrente* del embarazo.” O como lo diría Calandra, Del Valle, Olivares, et al (1973, p. 231): “Al hablar del aborto, se lo aísla del embarazo en cuestión . La pregunta correcta es: ¿ Por qué se produce un embarazo que culmina en aborto?” .

Es aquí donde se debate el conflicto interior de las pacientes y de ellas con sus parejas. El deseo de tener un hijo individual o conjuntamente considerado, y al costo de los hijos que mueren en el intento. En este metafórico medio de contraste, es donde se nos presente la posibilidad de vislumbrar los elementos narcisísticos que entran en juego en la reproducción humana, y que desmienten el discurso manifiesto de necesidades maternas de la pareja. O el esposo presiona a su pareja para que no renuncie en los intentos de hacerlo "padre," o por el contrario es la mujer la que demanda la presencia de su pareja que garantiza su permanencia en la institución en la búsqueda de su proyecto gestacional.

Calandra, Del Valle, Olivares, et al (1973, p. 224) plasman de una manera más sistemática toda esta conflictiva, cuando afirma que en el estudio de las motivaciones inconscientes en la práctica psicoanalítica, se percibe que las mujeres abortadoras habituales, de manera espontánea o no, presentan tres tipos de conflictos :

- b) Un grupo de mujeres que contra toda su voluntad consciente de postergar o limitar su fecundidad, se embarazan porque inconscientemente desean tener un hijo.
- c) Un grupo de mujeres que, contra toda voluntad consciente de no embarazarse, lo hacen porque un invencible temor de castración las lleva una y otra vez a probar su fertilidad.
- d) Un grupo quizás más numeroso (sobre todo en las clases sociales más bajas) que contra toda su voluntad consciente de no embarazarse, lo hacen arrastradas por un impulso castrador, autodestructivo, superyoico, que las castiga con la mutilación procreativa. Es decir que en este caso el aborto no es el resultado del embarazo no deseado, sino el embarazo es el resultado de un deseo de abortar como autocastigo inconsciente a causas de su genitalidad.

El aporte que también hace el autor a estas observaciones, es incluir a la figura masculina en los conflictos del fenómeno reproductivo, cosa no muy frecuente en la literatura sobre el tema; y añade la necesidad de extender estos tres tipos de conflictos observados desde la experiencia del psicoanálisis, a la pareja de la mujer abortadora, que embaraza repetidamente a mujeres en condiciones que llevan luego al aborto, dejando entrever:

- a) Un deseo inconsciente de paternidad.
- b) Un deseo inconsciente de probar una y otra vez su virilidad, embarazando a sus compañeras y
- c) El impulso inconsciente superyoico a castrarse a través de la destrucción del hijo engendrado.

Con estas observaciones, se presenta la ocasión propicia para cumplir con uno de los objetivos de la psicoterapia institucional el cual es prevenir, apuntalando conflictos que en la medida que se den las condiciones favorables, se resolverán en el grupo o ameritarán una derivación a otras instituciones de atención psicoterapéutica.

Efectivamente, el dolor que manifiestan nuestras pacientes ante el testimonio mudo de las paredes institucionales, frente a sus avatares reproductivos, van dilucidándose junto con la elaboración de sus duelos, para encontrar nuevos horizontes de una promesa cumplida, o descubrir riquezas y recursos nunca vistos, debido a la opacidad que les daba la cotidianidad de la vida. El encuentro casual con la psicoterapia es la mejor herramienta que se llevan, habiendo aprendido que es en el campo de la palabra y el sentido que ella nos proporciona, donde encontramos el fin del camino de la repetición ciega y desesperanzadora en nuestras vidas y el comienzo de poder ver y elegir las demás oportunidades.

### 3) La sesión terapéutica

El encuadre general bajo el cual trabajamos, es el sugerido por muchos de los psicoterapeutas de grupo, el cual es ajustado a las necesidades de cada práctica en particular como lo mencionan Gringberg, Langer & Rodrigué (1977): Una sesión semanal como mínimo de hora y media de duración, un tamaño de grupo de 8 a 10 participantes; el costo de la sesión ya está fijado por un estudio socioeconómico previo que la Institución hace a cada una de las pacientes a su ingreso. El lugar, es un cubículo anexo al Depto. de Psicología especialmente adaptado para esta actividad.

En la modalidad de grupos abiertos que he venido planteando, la primera sesión se inicia con una sucinta mención de las condiciones del encuadre, que ya habían sido expresadas a la paciente al final de la entrevista de primera vez, cuando se le recomendaba la participación en el grupo (duración de la sesión, periodicidad, asiduidad, participación etc.). En las sesiones subsiguientes, las pacientes son las que inician cada sesión con la intervención espontánea de alguna de ellas, la cual es tenida en cuenta para realizar señalamientos de acuerdo a la tarea en los casos pertinentes.

El grupo dada la experiencia que va tomando en el tratamiento del tema, va conformando un clima grupal que se constituye como un imaginario social acelerando la adaptación de la paciente de nuevo ingreso a la temática común de las pérdidas perinatales. Sin embargo, a la paciente de primer ingreso se le da seguimiento durante las primeras sesiones a fin de observar su proceso de integración y en el caso de detectar dificultades, realizar alguna estrategia que facilite este proceso como por ejemplo, hacer algún señalamiento hacia su conducta no verbal, involucrarla en algún comentario temático de la sesión o solicitarle una presentación personal alrededor de sus circunstancias reproductivas.

Hemos observado que la posición de la paciente frente a la pérdida perinatal, es la misma en esencia que tendría cualquier sujeto ante cualquier frustración. Esto es, el afrontamiento se hace por medio de la particular estructura de carácter y es la ocasión para analizar las peculiaridades de su desarrollo y constitución. Las cicatrices caracterológicas, condicionan las diferentes elecciones de vida “ilegitimándolas”, dejando la brecha abierta para que se instaure lo que Freud llama compulsión a la repetición.

Para este apartado, tuve la oportunidad de revisar 90 sesiones de grupo, cuyas transcripciones no fueron textuales sino más bien temáticas, y constituyen un denominador común en toda la psicodinamia del proceso. En otros textos editoriales se han transcrita etapas del proceso de duelo ante la pérdida perinatal (Bowlby, 1990 y Fernández, 1988, p. 247 - 261), las cuales didácticamente son muy útiles porque proporcionan un marco común para la comprensión de las diferentes manifestaciones del fenómeno, y que podemos observar durante el desarrollo de la psicoterapia grupal; aún con esto, no desarrollan suficientemente la diferencia de estas etapas en el caso de un duelo complicado y un duelo de curso normal, aunque sí señalan que la complicación se manifestaría en la duración y fijación en alguna de ellas.

Individualmente es más fácil captar el proceso de elaboración del duelo en cada una de las pacientes, aunque en el grupo también se pueden identificar las etapas de una manera más intermitente, por ser un grupo abierto; lo anterior independientemente de las fijaciones que puedan encontrarse en el proceso, dadas las características de personalidad e historia personal de las participantes y que apuntan hacia duelos complicados.

A manera de ilustración haremos una descripción de las etapas del duelo a la luz del proceso grupal, con las características generales del manejo en cada una de ellas y los signos que presenta la paciente cuando va recuperando de nuevo su autonomía emocional:

#### I- Impacto y negación:

- a) Existe un gran número de detalles en relación con la pérdida del producto
- b) Plantean alternativas que hubieran evitado el hecho
- c) Se niegan a hablar con otras personas sobre la pérdida
- d) Rechazan el apoyo que les ofrece el medio externo, aislándose
- e) Existe preocupación por dañar a otros
- f) Se identifican con la experiencia de sus compañeras y prevalece el sentimiento de baja estima

Manejo: Se fomenta la cohesión grupal; a través de una escucha atenta se favorece la empatía y se conduce el discurso a un análisis de realidad. Se hacen señalamientos sobre la focalización en el problema..

#### II- Ira y enojo:

- a) Percepción del mundo circundante como amenazante y persecutorio



- b) Hay una necesidad de depositar en otros los sentimientos negativos de lo acontecido
- c) Sensación de incompreensión de su vivencia por parte de familiares y amistades
- d) No toleran la presencia de otros niños y se sienten en desventaja con otras madres
- e) Se sienten culpables por la pérdida del embarazo

Manejo: Se hacen señalamientos sobre la falsa percepción de la amenaza exterior y la necesidad de enfrentar el dolor. Se conduce el análisis a identificar la baja autoestima y la necesidad de devaluar a otros para restituirla

### III- Depresión:

- a) Se liga la experiencia presente a otras pérdidas significativas
- b) Intento de regresión a situaciones satisfactorias del pasado
- c) Se calendariza la experiencia haciendo recurrente el duelo; esto es, toda fecha susceptible de ser asociada con la pérdida, se sobredetermina, ej: día de la madre, día del niño, día del padre, aniversario de la pérdida. Etc.
- d) Se instaure un cuestionamiento sobre la solidaridad de la pareja con fantasías de abandono
- e) Decremento del interés sexual
- f) Se refuerzan los temores hacia un nuevo embarazo
- g) El grupo se identifica en el duelo aumentando el riesgo de deserciones cuando no se está preparado para la continencia

Manejo: Se propone la discriminación de las pérdidas. Se trabaja sobre la desmitificación del hijo perdido. Se recupera la imagen propia y de la pareja en su rol de género, actualizándola. Se refuerza la continencia y solidaridad del grupo. Se promueve la vinculación ideoaffectiva. Se induce a la instauración de un plan reproductivo, que permita poner límites a la repetición de la experiencia

### IV- Resolución y alivio:

- a) Se reinician actividades laborales
- b) Se buscan alternativas de proyectos de vida
- c) Se revaloriza la relación de pareja y con los hijos si lo hay
- d) Se habla con fluidez sobre la pérdida
- e) Se resuelve la envidia hacia otras madres con hijos
- f) Se reinician contactos sociales

Manejo: Se exploran alternativas, se refuerzan los intereses y habilidades; se abordan los problemas reales, y se canaliza al tratamiento adecuado en caso de encontrar problemática de fondo.

### Criterios de alta:

La paciente será dada de alta cuando:

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

- Manifieste menos pasividad frente a la pérdida y/o infertilidad.
- Maneje y entienda el efecto socialmente estigmatizador de la pérdida y/o la infertilidad.
- Descubra y valore otras áreas de su persona tan importantes como la maternidad y las no excluyentes del maternaje.
- Reconozca otros problemas de su personalidad que puedan estar afectando la situación del duelo y se anime a trabajarlos en otro encuadre psicológico.
- Logre diferenciar entre maternidad y maternaje permitiendo hacer una valoración más objetiva de lo perdido y aclarar su proyecto reproductivo.
- Pueda establecer un plan eficiente para resolver la infertilidad de acuerdo con un proyecto personal donde se establezcan plazos y estrategias para sus intentos.
- Pueda vislumbrar el efecto solidario de pareja que tiene el fenómeno de la infertilidad, al igual que en el embarazo, evitando así la victimización.

Independientemente del paso por la uniformidad relativa de las diferentes etapas del duelo, también debemos contar como ya lo decíamos, con la particular estructura de personalidad de cada uno de los sujetos que conforman el grupo terapéutico alrededor de la reproducción humana. La mayoría de las teorías del desarrollo humano, aunque con terminología diferente plantean una evolución desde etapas primarias de intereses centrípetos, hacia etapas de óptimo desarrollo de intereses hacia el medio ambiente y su transformación. Las fijaciones o detenciones en el desarrollo van a producir complicaciones en el duelo que ameritará la derivación a trabajo psicoterapéutico.

En el análisis del discurso de las 90 sesiones revisadas, encontré las siguientes temáticas con sus respectivas explicaciones latentes:

- Mujeres que aunque no desean el embarazo inmediatamente o a mediano plazo, permanecen en la institución bajo tratamientos sólo por saber el diagnóstico del problema y rescatar la potencialidad reproductiva. Esto tiene que ver con la imagen corporal y la necesidad de la percepción de un cuerpo sano. En este mismo rubro se encuentran aquellas mujeres que sin haber planeado el embarazo, deseaban comprobar que sí podían embarazarse, complicándose la situación con la pérdida al instaurarse la duda sobre función reproductiva.
- Mujeres que ante los conflictos e insatisfacción de vida en su familia primaria, buscan como modo inadecuado de liberación, el “compromiso” con una pareja a través del embarazo, sin haber consolidado los logros esperados que permitan identificarla como un individuo adulto. Esta circunstancia convierte al hijo en una amenaza, produciendo estadios regresivos de competitividad y sentimientos de agresión que ponen en riesgo para un duelo complicado en caso de una pérdida, ante la fantasía cumplida. Esta psicodinamia abre las puertas a la búsqueda compulsiva de un embarazo exitoso como medio de reparación frente a la culpa.
- Mujeres que ante los fracasos reiterados de sus relaciones objetales heterosexuales, idealizan al hijo como pareja incondicional, sin darse cuenta que el éxito en las relaciones anteriormente mencionadas son el mejor augurio para el éxito en las segundas.

- Mujeres que con frecuencia caen en el mito que la infertilidad es la causa de la fractura de la relación de pareja, cuando por el contrario es la ocasión para manifestarla.
- Dentro de la etapa de ira en el proceso de elaboración del duelo, puede estar también encubriéndose una falta de vocación para la maternidad.

Por último, en el trabajo con grupos abiertos institucionales alrededor de la reproducción humana, podemos captar el peso de la psicodinamia personal sobre la elaboración del duelo por la pérdida, en el periódico alejamiento de la temática hacia aspectos de las circunstancias personales de las pacientes. Esta es la oportunidad ideal para ir preparando por medio de señalamientos, una derivación a otro encuadre psicológico como se mencionaba más arriba en los criterios de alta.

#### VI- Conclusiones y recomendaciones

La presentación de este informe de actividades, representó para mí la oportunidad de realizar una síntesis entre mi período de formación académica y mi práctica profesional. Como la producción del vino, no es lo mismo haberlo realizado una vez terminados los estudios de postgrado, que después del tiempo transcurrido para poner el punto final a este requerimiento académico. Con esto se abre una consideración dilemática entre priorizar el añejamiento o la necesidad.

La práctica laboral demanda un ajuste entre el bagaje teórico-práctico recibido y la realidad institucional donde se desarrolla la experiencia de trabajo. No siempre se parte de cero; algunas veces los servicios de psicoterapia en las instituciones ya están en funcionamiento y en otras veces no, o lo están precariamente. En mi caso, la estructura de funcionamiento ya estaba constituida alrededor de la técnica grupal y a mí me correspondió participar en su desarrollo a través de uno de los programas, principal objetivo del presente informe. El participar dentro de una Institución médica de tercer nivel en los sistemas de salud de nuestro país, me ubicó dentro de un contexto de operación bajo tres ejes: La asistencia, la investigación y la enseñanza, con lo cual tuve un referente ideal para sustraerme a la tentación de la pura práctica, a la cual estamos proclives muchos de los clínicos.

Los administradores institucionales, no ven con claridad la rentabilidad de un servicio psicológico interno y con frecuencia proponen más bien contratar servicios de interconsulta externa; esto sucede porque sus evaluaciones se dirigen principalmente al producto de la atención clínica. Dado que por principio toda una población no podría estar psicológicamente enferma, la demanda no sobrepasaría el tiempo laboral de uno o varios psicólogos, además de plantearse un panorama oscuro para el crecimiento de un servicio de esta naturaleza. Este planteamiento es el que nos pone en alerta para ampliar nuestra perspectiva de acción dentro de la comunidad a la que estamos adscritos. Qué hacemos, por qué lo hacemos, qué efectos tiene lo que hacemos, son preguntas que nos invitan a realizar otras tareas que también son de interés nuestro y de la institución. El logro de la auténtica interdisciplinariedad, nos ubica orgánicamente en la institución donde siempre tendremos algo que decirle y que escuchar respecto a su funcionamiento alrededor del tema que nos ocupa.

Dentro del tema del presente informe, y a la luz de lo que he mencionado en este apartado de las conclusiones y recomendaciones, recientemente realicé una investigación para esclarecer la eficiencia de derivación hacia el servicio de psicología por parte del personal de salud, dado que según los registros de interconsultas el 20% de las pacientes que son remitidas a consulta psicológica del programa no llegan y de las que llegan y son invitadas a participar en el grupo terapéutico, la mitad no ingresan en él. A continuación expondré el resumen de dicha investigación:

### **Objetivo:**

Valorar comparativamente el estado emocional de las pacientes que son remitidas al Depto. de Psicología contra las que no, a fin de determinar si es eficiente el proceso de derivación a la psicoterapia de grupo.

### **Material y Métodos**

Para tal efecto, se llevó a cabo un estudio de casos y controles con un total de 140 pacientes evaluadas de las cuales 95 habían pasado a psicoterapia y representan los casos y 45 no, representando los controles. Comparamos las dos muestras con la prueba no paramétrica de Wilcoxon para rangos señalados y pares igualados y para medir el estado emocional, aplicamos el Cuestionario General de Salud de Wolberg. El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spilberger y la Encuesta de Auto Medición de la Depresión de William Zung.

### **Resultados:**

Con el Idare Rasgo-Estado la mayoría de las pacientes caso, el 70%, entran a grupo terapéutico, con el C.G.S. el 80% y con el E.A.M.D., el 62%, lo cual muestra una eficiencia bastante aceptable del proceso de derivación. Un poco más de la mitad las pacientes detectadas como no caso a través del E.A.M.D., y el Idare Rasgo- Estado entran a psicoterapia; con el C.G.S., es casi el 90%. Esto es permitido mientras el grupo psicoterapéutico no esté saturado y se hace para brindarles un apoyo temporal.

### **Conclusiones:**

Dentro del programa de pérdidas perinatales los resultados muestran una alta eficiencia en la captura de pacientes con problemática emocional significativa siendo un poco menos en la depresión quizás por las características de retraimiento de este padecimiento y en nuestro caso asociado al duelo; es recomendable desarrollar estrategias alrededor de la depresión, pues en las pacientes que no fueron remitidas al grupo, es mayor el número de casos, no así en los casos de ansiedad y malestar psicológico en general medido este último con el C.G.S.

Aún con la información obtenida, sabemos que quedan márgenes de eficiencia para trabajar las cuales están condicionadas a muchas variables socioeconómicas y que ameritaría conocerlas a través de las mismas pacientes para completar la averiguación iniciada, como por ejemplo: La ubicación geográfica del Instituto no es la óptima para todas; el costo de la

psicoterapia compite con los costos del tratamiento médico simultáneo; las resistencias ideológicas al tratamiento psicológico, etc.

Para finalizar, creo que el formato y contenido de este tipo de reportes para optar por el certificado de la especialidad, dependerá mucho de la experiencia del psicólogo en su prácticas profesionales, académicas o extraacadémicas, dado el objetivo formativo práctico que tienen los estudios de postgrado y la amplia gama que se abre en la investigación de este campo como lo muestran Kaplan & Sadock, (1966). Temas como instauración de un servicio psicoterapéutico, marco teórico y técnica, eficiencia terapéutica, abordaje teórico práctico y problemática psicológica, psicoterapia y programas alternativos , por mencionar algunos, podrán ser objeto de este tipo de trabajos

## Bibliografía:

Allport GW. (1968). La personalidad. Su configuración y desarrollo. Barcelona: Herder.

Arranz, L.L., Blum, G.B., Saucedo, G.L.F., Gutiérrez, A.R (2001). El deseo de maternidad en pacientes sujetas a tratamientos de reproducción asistida en una Institución de Salud Pública. Ginecología y Obstetricia de México, 69, 51 – 56

Bowlby,N. (1990). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós.

Calandra, D., Del Valle, E., Olivares, D.J., Regueira, C.D., Normandi, O. (1973). Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Capon, J. (1978). El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo. México: Trillas.

Castañeda, J. H. & Bustos, L. H. (2001). La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad. Perinatología y Reproducción Humana, 15 (2), 124 -131

Espinosa, I. R.M., Gorbea, Ch.V., Baptista, G. H. (2001). Consulta pregestacional. Manuscrito no publicado, Instituto Nacional de Perinatología , México D.F.

Fernández M, A. (1988). Reacción emocional ante la pérdida perinatal. En L.C. Atkin et al. (Eds). La psicología en el ámbito perinatal (pp. 247 – 261). México D.F: Instituto Nacional de Perinatología

Fiorini, H. J. (1990). Teoría y Técnica de Psicoterapias. Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1973 ). Obras completas. Tomo III. El yo y el ello. (3ª. ed.). (L.L. Ballesteros y Torres. Trad.). Madrid: Biblioteca Nueva

González, C. G. (2001). Imagen corporal. Cuerpo vivido, cuerpo escindido. Perinatología y Reproducción Humana. 15, (2), 145 -151

González, C. G. (2002). Pérdidas perinatales. En Instituto Nacional de Perinatología. (Eds.). Psicología de la Reproducción Humana. Un enfoque integral. México D.F. :Trillas.

Grinberg, L., Langer, M., & Rodriugué, E. (1977). Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires: Paidos.

Hassoun, P & Tubert,S. (1990). Demanda de hijo y deseo de ser madre. En jornadas freudianas (5:1988: Madrid, España). Eds. ¿Hacia una crítica de la metáfora paterna ?: Actas de las II jornadas freudianas de Madrid 11,12 y 13 de Noviembre de 1988.(pp. 21 - 29). Buenos Aires: Nueva Visión.

Inslar, V. & Lunenfeld, B. (1992). Infertilidad en el hombre y en la mujer. ( A. Schwarc y E. Lwi Trad.). México: Panamericana. (Trabajo original publicado en 1986).

Kadis, A.L., Krasner, J.D., Winick, Ch., Foulkes, S.H. (1969). Manual de psicoterapia de grupo. Alejandro Licona. Trad. México: F.C.E.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1966). Terapia de grupo. Daniel Font. Trad. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lacordaire., <http://www.buscabiografias.com/frasealma.htm>

Langer, M. (1978). Maternidad y sexo. Buenos Aires: Paidós

Lennon, John. [http://www.geocities.com/crosaslanda/Frases\\_Celebres\\_Vida.html](http://www.geocities.com/crosaslanda/Frases_Celebres_Vida.html)

Le Breton D. (1996). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. Salud Mental. 19 (3), 7 – 13.

Morales, C. F. & Días F. E. (2000). Algunas consideraciones sobre la psicología en las Instituciones Médicas. Perinatología y Reproducción Humana. 14 (3), 176 - 182

Morales, C. F. (2002). La reproducción humana. En Instituto Nacional de Perinatología. (Eds.). Psicología de la Reproducción Humana. Un enfoque integral. México D.F. :Trillas.

Santayana, J. <http://www.proverbia.net/buscar.asp?Texto=repeter+la+historia&donde=cita&tipo=OR&Submit=Buscar>