



ASPECTOS PSICOLÓGICOS

| | Pág. |
|--|------|
| ASPECTOS HISTÓRICOS | 550 |
| VARIABLES ASOCIADAS A LOS PROBLEMAS DE INFERTILIDAD | 551 |
| Apoyo social | 551 |
| Estrés y estrategias de afrontamiento | 551 |
| Ansiedad y depresión | 553 |
| Un estudio realizado en FERTILAB | 553 |
| PROCESO PSICOLÓGICO EN INFERTILIDAD | 557 |
| Impacto del diagnóstico | 557 |
| Impacto del tratamiento | 558 |
| Impacto de la resolución | 559 |
| EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE LA PAREJA INFÉRIL | 560 |
| Evaluación I: recolección de información y análisis descriptivo | 560 |
| Evaluación II: análisis funcional y formulación clínica | 562 |
| Evaluación III: resultados y seguimiento | 562 |
| INTERVENCIÓN, APOYO Y CONSEJO PSICOLÓGICO | 563 |
| Importancia del uso de tratamientos eficaces, efectivos y eficientes | 564 |
| RECOMENDACIONES Y GUÍA PARA EL CONSEJO PSICOLÓGICO | 565 |
| Médicos | 565 |
| Profesionales de la salud mental | 566 |
| RESUMEN | 567 |
| REFERENCIAS | 568 |





ASPECTOS GENERALES

En la actualidad, la salud se entiende como un estado integral de bienestar y no únicamente como la ausencia de enfermedad. Adicionalmente, tanto la salud como la enfermedad son concebidas como procesos multifactoriales y multideterminados, donde los aspectos conductuales, cognitivos, psicofisiológicos y psicosociales tienen una importancia capital (Matarazzo, 1980).

Este enfoque basa sus supuestos en la relación particular que los individuos mantienen con su contexto, al asignarles un papel activo y de responsabilidad en la conservación de su salud y en la aparición, empeoramiento, facilitación o curación de sus enfermedades. Esta relación ha permitido que se hable de estilos de vida saludables o preventivos, conductas o hábitos de salud y hasta de inmunógenos conductuales, para hacer referencia a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar para potenciar su estado de salud actual o prevenir la enfermedad.

Por otro lado, se habla de estilos de vida, patrones de conducta o hábitos de riesgo e igualmente hasta de patógenos conductuales, para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar, y cuyo resultado sea el debilitamiento de su de salud a corto, medio o largo plazo (Gil-Roales-Nieto, 2004).

De este modo, estar y sentirse sano depende de una relación de equilibrio entre el organismo, la conducta y el ambiente, tanto físico como social; equilibrio donde resulta primordial la capacidad que tengan los individuos para dar respuestas saludables y adaptativas ante distintas situaciones, en función de sus recursos biológicos, psicológicos y socioeconómicos.

En el caso concreto de la infertilidad y las técnicas de reproducción asistida (TRA), se encuentra un excelente ejemplo de cómo la relación de los individuos con su entorno (externo e interno) puede suponer una gran demanda de adaptación, y cómo dichas demandas pueden generar riesgos para su salud.

De hecho, son muchas las investigaciones que aseguran que el sometimiento a gran variedad de pruebas y tratamientos médicos, la ingesta de medicinas o las alteraciones en la frecuencia y hábitos sexuales que sufren estas parejas, son situaciones generadoras de condiciones de vida que pueden resultar perjudiciales para su salud y, por tanto, interferir directamente con el logro del embarazo.

No sólo resultan perjudiciales porque propician el desarrollo de algunas patologías como alteraciones hormonales (Dexeus y Farré, 2001; Campagne, 2002), síntomas de ansiedad y depresión (Peterson et al., 2003; Carreño y col., 2000), o algunas disfunciones sexuales (Read, 1999); sino que, adicionalmente, pueden producir el abandono del tratamiento y hasta la separación de la pareja, por no poder enfrentar la crisis adecuadamente (Morales y col., 1999).

Hay que tener en cuenta que la relación entre la pareja y su entorno, en este caso el conocimiento de su problema de infertilidad y el sometimiento a las TRA, es particular y multifactorial, por lo que se pueden observar diferencias en los comportamientos y reacciones emocionales que presentan cada uno de los cónyuges. Es decir, si bien la infertilidad se considera como un evento en general adverso y estresante, algunas personas podrán afrontar adecuadamente los sentimientos que produce, mientras que para otras podrá suponer una experiencia devastadora.

Investigaciones recientes aseguran que tanto la duración como la intensidad de dichas reacciones pueden variar dependiendo de varios factores, entre ellos la naturaleza de la TRA, el nivel socioeconómico, el nivel de información, la duración de la infertilidad, la edad del cónyuge (sobre todo de la mujer), las creencias religiosas y los rasgos de personalidad, (Dexeus y Farré, 2001; Domínguez, 2002). De cualquier modo, aunque las reacciones individuales puedan ser diversas, el clínico deberá estar en capacidad de identificar aquéllas que puedan interferir con el óptimo desarrollo del tratamiento.

Las variables que determinan la naturaleza compleja del problema de infertilidad son múltiples; entre ellas se encuentran las biológicas (orgánicas), las sociales (apoyo social, nivel socioeconómico, servicios de salud) y las psicológicas (estilos de vida, diferencias individuales, estrés, estrategias de afrontamiento) (Van Balen et al., 1993; Morales y col., 1992; Morrow and Thoreson, 1995). Variables que estarán presentes durante todo el proceso de la TRA y pudieran influir negativamente en sus resultados, por lo que se deben evaluar antes, durante y después de realizar los procedimientos (McDaniel et al., 1992).

Estas evaluaciones deben provenir de un equipo multidisciplinario, dado que cualquier problema de infertilidad afectará a las parejas desde un punto de vista tanto orgánico como psicológico, lo que requiere de un abordaje integral.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Durante muchos años, ha existido la interrogante sobre si los problemas psicológicos están directamente relacionados con la infertilidad o si es la infertilidad la que produce problemas psicológicos. Incluso, se ha tratado de demostrar si el estado psicológico de la mujer influye en su respuesta al tratamiento de infertilidad.

En la década de los años 50 y 60, se afirmaba que alrededor de 40% de los problemas de infertilidad se podían explicar por causas psicológicas, como lo señalan varios artículos que relacionaron la infertilidad femenina con conflictos tempranos de la relación madre-hija (Ruberstein, 1951; Marsch, 1951) o que concebían la infertilidad como un cuadro psicósomático, en el que la dificultad para gestar un hijo no era más que una defensa somática contra el estrés del embarazo y la maternidad (Benedeck, 1952). Como se puede ver, hasta ese momento, la infertilidad se consideraba un problema exclusivo de las mujeres, que se podía explicar en relación con su estado psicológico.

Aun cuando las hipótesis sobre la génesis de la infertilidad en conflictos tempranos o rasgos neuróticos de personalidad continúan vigentes en algunos estudios (Christie, 1998), ya a finales de la década de los años 60 y principios de los 70, la concepción de infertilidad psicógena empieza a cambiar significativamente. Durante esos años, los avances en medicina reproductiva permitieron que disminuyera la frecuencia del diagnóstico de infertilidad por causa desconocida, lo que provocó que se empezaran a analizar de forma crítica las hipótesis psicogénicas. Adicionalmente, empezaron las controversias sobre el sesgo de género en la mayoría de los estudios. Durante esas décadas, se desarrollaron investigaciones que comparaban datos de mujeres infértiles con grupos pareados de mujeres fértiles, y llegaron a la conclusión de que no había diferencias en el estado psicológico entre ambos grupos (Mai et al., 1972; Noyes and Chapnick, 1964). Al mismo tiempo, empezaron a surgir informes clínicos que sugerían la existencia de reacciones emocionales predecibles ante la infertilidad, sobre las cuales se podía intervenir mediante el consejo y el apoyo psicológico, y producir beneficios considerables (Berger, 1977; Menning, 1975).

Hacia finales de la década de los años 70, las investigaciones se dirigieron a la descripción e interpretación de las consecuencias psicológicas de la infertilidad. Es decir, se concibió el problema reproductivo como un factor de vulnerabilidad personal hacia determinadas consecuencias psicológicas, y se puso en

evidencia la diversidad de respuestas psicológicas a la infertilidad (Menning, 1980). A partir de los trabajos de Menning, se abre una tendencia de estudio totalmente diferente; se pasó de un modelo psicogénico a un modelo de consecuencia o secuela psicológica.

A partir de 1980, los estudios van dirigidos a demostrar esa diversidad de respuestas emocionales. Ponen en evidencia que aunque no existen diferencias en el estado psicológico entre parejas infértiles y parejas fértiles, las primeras experimentan un alto grado de disforia y euforia como resultado de la infertilidad y su tratamiento (Berg and Wilson, 1990). En un estudio realizado con 59 mujeres infértiles, se concluyó que el 76% de los sujetos sufrieron consecuencias psicológicas serias a causa de su infertilidad (Downey et al., 1989). En otro estudio realizado con 63 mujeres infértiles y 37 hombres infértiles sometidos a fertilización in vitro (FIV), se encontró que los sujetos experimentaban depresión y desespero durante el tratamiento inicial y la transferencia de embriones (Mahlstedt et al., 1987).

Desde finales de la década de los años 80 hasta la actualidad, se han publicado numerosos estudios en los cuales se relaciona el estrés y su afrontamiento, con la condición de infertilidad. En general, estos estudios presuponen que la infertilidad impactará en forma distinta a cada persona y en esa particularidad de la respuesta, tendrán un papel importante factores como el género, la personalidad del sujeto, su historia personal previa y los estilos particulares de afrontamiento de situaciones adversas. También intervendrán otras variables como el diagnóstico de infertilidad, el significado que cada persona le atribuya a dicho diagnóstico, la interacción de la pareja con sus redes de apoyo social (familiar y social), las creencias presentes en torno a la procreación o el acceso a un adecuado tratamiento, entre otras.

Algunos estudios sugieren que el estrés puede influir en el resultado de los tratamientos de infertilidad (Demyttanaere and Bonte, 1998; Fachinetti et al., 1997). Esta línea de investigación ha motivado el desarrollo de instrumentos que describen y miden el estrés específico que desencadena la infertilidad. De hecho, en 1999, se hizo el inventario de problemas asociados a la infertilidad para medir el estrés frente a esta situación, basado en los cinco factores más vulnerables por esta condición: los aspectos sociales, sexuales, la relación de pareja, el rechazo a la vida sin hijos y la necesidad de hijos. Con este inventario se pretendía facilitar una



evaluación objetiva y confiable de la cualidad e intensidad de la respuesta emocional, así como una evaluación del efecto de determinadas actividades de apoyo psicológico (Newton et al., 1999).

VARIABLES ASOCIADAS A LOS PROBLEMAS DE INFERTILIDAD

Son muchas las variables que se han estudiado y asociado con los problemas de infertilidad; a continuación se analizarán las que se consideran más relevantes.

Apoyo social

Los estudios en esta área presuponen que el entorno social en el que se encuentra inmersa la pareja, además de constituir una fuente importante de estrés, también puede proporcionar los recursos vitales con los que puede y debe conseguir adaptarse, sobrevivir y evolucionar.

El concepto de apoyo social principalmente hace alusión a la naturaleza de las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente a la forma en que son evaluadas por la pareja en función de su calidad de soporte. Esta evaluación es la que finalmente puede conducir a que la pareja se sienta satisfecha o insatisfecha con el apoyo que pueda recibir por parte de quienes la rodean (Brown et al., 1988).

Algunos factores relativos al apoyo social pueden ser la asistencia en la evaluación y el afrontamiento, la guía cognitiva y comportamental, la asistencia tangible o la ayuda material, el modelaje, el apoyo informativo y el apoyo valorativo.

En el caso concreto de la infertilidad, se ha determinado que la interacción de la pareja con su red de relaciones familiares y sociales, así como las creencias presentes en el entorno cultural, influirán en la respuesta emocional a la experiencia de la infertilidad. Del mismo modo, se ha demostrado que el acceso a un tratamiento adecuado generará consecuencias psicológicas en la pareja, por lo que las redes de apoyo deberían facilitar dicho acceso (Lepore, 1991).

Un interesante estudio puso de manifiesto que el apoyo social puede mediar las manifestaciones de estrés ante la situación de infertilidad, así como las diferencias entre hombres y mujeres al enfrentarse a dicha situación. En lo relativo a las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que, aunque ambos recibían igual cantidad de apoyo social, tenían las siguientes características:

- Las mujeres señalaban necesitar mayor apoyo y estaban más satisfechas con el recibido que los hombres.
- Los hombres informaban que tenían más conflictos interpersonales (afecto negativo y desaprobación).
- El 96% de las mujeres y el 88% de los hombres aseguraban sentirse mejor después de hablar con amigos y familiares sobre su situación de infertilidad.

Adicionalmente, los autores relacionaron directamente el apoyo social con el bienestar de las parejas infértiles y encontraron que la satisfacción con el apoyo brindado y el apoyo real recibido, se relacionaban positivamente con la calidad de vida tanto de las mujeres como de los hombres (Abbey et al., 1991). Hay tres aspectos del apoyo social que han recibido especial atención: las respuestas negativas por parte de los amigos y miembros de la familia, el apoyo por parte del cónyuge y los grupos de ayuda.

Muchas son las investigaciones que hacen referencia al impacto del apoyo por parte de amigos y familiares porque para algunas personas éste resulta primordial, mientras que para otras es más bien perjudicial. En cambio, en relación con el apoyo por parte del cónyuge, se ha demostrado que existe una tendencia por parte de las mujeres más que de los hombres, a sentirse aisladas y más necesitadas de apoyo emocional por parte de su pareja. Sin embargo, todavía hoy, se evidencia una marcada tendencia en las mujeres a tomar la iniciativa, así como la mayoría de las decisiones sobre los tratamientos propuestos, debido a que el hombre evita participar (Sanjuán, 2002). Por último, en relación con los grupos de ayuda, algunos estudios demuestran que las terapias grupales pueden beneficiar a las parejas infértiles de forma significativa. Uno en concreto encontró que el grupo de pacientes que recibió terapia de grupo mostraba, significativamente, menos síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y malestar después de la terapia que antes, en comparación con el grupo que no la recibió. Por otro lado, el grupo mostró una tendencia a utilizar menos estrategias de afrontamiento de tipo evitativo, y más de tipo activo después de la intervención (Stewart et al., 1992).

Estrés y estrategias de afrontamiento

Como se mencionó anteriormente, son muchos los estudios que han relacionado el estrés y su afrontamiento con la condición de infertilidad. Se han encontrado desde investigaciones que intentan relacionar los niveles de estrés con indicadores fisiológicos, hasta las

que se centran en el estudio de las estrategias de afrontamiento que despliegan las personas ante la situación de infertilidad. Se ha señalado que tanto el estrés severo como el crónico pueden modificar los niveles de cortisol, del sulfato de dehidroepiandrosterona o de prolactina y alterar los mecanismos de ovulación e implantación embrionaria (Campagne, 2002; Dexeus y Farré, 2001).

Otras investigaciones centran su interés en las estrategias o estilos de afrontamiento, que son las diferentes respuestas cognitivo-conductuales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés.

La concepción del afrontamiento como un proceso hace alusión a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo piensa o hace en una situación específica. Por tanto, se puede afirmar que la dinámica que caracteriza este proceso es el resultado de las continuas evaluaciones y reevaluaciones cognitivas de la transacción individuo-entorno.

Seguidamente se aborda una de las clasificaciones clásicas sobre las distintas formas de afrontamiento ante situaciones estresantes (Stephens, 1991):

El afrontamiento conductual dirigido al problema. Incluye todas aquellas acciones desplegadas por las personas dirigidas a lidiar directamente con la situación estresante. La resolución activa del problema, los intentos de control (control conductual, falta de control, pérdida de control) o la evitación o escape de la situación, son acciones muy estudiadas dentro de esta forma de afrontamiento.

Los estudios experimentales con humanos han puesto de manifiesto que las situaciones aversivas incontrolables para el individuo llevan a autorreportes de estrés mucho mayores y a respuestas electrodérmicas y pituitario-adrenocorticales que no se presentan en condiciones controladas. Es decir, plantean que la falta de control no puede ser sostenida por el individuo durante largo tiempo, sin presentar anomalías.

El afrontamiento cognitivo dirigido al problema. Hace referencia a aquellas respuestas de afrontamiento cognitivo que están dirigidas a lidiar con el problema, intentando manejar la forma en que los estresores son percibidos (apreciación o evaluación cognitiva). Algunas estrategias estudiadas dentro del afrontamiento cognitivo han sido la intelectualización o negación de la realidad, la inatención imaginativa, la transformación imaginativa y la somatización.

El afrontamiento conductual dirigido a la emoción. Hace referencia a todas aquellas conductas que tienen como objetivo disminuir el impacto emocional que los eventos aversivos o estresantes tienen sobre el individuo. Algunos de los comportamientos que las personas tienden a desplegar ante situaciones estresantes, para disminuir el efecto estresor, tienen consecuencias positivas para la salud (por ejemplo, las personas que tienden a practicar mayor ejercicio físico en situaciones estresantes) y otros tienen consecuencias negativas (mayor consumo de alcohol, aumento en el consumo tabáquico). Dos formas de afrontamiento conductual dirigido a la emoción que han sido ampliamente estudiadas son:

- La búsqueda de información y la negación. Los individuos difieren entre sí en cuanto a la forma en que buscan información acerca de los eventos amenazantes; algunas personas son vigilantes y buscan la mayor información posible, mientras que otras prefieren evitarla y dirigir su atención lejos del conocimiento de los eventos amenazantes.
- La búsqueda de apoyo social. Es una forma de afrontamiento dirigida, primordialmente, a regular las respuestas emocionales que se presentan en situaciones estresantes, mediante el reclutamiento de apoyo social. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el apoyo social tiene tanto un efecto amortiguador como un efecto directo en los procesos psicológicos relacionados con la salud.

El afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción. Hace referencia a la forma cognitiva en que las personas manejan la activación emocional en ambientes estresantes. Hay varias estrategias de afrontamiento dirigidas a disminuir dicha activación, entre ellas la inhibición emocional, la represión, la negación y el rechazo. Se ha señalado que el compromiso activo y la apropiada expresión de afectos promueve un proceso emocional eficaz para el afrontamiento de situaciones estresantes (Cooper and Payne, 1991).

Se han llevado a cabo múltiples investigaciones acerca del afrontamiento como variable asociada a la adaptación de las parejas infértiles a la TRA. De hecho, en una investigación reciente, se evaluaron las diferencias de género que se presentaban en las reacciones emocionales y las estrategias de afrontamiento de parejas sometidas a tratamientos de infertilidad. Los resultados obtenidos mostraron que las mujeres adoptaban más estrategias dirigidas a enfrentar la infertilidad y la TRA que sus esposos (Hsu and Kuo, 2002).



En otra investigación, se determinó la relación entre las reacciones emocionales y las conductas de afrontamiento de parejas infértiles sometidas a tratamiento. Los resultados demostraron que cuando se presentaba una mayor perturbación emocional en las percepciones de los pacientes en torno a la problemática de infertilidad y al tratamiento, éstos tendían a adoptar estrategias de confrontación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad y estrategias de escape-avoidancia para lidiar con la infertilidad, mientras que la planificación dirigida a resolver el problema y la reevaluación positiva fueron las menos utilizadas (Prattke and Gass-Sternas, 1993). Adicionalmente, en un estudio realizado un año antes, se puso de manifiesto que la adopción de la estrategia de planificación para la solución del problema fue efectiva para afrontar las primeras etapas del tratamiento (Stanton et al., 1992).

Ansiedad y depresión

Son los problemas psicológicos más estudiados en relación con la infertilidad, la primera se origina por la naturaleza estresante de los procedimientos terapéuticos y el miedo a que falle el tratamiento elegido, y la segunda se provoca por la constatación de la propia incapacidad para concebir o por los resultados terapéuticos fallidos (Guerra, 1998; Dexeus y Farré, 2001)

Cualquier situación nueva o ante la cual no se encuentre aparentemente una solución, provocará ansiedad en cualquier persona. El nivel con que se presente la respuesta de ansiedad, variará según la interpretación que se haga de la situación y de la visión que la propia persona tenga de las estrategias que posee para resolverla. Se ha observado que las parejas infértiles con bajo nivel socioeconómico se sienten más ansiosas por un resultado negativo del ciclo de tratamiento; así como las mujeres de edad avanzada o las parejas con problemas familiares, laborales o de otra índole, para quienes el tratamiento supondrá un esfuerzo suplementario. También se ha señalado que la acomodación a las diferentes TRA no es nada fácil y generan altos niveles de ansiedad que interfieren con el óptimo desarrollo del proceso (McDaniel et al., 1992).

El número de pérdidas asociadas a la infertilidad hace de la depresión una respuesta muy común, lo cual produce que las parejas manifiesten sentimientos de desesperanza u otros síntomas como insomnio, anorexia y anhedonia. Algunos estudios han demostrado que la incidencia de depresión entre las mujeres infértiles duplica la observada en la población femenina general (Domar et al., 1993); mientras que otras investigaciones plantean que la depresión, en muchos

casos, no solamente es una etapa en la evolución del proceso psicológico que conlleva la infertilidad, sino que constituye un trastorno en sí mismo, asociado a condiciones biológicas y psicológicas que eventualmente podría contribuir a la infertilidad (Domínguez, 2002).

Un estudio realizado en FERTILAB

Este estudio, realizado recientemente en FERTILAB, se planteó como objetivo general caracterizar el patrón comportamental de las parejas infértiles, para elaborar un programa de intervención conductual dirigido a disminuir las conductas de riesgo e incrementar las preventivas, que facilitarán la adaptación y culminación exitosa del tratamiento de infertilidad (Borrás y Ritter, 2003). Tuvo como objetivos específicos:

- Estimar el nivel de información que poseían las parejas en relación con el problema de infertilidad.
- Conocer el repertorio comunicacional de la pareja, entre ellos y con el personal de salud.
- Conocer el repertorio comportamental de la pareja en las relaciones sexuales y en las relaciones sociales.
- Identificar los pensamientos, expectativas y creencias que manejaba la pareja en relación con la infertilidad.
- Conocer la situación actual de la pareja en relación con los aspectos económicos.
- Identificar los estilos de afrontamiento biológico que desplegaba la pareja ante la situación de infertilidad.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión presentes en la pareja para el momento de la evaluación.
- Identificar las conductas de prevención y riesgo que presentaban los médicos en cuanto a la comunicación con sus pacientes.

En el estudio participaron 79 sujetos, 52 mujeres y 27 hombres, que asistieron a FERTILAB para tratamientos de RA entre junio y octubre de 2002. En el caso de las mujeres, el rango de edad estuvo comprendido entre 21 y 43 años, y en el de los hombres, entre 27 y 56 años. Los criterios para la selección de los sujetos fueron los siguientes:

- Sospechar o presentar algún problema de infertilidad y/o estar sometido o a punto de someterse a alguna TRA (los sujetos con este criterio respon-

dieron únicamente un cuestionario de información que se les administró).

- Edades comprendidas entre 20 y 45 años para las mujeres, y sin límite de edad para los hombres.
- Tener un nivel de instrucción primaria o superior.
- Estar casados o vivir en concubinato con la pareja con la que asistían a consulta.
- Haber iniciado el tratamiento de infertilidad.

Para la evaluación de las diferentes variables se construyeron y validaron cuatro cuestionarios: cuestionario de información (CI), cuestionario de afrontamiento de la infertilidad (CAFI), cuestionario de afrontamiento psicofisiológico (CAPF), cuestionario de comunicación con los médicos (CM), y se utilizaron dos cuestionarios de otros autores: el inventario de depresión de Beck (BDI) y el inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) (Beck et al., 1965; Spielberger y Guerrero, 1975).

En la tabla 23-1, se muestra un resumen de los resultados obtenidos en esta investigación.

Tabla 23-1.
Resultados generales obtenidos en cada variable evaluada.

| Variables | Nivel de riesgo* | Conductas de riesgo más frecuentes |
|--|------------------|--|
| Información | Máximo | <ul style="list-style-type: none"> • El 91% de los sujetos estuvo por debajo del nivel de información suficiente (80% de respuestas correctas). • El 41% de los sujetos percibía como adecuado su nivel de información sobre la infertilidad. • El 36% de los sujetos se sometía a tratamiento sin conocer las causas o el diagnóstico de su problema. |
| Comunicación con la pareja | Leve | <ul style="list-style-type: none"> • La infertilidad era el tema de conversación dominante en la pareja (25% mujeres/29% hombres). • Los planes de futuro giraban en torno al resultado de la TRA (46% mujeres/42% hombres). • Dejaban de disfrutar de las cosas buenas que tenían porque su atención se centraba en el logro del embarazo (21% mujeres/33% hombres). • Evitaban hablar con su pareja sobre la infertilidad para evitar el sufrimiento del cónyuge (13% mujeres/25% hombres). |
| Comunicación de la pareja con el personal de salud | Leve | <ul style="list-style-type: none"> • Confiaban tanto en su médico que delegaban en él la toma de decisiones (83% mujeres/71% hombres). • No tenían referencias de su médico antes de iniciar el tratamiento (29% mujeres/33% hombres). • Sentían incomodidad por tener que compartir su vida íntima con el médico (33% parejas). • Aseguraban no recibir toda la información necesaria por parte del médico (8% mujeres/25% hombres). • Consideraban que su médico utilizaba un lenguaje demasiado técnico (8% mujeres/25% hombres). • Consideraban que no participaban suficientemente en la toma de decisiones (8% mujeres/33% hombres). |



| Variables | Nivel de riesgo* | Conductas de riesgo más frecuentes |
|---|------------------|--|
| Comunicación del médico con su paciente | Leve | <ul style="list-style-type: none"> • El 83% de los médicos aseguraban que sus pacientes confiaban mucho en ellos y que por eso permitían que tomaran las decisiones. • El 17% de los médicos dijeron que sus pacientes no les hacían preguntas sobre el tratamiento (aunque el 93% de los pacientes aseguraban preguntar sobre la TRA). • El 67% de los médicos aseguraron que era perjudicial facilitar mucha información a sus pacientes (en contraposición, el 67% de los pacientes indicaron que no era perjudicial). • El 25% de los médicos pensaban que la participación en la toma de decisiones por parte del paciente no era suficiente, aunque el 83% de los médicos aseguraron que las decisiones se tomaban conjuntamente. |
| Relaciones sociales | Moderado | <ul style="list-style-type: none"> • No conversaban nunca con familiares o amigos sobre su problema de infertilidad (83% mujeres/95% hombres). • Aplazaban vacaciones o actividades recreativas a causa del problema de infertilidad (12% mujeres/20% hombres). • Se sentían incómodos cuando sus familiares o amigos indagaban sobre su infertilidad o sobre cuándo iban a tener hijos (71% mujeres/33% hombres). • Preferían no hablar con su familia o amigos sobre el tema para preservar su intimidad (42% mujeres/33% hombres). • Sentían que su familia hacía comentarios desacertados sobre el problema de infertilidad (8% mujeres/21% hombres). |
| Relaciones sexuales | Leve | <ul style="list-style-type: none"> • Aseguraban no tener deseos sexuales casi nunca o sólo en algunas ocasiones (42% mujeres/13% hombres). • Casi siempre o muchas veces presentaban dificultades para excitarse desde que supieron del diagnóstico de infertilidad (17% mujeres/8% hombres). • Casi siempre tenían pensamientos sobre el problema de infertilidad mientras mantenían relaciones sexuales (17% mujeres/13% hombres). • No se incrementaba su deseo sexual durante los días de ovulación (46% mujeres/54% hombres). • El tratamiento afectaba directamente la espontaneidad para mantener relaciones sexuales (21% de las parejas). • La frecuencia en el mantenimiento de relaciones sexuales había disminuido notablemente desde el diagnóstico de infertilidad (4% mujeres/25% hombres). |
| Pensamientos, expectativas y creencias | Moderado | <ul style="list-style-type: none"> • Tenían la certeza de que el tratamiento daría resultado (58% mujeres/50% hombres). • Creían que el resultado de la TRA dependía del equipo de profesionales (54% mujeres/71% hombres). • Se preocupaban por que fallase el tratamiento elegido (63% mujeres/71% hombres). |



| Variables | Nivel de riesgo* | Conductas de riesgo más frecuentes |
|--------------------------------|------------------|--|
| Aspectos económicos | Moderado | <ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre estaban preocupados por el costo de la TRA (46% mujeres/46% hombres). • Aseguraban que el costo de la TRA era una sobrecarga importante para su economía (50% mujeres/33% hombres). • No conversaban con su pareja sobre cómo iban a pagar el tratamiento o lo hacían sólo algunas veces (38% mujeres/42% hombres). • Aseguraron haber hablado con el médico sobre el costo del tratamiento (46% mujeres/63% hombres). |
| Afrontamiento psicofisiológico | Moderado | <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres presentaron un total de 14 síntomas en frecuencias de máximo riesgo (desajustes hormonales, trastornos gástricos, cansancio, trastornos menstruales, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, disminución del deseo y la frecuencia sexual, etc.). • Los hombres presentaron un total de 9 síntomas en frecuencias de máximo riesgo (tensión muscular, aumento de la sudoración, trastornos gástricos, cansancio, onicofagia, alteraciones del sueño, mayor o menor apetito, disminución del deseo y la frecuencia sexual). • Asociaban las manifestaciones de tensión con la situación de infertilidad (79% mujeres/71% hombres). • Consideraron la infertilidad como una situación altamente estresante (92% mujeres/63% hombres). |
| Ansiedad | Leve | <ul style="list-style-type: none"> • Presentaron ansiedad-estado (54% mujeres/42% hombres). • Presentaron ansiedad-rasgo (25% mujeres/42% hombres). |
| Depresión | Mínimo | <ul style="list-style-type: none"> • Presentaron depresión leve (3 mujeres y 1 hombre). • Presentó depresión moderada (1 mujer). |

(*) Niveles de riesgo establecidos: mínimo, leve, moderado, máximo.

Como se puede observar, el estudio permitió identificar 11 áreas problemáticas y diversos comportamientos de riesgo. Entre las áreas más afectadas, se encontraba el nivel de información que poseían las parejas antes y durante la TRA. Información que no abarcaba únicamente aspectos técnicos, sino también de conocimiento de su propia situación de infertilidad. De hecho, el estudio permitió determinar que una tercera parte del grupo evaluado se sometía a tratamiento sin conocer su diagnóstico de infertilidad.

Sin duda, este déficit importante de información puede promover comportamientos de riesgo que interfieran directamente con la adaptación de la pareja a la TRA e incluso, facilitar la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o incrementar la sensación de falta de control sobre los acontecimientos.

Adicionalmente, el déficit de información facilita que la pareja tome decisiones inadecuadas, interfiere en la adecuada solución de los problemas que se van presentando durante la TRA o puede llegar a disminuir la actitud y motivación positiva ante el tratamiento. Si bien los sujetos evaluados aseguraron estar interesados en recibir información sobre determinados temas (tabla 23-2), y adicionalmente el 67% de ellos pensaban que sería necesario tener un mayor conocimiento del procedimiento para mejorar su adaptación a la TRA, la búsqueda de información por parte de los mismos no se daba de forma activa.

Otra de las áreas más afectadas fue la de pensamientos, expectativas y creencias en torno a la infertilidad y la TRA. Un aspecto importante es que, por un lado, tanto hombres como mujeres aseguraron confiar



plenamente en un resultado positivo de la TRA, mientras que por otro lado, aseguraron tener mucho miedo a que ésta fallara. Si bien se observan creencias encontradas, ambas pueden ser problemáticas si no tienen un basamento real. Se ha demostrado que una actitud positiva ante el tratamiento mejora la adaptación de las parejas y promueve mejores resultados; pero también es recomendable que las expectativas se ajusten lo mejor posible a la realidad, para evitar enfrentarse a fracasos innecesarios que pueden tener consecuencias altamente aversivas para la pareja (Dexeus y Farré, 2001).

Por otro lado, un alto porcentaje de parejas creía que los resultados de las TRA dependían directamente del equipo de profesionales. Esta creencia podría estar relacionada directamente con el bajo nivel de información que poseían, dado que si el equipo de profesionales lleva a cabo un trabajo riguroso, el logro o no del embarazo no se relaciona directamente con los

especialistas sino con las probabilidades de éxito de cada una de las técnicas. Esta creencia se podría relacionar con la rotación o deserción de los centros de asistencia, lo que muy probablemente se traduzca en pérdida de tiempo y recursos para las parejas, tanto económicos como emocionales.

Otra área que merece especial atención es la de afrontamiento psicofisiológico, dado que tanto hombres como mujeres presentaron varios síntomas de tensión, en altas frecuencias, que podrían estar interfiriendo directamente con los resultados de las TRA. Entre ellos se encuentran los desajustes hormonales y menstruales, o la disminución del deseo y la frecuencia con que mantenían relaciones sexuales. Si, además, se tiene en cuenta que un porcentaje de sujetos mayor del 70% relacionaba estos síntomas con la experiencia de infertilidad, se pone en evidencia la importancia de una adecuada intervención psicológica.

Tabla 23-2.
Porcentaje de sujetos interesados en cada tema.

| Temas | Sujetos (%) |
|---|-------------|
| Causas más frecuentes de infertilidad femenina | 44,30 |
| Causas más frecuentes de infertilidad masculina | 25,32 |
| Cómo obtener un diagnóstico confiable | 51,90 |
| Las diferentes técnicas de reproducción asistida | 54,43 |
| Estadísticas y probabilidades de éxito de las diferentes técnicas | 43,04 |
| Riesgo de malformaciones fetales en la reproducción asistida | 22,78 |
| Aspectos económicos de las TRA | 45,57 |
| El equipo de profesionales que atiende a la pareja | 62,03 |
| Influencia de los factores psicosociales en la infertilidad | 53,16 |
| Posibilidades de apoyo psicológico para parejas infértiles | 39,24 |
| Estrategias de afrontamiento psicológico para parejas infértiles | 49,37 |
| Aspectos sociales: la familia, el trabajo, los amigos | 31,65 |
| Otras alternativas cuando el tratamiento no da resultado | 36,71 |

PROCESO PSICOLÓGICO EN INFERTILIDAD

En términos generales, el proceso psicológico por el que pasan las parejas infértiles se puede resumir en tres etapas: diagnóstico, tratamiento y resolución.

Impacto del diagnóstico

Si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas dan por garantizada su fertilidad, se puede suponer que el descubrimiento de la inhabilidad para con-

cebir y/o lograr tener un hijo biológico sano, producirá un impacto psicológico importante, que en varios estudios ha sido descrito como una crisis de vida (Covington, 1980).

Ante la sospecha de un posible problema de infertilidad, la pareja inicia todo un proceso de toma de decisiones inesperado, que en principio va dirigido a

comprobar, mediante el diagnóstico de los respectivos especialistas, si realmente dicho problema tiene un basamento biológico. Los primeros pasos en la búsqueda de ayuda van acompañados de emociones como la negación de que algo así le pueda pasar a uno, o la culpa.

Con respecto a esto, hay autores que aseguran que la culpa es una de las respuestas iniciales más comunes ante el diagnóstico de infertilidad. Culpa que se puede presentar por varios motivos: por haber pospuesto por largo tiempo el tener hijos, dando prioridad a otros aspectos de sus vidas o incluso por eventos sucedidos en el pasado, como pueden ser un aborto provocado o el contagio de alguna infección de transmisión sexual. Dicha culpabilización, por promover sentimientos de remordimiento, ha sido asociada con respuestas de ansiedad aguda (Rosenthal, 1993).

Frecuentemente, los pacientes infértiles que acuden a consulta manifiestan tener la sensación de que, repentinamente, su vida gira en torno a la infertilidad, lo cual afecta sus relaciones matrimoniales, su vida sexual, las relaciones con familiares y amigos, y adicionalmente, el inicio del tratamiento tiene un efecto devastador en su vida financiera. Lo grave de todo este conjunto de sentimientos es que se lleguen a hacer crónicos y a aparecer síntomas de ansiedad, depresión o estrés; alterando su percepción de control sobre los acontecimientos y provocando un declive significativo en su percepción de integridad, competencia y autovaloración.

Se han asociado ocho tipos de pérdidas con el diagnóstico de infertilidad (Mahlstedt, 1985).

- La pérdida de una potencial relación.
- La pérdida de salud.
- La pérdida de estatus o prestigio.
- La pérdida de autoestima.
- La pérdida de confianza en sí mismos.
- La pérdida de seguridad.
- La pérdida de una fantasía o esperanza importante.
- La pérdida de algo o alguien de gran valor simbólico.

Dado que el diagnóstico de infertilidad puede alterar el estado emocional de la pareja, los profesionales de la salud deben prestar atención y mostrar com-

prensión, informando acerca del impacto y de los posibles cambios que se pueden presentar en las distintas áreas de funcionamiento cotidiano de la pareja como consecuencia del proceso de evaluación diagnóstica; y explicando con detalle, tanto el problema de infertilidad que presentan, como su pronóstico de recuperación. De hecho, cuando la pareja inicia el tratamiento sin tener un conocimiento preciso de su diagnóstico, su adaptación y respuesta al tratamiento se podrían complicar.

Impacto del tratamiento

Los aspectos considerados por las parejas infértiles como intrusiones prolongadas en su vida íntima son, entre otros, la naturaleza de los tratamientos, el costo económico y la dirección en relación con cuándo y con qué frecuencia se deben mantener relaciones sexuales para optimizar la posibilidad de concepción. Estiman que las intrusiones mayores se inician con los procedimientos quirúrgicos invasivos, las inyecciones de hormonas para la estimulación de la ovulación, el procedimiento para la inseminación artificial o la participación en técnicas de reproducción asistida como puede ser la FIV. Algunos trabajos aseguran que la aplicación del tratamiento produce un incremento de la ansiedad, la tensión y el miedo asociado a sus efectos, tanto físicos como emocionales (Read, 1995).

Aunque el impacto del tratamiento es distinto en cada pareja, dependiendo de su situación y habilidades particulares, generalmente todas sienten que es un proceso muy largo, incluso cuando los tiempos de tratamiento son variables en cada caso. Tanto lo extenso como lo repetitivo de algunos procedimientos médicos suponen un reto psicológico importante para la pareja. Si además se tiene en cuenta que, generalmente, el nivel de información que posee sobre su diagnóstico, los tratamientos y procedimientos médicos de infertilidad a los cuales se somete, es muy bajo, se puede suponer que el impacto psicológico será mucho mayor.

Algunas cuestiones éticas involucradas en las TRA pueden ser también pruebas difíciles de superar, tanto para las parejas como para el equipo de profesionales. Decidir hasta dónde es ético someter a los pacientes a pruebas diagnósticas o a tratamientos de infertilidad no es tarea fácil para muchos especialistas. Por otro lado, pedir a la pareja que decida sobre la congelación, destrucción o donación de embriones restantes o sobre la posibilidad de llevar a cabo un procedimiento de reducción fetal para incrementar las posibilidades de supervivencia de fetos más aptos o para evitar la presencia de determinados síndromes, son aspectos



asociados a la TRA que demandan una gran capacidad para la solución de problemas.

Asimismo, es importante considerar que existen diferencias de género en relación con las respuestas al problema de infertilidad y a la TRA. Algunas de las diferencias observadas en mujeres son:

- La tendencia a pensar que el diagnóstico de infertilidad es un fallo o inhabilidad personal, aun cuando esté demostrado que es su pareja quien presenta el problema de infertilidad.
- La concepción de la infertilidad como un castigo debido a eventos anteriores, por ejemplo un aborto en el pasado. Frecuentemente se quejan mucho del tiempo perdido o de experiencias que no debían haber tenido.
- Al inicio de la fase de diagnóstico, las mujeres presentan una mayor tendencia a preguntarse sobre su sexualidad, a incrementar los sentimientos de inseguridad y a experimentar un mayor grado de estrés emocional que los hombres.
- Presentan una mayor afectación por las influencias externas, como comentarios de familiares, amigos, presión social por tener hijos.
- Las mujeres presentan una mayor disminución de la autoestima que los hombres.
- Generalmente es la mujer quien inicia y busca ayuda psicológica y grupos de apoyo (Mahlstedt, 1985; Abbey et al., 1991). Después de la exposición prolongada al tratamiento de infertilidad, las mujeres señalan una mayor disminución del deseo y la satisfacción sexual que los hombres (Berg and Wilson, 1991).

En el caso de los hombres son las siguientes:

- Tienden a pensar que la infertilidad es un problema de las mujeres.
- Son menos propensos que las mujeres a cuestionar su fertilidad, lo que provoca un impacto severo al comprobar que son ellos los que pueden presentar el problema de infertilidad. Estos hombres presentan sentimientos de pérdida, disminución de la autoestima y una sensación de ser estigmatizados (Natchtigall et al., 1992).

En general, el estrés que sufren los hombres no parece tan severo como el de las mujeres. Si bien seña-

lan sentir tristeza y desilusión ante la infertilidad, la intensidad de estos sentimientos es menor que la que se presenta en las mujeres. Comúnmente, los hombres parecen aceptar más fácilmente la posibilidad de no tener hijos, lo que en ocasiones puede producir que se muestren más renuentes a participar en TRA o se planteen con mayor rapidez la posibilidad de finalizar el tratamiento. Por otro lado, presentan una tendencia a distanciarse del problema para disminuir la intensidad de sus sentimientos de pérdida, al mismo tiempo que parecen mostrarse más sensibles al sufrimiento o estrés de su pareja (Abbey et al., 1991).

Impacto de la resolución

Es importante tener en cuenta que los días de espera de resultados son particularmente estresantes para las parejas, tanto si los resultados son positivos como si no lo son. Durante estos días, se requiere especial apoyo y orientación psicológica. Es importante que reciban ayuda sobre la planificación de actividades que permitan que su atención no se centre únicamente en dichos resultados, con el objetivo de disminuir el impacto emocional que éstos puedan tener.

Cuando la TRA ha sido exitosa, significa el final de un largo proceso recorrido y el inicio de una nueva fase, la de enfrentarse a la maternidad y a la paternidad. Si bien es el resultado esperado, muchas parejas no están preparadas para entrar en esta nueva fase; en estos casos, el entrenamiento para padres puede ser una acción preventiva de posibles desajustes en la pareja o en alguno de los cónyuges. En el caso de que la TRA no haya sido exitosa, se inicia una fase extremadamente complicada. La pareja debe decidir hasta cuándo se va a seguir sometiendo a tratamientos de infertilidad o cuándo va a dejar de hacerlo, lo cual genera gran sufrimiento.

En este proceso de toma de decisiones, las parejas suelen apreciar mucho la guía y el consejo por parte de su médico. Los especialistas pueden ser muy útiles si facilitan toda la información necesaria, así como sus evaluaciones acerca del diagnóstico, el plan de tratamiento, el pronóstico y otras alternativas cuando la TRA no da resultado; incluso sobre cuándo puede resultar apropiado finalizar el tratamiento o al menos, poner un límite de ciclos. Con respecto a esto, hay que tener en cuenta que los especialistas deben mantener una posición neutral y objetiva en dicha orientación, dejando que sea la pareja quien tome la última decisión.

Como se ha puesto en evidencia, los procedimientos diagnósticos, las TRA y sus resultados tienen un impacto considerable en la vida íntima de los pacien-

tes. Por ello, es muy importante que aspectos como la dinámica en la relación de pareja, las relaciones sexuales o la habilidad para afrontar los efectos, tanto psicológicos como emocionales, que produce este proceso, sean considerados a lo largo de todo el curso del tratamiento y cuando se debe decidir sobre futuras opciones terapéuticas. Sería inadecuado concebir el proceso de diagnóstico-tratamiento-resolución desde un enfoque puramente médico, obviando los problemas psicosociales que puede acarrear.

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE LA PAREJA INFÉRIL

Algunas de las fases del proceso de evaluación que se mencionan a continuación se pueden realizar de forma conjunta, como parte de un mismo proceso. Fases que, por otro lado, son orientadoras, por lo que el terapeuta debe adaptarlas a cada caso en particular, atendiendo a las necesidades de cada pareja.

Evaluación I: recolección de información y análisis descriptivo

Durante la primera etapa del proceso de evaluación, es importante realizar las siguientes actividades:

Exploración inicial. Donde se recoge información preliminar mediante el historial clínico, tanto médico como psicológico, de cada miembro de la pareja. Es recomendable que dicha recolección de información se oriente hacia los siguientes puntos: problemas e historia de cada problema, estudios médicos y evaluaciones psicológicas o neuropsicológicas previas, tratamientos a

los que han estado sometidos anteriormente, tiempo y cronicidad del problema, y cualquier otro dato específico que sea relevante, como intentos de suicidio, hospitalizaciones o abuso de sustancias.

También es recomendable usar cuestionarios autobiográficos para recabar información básica como la edad, el género, el grupo étnico-cultural, el estado civil, la convivencia en pareja, el nivel económico, las creencias y valores y los hábitos. Es importante el uso de pruebas para la detección de problemas específicos inherentes a la situación de infertilidad, tales como ansiedad, depresión, estrés global y específico, afrontamiento psicofisiológico, etc. Es necesario tener en cuenta que la evaluación de la pareja se debe realizar en tres niveles: conductual, cognitivo y fisiológico.

Primera entrevista. En ella el cónyuge o la pareja expresan su demanda de atención y el psicólogo solicita información sobre los aspectos que considera más relevantes. Los objetivos de esta primera entrevista son, básicamente, la delimitación del problema y la recogida de información sobre las condiciones ambientales actuales y pasadas, así como las personales y biológicas, que puedan estar asociadas al problema de infertilidad y sobre las que no se hayan recabado suficientes datos en la exploración inicial. Es importante que esta primera entrevista sea semiestructurada, para garantizar por un lado que se obtenga toda la información necesaria y, por otro, dar lugar a la expresión libre de emociones e inquietudes de la pareja. La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) recomienda recoger, como mínimo, toda la información comprendida en la tabla 23-3.

Tabla 23-3.
Historia psicosocial de la infertilidad

| Historia reproductiva | Historia sexual |
|---|---|
| <p>Infertilidad</p> <p>Infertilidad actual: primaria o secundaria</p> <p>Historia pasada de infertilidad</p> <p>Embarazo</p> <p>Número actual de hijos (incluye hijastros, adopciones, descendencia del donante, petición de adopción)</p> <p>Aborto(s) terapéutico(s)</p> <p>Aborto(s) espontáneo(s)</p> | <p>Frecuencia y respuesta</p> <p>Función/disfunción</p> <p>Influencia religiosa o cultural sobre los patrones sexuales o las creencias en torno a la procreación</p> <p>Historia sexual</p> <p>Función/disfunción</p> <p>Infecciones de transmisión sexual</p> <p>Donante anterior de esperma/madre subrogada/ consideraciones para el uso de donante de gametos</p> <p>Patrones de homosexualidad o bisexualidad</p> |



| Historia reproductiva | Historia sexual |
|--|--|
| <p>Otras pérdidas perinatales: SID, muerte del niño</p> <p>Embarazos de alto riesgo</p> <p>Historia de anomalías genéticas/cromosómicas</p> <p>Cáncer en el aparato reproductor y/o exposición a quimioterapia</p> <p>Anormalidades congénitas en el aparato reproductor</p> <p>Historia familiar de desórdenes genéticos</p> <p>Estado mental</p> <p>Historia psiquiátrica/psicológica</p> <p>Hospitalización por enfermedad psíquica</p> <p>Tratamiento psiquiátrico/psicológico</p> <p>Tratamiento con psicotrópicos</p> <p>Consumo de drogas</p> <p>Estado mental actual</p> <p>Síntomas de depresión</p> <p>Síntomas de ansiedad / ataques de pánico</p> <p>Síntomas de obsesión</p> <p>Uso actual de psicotrópicos</p> <p>Problemas actuales de consumo de drogas y adicción</p> <p>Cambios en el estatus mental</p> <p>Exacerbación de síntomas psiquiátricos anteriores</p> | <p>Cambios en cualquier patrón sexual secundario al tratamiento médico</p> <p>Estado de las relaciones matrimoniales</p> <p>Historia de matrimonios/divorcios</p> <p>Historia de problemas matrimoniales/terapia</p> <p>Relaciones extramatrimoniales</p> <p>Satisfacción/Insatisfacción actual</p> <p>Ambivalencia en torno al tratamiento médico y a las tecnologías de reproducción asistida</p> <p>Familiares</p> <p>Historia de familia disfuncional de origen</p> <p>Muertes y nacimientos recientes en la familia</p> <p>Historial de numerosas pérdidas familiares</p> <p>Sociales</p> <p>Sistema de apoyo social disponible</p> <p>Problemas o presiones profesionales</p> <p>Historia y/o problemas legales actuales</p> <p>Conducta criminal</p> |

(Burns and Greenfeld, 1990).

Entrevista de devolución de información y planteamiento de objetivos. Durante esta entrevista, el terapeuta resume la información recogida hasta el momento y la vuelve a contrastar con la pareja para evitar confusiones. Luego se presentan los comportamientos del problema o de riesgo observados, así como el análisis secuencial y su desarrollo (la primera aparición del problema o una de las primeras, la ocasión en la que el problema fue más grave, la última ocasión en la que ha aparecido, una de las ocasiones en que el problema aparece de forma leve, etc.), y la dirección en que se va a trabajar (establecimiento de metas y objetivos terapéuticos o de apoyo psicológico).

Los objetivos de la devolución de información se pueden resumir en los siguientes puntos (Muñoz, 2003):

- Es una excelente ocasión para acumular pruebas para el contraste de hipótesis, teniendo en cuenta que posiblemente ésta sea la última oportunidad de contrastar información con la pareja antes del tratamiento.
- Es la forma de ofrecer a la pareja una explicación sobre sus problemas y de los tratamientos posibles para enfrentarlos.

- Es el momento de la toma de decisiones sobre el tratamiento que se seguirá.

Evaluación II: análisis funcional y formulación clínica

Análisis funcional o establecimiento de supuestos funcionales contrastables. Durante esta fase, el terapeuta debe identificar las relaciones funcionales causales de todos y cada uno de los problemas que se tratarán. Un buen análisis funcional debería poder explicar el origen, el curso y el funcionamiento actual de cada problema, y a la vez permitir hacer un pronóstico de su evolución (Haynes, 1998). Es importante establecer hipótesis, tanto de origen o establecimiento, como de mantenimiento de cada problema (determinar las condiciones que controlaban el problema en el pasado y las que lo hacen en el presente). Para lograr los objetivos de esta fase es necesario realizar las siguientes actividades:

- Selección del procedimiento que se seguirá para determinar en qué medida o dimensión, se presenta cada problema (frecuencia, intensidad, duración, latencia), y realizar dicha medición. Los procedimientos habituales para la recogida de información en esta fase son las entrevistas a la pareja, o en ocasiones a sus allegados, y los autorregistros. Estos procedimientos permitirán establecer en qué medida se presentan los comportamientos. Es decir, el objetivo fundamental de esta fase es obtener una medición del comportamiento ante el problema.
- Selección del procedimiento y recogida de información sobre las variables ambientales que en la actualidad pudieran estar controlando el problema. Son varias las estrategias que se pueden usar para lograr contrastar cuáles son las condiciones ambientales que anteceden o siguen a las conductas problema (estímulos antecedentes y consecuentes). La recolección de información sobre estas condiciones ambientales se lleva a cabo al mismo tiempo que la medición de las conductas problema y, por tanto, se puede hacer también mediante autorregistros o pruebas específicas, entre otros procedimientos.
- Selección de procedimientos y recogida de información sobre variables personales o en su defecto, exámenes biológicos pertinentes, que pudieran estar funcionalmente relacionadas con el problema. En el caso de que la pareja presentara, por ejemplo, un problema de depresión que pudiera responder a un desajuste hormonal o a otra causa bio-

lógica, es recomendable que el terapeuta consulte con el especialista, para realizar las pruebas médicas pertinentes.

Una vez establecidas las hipótesis o enunciados verificables, se pasa a la siguiente fase.

Recogida de datos pertinentes a las hipótesis. Consiste, básicamente, en establecer cuál es la intervención psicológica más adecuada para lograr las metas establecidas; controlar aquellas variables potencialmente contaminadoras de los efectos de dicha intervención; por ejemplo, si se aplica un entrenamiento en relajación se tendrán que evaluar las capacidades de los sujetos para relajarse o si se aplica un entrenamiento en visualización, se deberá evaluar la capacidad imaginativa de los sujetos y, por último, la aplicación del tratamiento psicológico.

Evaluación III: resultados y seguimiento

En esta fase, se lleva a cabo, inicialmente, una valoración de resultados que comprende al menos tres objetivos:

- La evaluación de las conductas problema y de las metas establecidas mediante la aplicación de las técnicas de medida, para determinar si ha habido cambios en las dimensiones de las conductas problema y si se ha logrado el establecimiento o incremento de las conductas meta.
- La comprobación de si se han alcanzado los criterios terapéuticos establecidos y si los datos avalan las hipótesis funcionales formuladas.
- La valoración del tratamiento, el cual puede conllevar la finalización de la terapia o la reconsideración del proceso terapéutico.

En cuanto a la fase de seguimiento, se debe tener en cuenta que cualquier intervención psicológica puede generar efectos inmediatos que se disipan con el tiempo. Por ello, es recomendable hacer seguimiento de las parejas después de haber finalizado el tratamiento. Este período de seguimiento suele oscilar entre 3 meses y 1 año, según el caso (Barlow et al., 1984). Esta fase tiene dos objetivos fundamentales: una nueva recogida de datos y la comprobación de si los resultados del tratamiento se mantienen en el tiempo. Los datos que se obtengan, se deberán comparar con los obtenidos antes e inmediatamente después del tratamiento, lo cual permitirá observar su estabilidad y mantenimiento a lo largo del tiempo.



INTERVENCIÓN, APOYO Y CONSEJO PSICOLÓGICO

Los datos clínicos soportan la noción de que los participantes en TRA se pueden beneficiar significativamente del apoyo y consejo psicológico, por lo que éste es un campo de acción importante y actual para los profesionales de la salud mental (Berger, 1977). De hecho, el conocimiento sobre las consecuencias psicosociales, la identificación de las fuentes de estrés asociadas a la infertilidad y a las TRA, así como lo necesario que resulta que la pareja logre soportar adecuadamente los exigentes protocolos de tratamiento, hace que actualmente exista una tendencia creciente a incorporar al profesional de la salud mental como parte integral del equipo de tratamiento.

De hecho, en países como Estados Unidos o España, son funciones cotidianas de los profesionales de la salud mental vinculados a las unidades de reproducción humana, evaluar psicológicamente y asesorar a las parejas antes de iniciar el tratamiento de infertilidad, proveer apoyo e intervención psicoterapéutica, facilitar información en un ambiente que resulta nuevo y complejo o ayudar y orientar en el constante proceso de toma de decisiones. En este contexto, los estresores psicológicos que acompañan al tratamiento de infertilidad, son considerados como parte normal y esperable de su misma naturaleza, lo que pone de manifiesto la necesidad de recibir, en alguna medida, orientación, instrucción y apoyo psicológico.

A este respecto, la ASRM señala la técnica de FIV como uno de los procedimientos de fertilidad que requiere mayor poder de adaptación por parte de las parejas, y asegura que, generalmente, es uno de los que producen mayores niveles de estrés (ASRM, 2002). Para afrontarlo aconseja buscar información sobre la FIV, apoyo social en familia y amigos, asesoramiento profesional, aprender y practicar ejercicios de relajación y técnicas de meditación, así como cuidar la salud corporal mediante el reposo, el ejercicio moderado y las dietas adecuadas, entre otras estrategias. Por ello, desde 1996, esa institución viene recomendando que la consejería en infertilidad esté disponible en todos los centros que ofrecen TRA (ASRM, 1996).

Por consejería en infertilidad se entiende aquella disciplina que integra aspectos de la educación de adultos, la evaluación psicológica, la terapia cognitivo-conductual breve, la terapia sexual y de pareja, entre otros aspectos. Disciplina que requiere de conocimiento acerca de la interacción entre los aspectos psicológicos y médicos de la infertilidad y una reflexión permanen-

te sobre los problemas éticos involucrados. Lamentablemente, en Latinoamérica, el apoyo psicosocial dirigido a parejas infértiles es aún una experiencia en desarrollo, que se encuentra más o menos avanzada según el país y el centro que se tome como referencia.

Estudios realizados en Australia e Inglaterra señalan que además de reforzar continuamente la educación de los pacientes sobre la naturaleza del problema y el tratamiento, el apoyo psicológico a estas parejas debe incorporar, al menos, dos momentos: un primer momento de expresión y reconocimiento de la particular experiencia emocional que desencadena la infertilidad en cada miembro de la pareja y en la relación conyugal, así como el reconocimiento de fortalezas y vulnerabilidades personales, de pareja y de las redes sociales que la experiencia de infertilidad pone de manifiesto; y un segundo momento, dirigido a reforzar e incrementar dichas fortalezas y ampliar o incorporar estilos personales efectivos de afrontamiento del estrés (FSARTA, 1992; King's Fund, 1991; Hernon et al., 1995).

Evidentemente, en aquellas parejas que presenten problemas psicológicos para afrontar la situación de infertilidad, la intervención psicológica está recomendada. Pero también es importante para aquellas parejas que aparentemente muestran un nivel de funcionalidad adecuado, recordar que el apoyo psicológico está disponible si se necesita.

Son varias las modalidades de intervención, apoyo y consejo psicológico que se han venido utilizando con parejas infértiles y han demostrado su efectividad. La elección de una u otra modalidad depende, usualmente, de la naturaleza del problema, las recomendaciones del terapeuta, las preferencias de los pacientes, y de la disponibilidad de cada una de las opciones en los centros de asistencia.

Terapia individual. Muchas personas que acuden a consulta psicológica, buscando orientación y apoyo para afrontar las situaciones adversas relacionadas con su problema de infertilidad, prefieren el tratamiento individualizado. Posiblemente se deba a que esta modalidad de intervención es la más privada y confidencial, y con la que, quizás, las personas están más familiarizadas. Adicionalmente, permite que el terapeuta adapte el tratamiento a las características particulares de cada uno de los cónyuges y del problema específico que presenten. Es decir, permite planificar y aplicar un tratamiento individualizado. Conviene tener en cuenta que el terapeuta debe respetar la preferencia que tengan los pacientes sobre la modalidad de inter-

vención, a menos que haya una indicación clara para recomendar otro tipo de tratamiento.

Terapia de pareja. Como se ha dicho anteriormente, es recomendable que la infertilidad se conciba como un problema de ambos cónyuges y no únicamente individual. De hecho, el problema de infertilidad siempre afecta, de un modo u otro, la relación matrimonial. Desde esta perspectiva, la terapia de pareja es quizás la modalidad de intervención más útil, al encontrar un ambiente adecuado para aprender a afrontar los conflictos, escucharse mutuamente y entender las diferencias de género en las respuestas a los problemas (Menning, 1979). En esta modalidad, algunos objetivos terapéuticos podrían ser: entender el significado y valor de la reciprocidad en el intercambio cotidiano, el entrenamiento en habilidades de comunicación verbal y no verbal, aprender a realizar contratos conductuales después de una negociación y un compromiso satisfactorios, aprender a expresar sentimientos de una manera directa, asertiva y no acusativa.

Terapia grupal. En la intervención psicológica dentro del campo de la infertilidad, es común el uso de la terapia de pareja en grupo. Esta modalidad terapéutica se ha llevado a cabo de forma muy positiva, con un alto grado de satisfacción por parte de las parejas, las cuales aseguran que ésta es útil en tanto los grupos puedan proveer apoyo, educación y un tipo de empatía disponible, únicamente, a través de personas que viven experiencias y estresores similares.

La utilidad de la terapia de pareja en grupos quedó demostrada en un estudio prospectivo que se realizó para determinar los beneficios de las intervenciones con grupos de apoyo. En dicho estudio, se concluyó que esta modalidad de intervención era altamente efectiva y eficaz, pues aliviaba significativamente el dolor psicológico relacionado con la infertilidad (Stewart et al., 1992).

La terapia de pareja en grupo tiene varias ventajas. Por un lado, las fuentes de retroalimentación son mayores en tanto el grupo proporciona diversidad de puntos de vista y posibilidades de intercambio, así como multiplicidad de estilos de interrelación conyugal. La exposición a las diferentes ideas, modelos y experiencias que aporta un grupo, hace posible que las parejas tengan una amplia gama de opciones para contrastar, adaptar o evitar determinados comportamientos. Por otro lado, el grupo tiene un importante papel de apoyo social al proveer aceptación y un ambiente adecuado de aprendizaje, al tiempo que permite normalizar la experiencia de la infertilidad. Final-

mente, el formato grupal presenta una relación costo-efectividad óptima porque posibilita que el terapeuta consulte un mayor número de parejas en menos tiempo, disminuyendo los costos del tratamiento y la duración del mismo.

Importancia del uso de tratamientos eficaces, efectivos y eficientes

En principio, los objetivos del psicólogo clínico y del investigador parecen ser muy distintos. El principal interés del psicólogo clínico es llegar a la solución de los problemas que presenta su paciente, mediante la aplicación de un tratamiento individualizado. Por su parte, el investigador pretende poner a prueba hipótesis teóricas utilizando, especialmente, la comparación de los efectos producidos por la aplicación de un determinado tratamiento estandarizado a un sujeto o grupo, con los efectos de otros tratamientos o mediante la ausencia de ellos en otros grupos (grupos control).

Ahora bien, los objetivos del psicólogo clínico y del investigador no se deberían desvincular, dado que es necesario conocer la eficacia, que son los beneficios que aporta la intervención en condiciones ideales; la efectividad, que es si la intervención resulta útil y funciona cuando se aplica en condiciones reales; y la eficiencia, que es la relación costo-beneficio respecto al dinero, los recursos y el tiempo de las técnicas y procedimientos terapéuticos, para poder decidir qué tratamiento es más conveniente aplicar en cada caso.

El conocimiento de la eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento psicológico ayuda a decidir sobre la mejor forma de incorporarlo al tratamiento médico, teniendo en cuenta aspectos como la relación costo-beneficio de los servicios psicológicos. Si la remuneración del servicio psicológico se incluye dentro del costo de la TRA, se facilita el acceso a un mayor número de pacientes, lo que no tiene por qué significar un encarecimiento del costo global del tratamiento si, mediante el apoyo y el consejo psicológico, se garantizan mejores resultados relacionados con éxitos de la TRA, grado de satisfacción percibida por las parejas, disminución en la rotación de centros asistenciales, culminación de los protocolos de tratamiento, etc.; que a su vez redunden en una mayor productividad de los centros de asistencia.

Hay autores que plantean que el psicólogo de orientación conductual se debe considerar un científico que practica una profesión, eliminando así la desigualdad entre investigación e intervención. Aseguran que debe



ser un objetivo básico la investigación sobre la eficacia de los tratamientos que aplique, mediante estudios sistemáticos, tanto de casos clínicos individuales, con diseños de caso único, como mediante estudios experimentales con muestras clínicas o análogas, utilizando diseños de grupo (Barlow et al., 1984). En el caso específico de la intervención psicológica en infertilidad, es muy importante la realización de este tipo de estudios porque actualmente, no son muchas las evidencias empíricas sobre la efectividad, eficacia y eficiencia de los tratamientos que se aplican, debido primordialmente a que es un campo de trabajo relativamente nuevo para el psicólogo clínico.

RECOMENDACIONES Y GUÍA PARA EL CONSEJO PSICOLÓGICO

Una de las situaciones iniciales que debe enfrentar la pareja infértil y que requiere de gran adaptación, es la relación que debe mantener con un numeroso equipo de profesionales. Lo que inicialmente formaba parte de la intimidad conyugal, se pasa a compartir inmediatamente con un amplio equipo de profesionales.

Si bien es cierto que la relación médico-paciente ha sido considerada a lo largo de los años como intrínsecamente compleja, en los casos de infertilidad se torna todavía más complicada porque son muchos los factores que inciden sobre ella. Entre éstos se encuentran los planteamientos éticos y morales que las técnicas de reproducción asistida conllevan o el tener que enfrentarse continuamente al fracaso y al esfuerzo que supone adaptarse a los avances científicos frecuentes en este campo. Estos factores generan situaciones altamente demandantes, no sólo para los pacientes sino también para los profesionales de la salud.

Para garantizar los mejores resultados en las TRA, y el mayor grado de satisfacción posible tanto del equipo de profesionales como de las parejas, es indispensable promover estilos de comunicación adecuados entre ambos. Si los pacientes y los profesionales de la salud no consiguen formar un único equipo, difícilmente se podrá avanzar en el proceso de tratamiento. Por tanto, es responsabilidad de ambos facilitar un traspaso fluido de información en ambos sentidos.

Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, la falta de comunicación entre profesionales y pacientes, se debe a factores que inicialmente podrían parecer irrelevantes pero que, por el contrario, son vitales. Por ejemplo, si el paciente no entiende el lenguaje que utiliza su médico o las explicaciones de éste no son claras, se pueden producir confusiones y, en consecuen-

cia, insatisfacción, desconfianza o malestar. Por otro lado, si el profesional no dispone del tiempo necesario para dar toda la información que necesita la pareja, y para verificar que ésta ha sido entendida a cabalidad, se pueden producir dudas que interfieran directamente con el tratamiento.

A continuación se presentan algunas recomendaciones, dirigidas a promover una adecuada relación entre los profesionales y las parejas infértiles que acuden a consulta:

Médicos

Kingsberg elaboró la siguiente lista de recomendaciones para los médicos que trabajan con parejas infértiles (Kingsberg, 1996):

- Instruir e informar a la pareja, cada vez que asista a consulta, acerca de su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, aun cuando pueda parecer redundante.
- Conocer y normalizar los aspectos emocionales que comportan las diferentes opciones de tratamiento (miedo, aprensión, inseguridad, ansiedad, dudas).
- Animar a las parejas para que no se apresuren en la toma de decisiones relativas al tratamiento.
- Animar a las parejas a consultar a un profesional de la salud mental.

Si bien estas recomendaciones son importantes, cabría agregar los siguientes aspectos primordiales que no están contemplados en esa lista:

- El médico debe explicar, y la pareja entender, que la infertilidad es un problema de pareja, evitando desvincular a los cónyuges durante todo el proceso (diagnóstico-tratamiento-resolución).
- Promover la participación activa de la pareja en la toma de decisiones y en la búsqueda de información; para esto es recomendable que el médico responda a todas y cada una de las dudas que se presenten en consulta.
- Transmitir una profunda empatía y dar la máxima información sobre las posibilidades reales que existen para solucionar el problema de infertilidad que presenta la pareja (mantenerse actualizado).
- Ser reiterativo al preguntar a la pareja si tiene dudas o deseos de formular alguna pregunta adicional.

- Hacer uso de la comunicación gráfica cuando la pareja muestre signos de no haber entendido la información facilitada (utilizar dibujos, gráficos, esquemas).
- Es importante recordar que aconsejar u orientar no es sinónimo de decidir por la pareja. El médico se debe mostrar lo más imparcial posible ante la toma de decisiones, promoviendo que la pareja tome el control de los acontecimientos que van sucediendo.
- Fomentar expectativas positivas de cambio evitando dar falsas esperanzas.
- Evitar someter al paciente a fracasos innecesarios y/o a excesivas pruebas diagnósticas.
- Prestar atención y comprensión empática mediante una escucha activa y aceptación no crítica de la situación que presenta la pareja.
- Atender a la pareja en un ambiente adecuado de intimidad, evitando excesivas interrupciones, promoviendo el diálogo y una interacción abierta, sin prisas. Es muy importante adaptar la duración de la consulta a las necesidades de cada pareja (médicas y emocionales).
- Prestar especial atención y cuidado a aquellas parejas que a lo largo del tratamiento sufran pérdidas importantes como abortos espontáneos, complicaciones durante el embarazo, embarazos múltiples, reducción fetal, separación o divorcio, etc.
- Tener en cuenta que la intervención médica no termina con la resolución de la TRA, sino que es necesaria también la orientación en el proceso posterior si así lo demanda la pareja (hay mujeres que piden ayuda ante síntomas de depresión postparto, otras se sienten desbordadas con la llegada de varios hijos en los casos de embarazo múltiple, etc.). Muchos de estos casos quedan sin atención, produciendo secuelas importantes en el funcionamiento familiar. En cualquier caso, es importante que el médico remita estos casos a un profesional de la salud mental.
- Transmitir una profunda empatía y dar la máxima información sobre las posibilidades reales existentes para solucionar el problema de infertilidad.
- Ayudar a la pareja a comprender la realidad de su situación mediante la información, el reflejo de sentimientos y la concreción, ayudando al paciente a ser realista, objetivo y específico, especialmente durante la fase de diagnóstico.
- Orientar, apoyar y acompañar a la pareja en la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso.
- Enseñar a dirigir o manejar los sentimientos de la pareja, durante cada una de las fases por las que va pasando. Se debe promover el respeto y la aceptación de las diferentes reacciones que tenga cada cónyuge en situaciones controvertidas.
- Informar del impacto y de los posibles cambios que pueden suceder en las distintas áreas de funcionamiento habitual de la pareja tales como relaciones sexuales, cambios emocionales, alteraciones de la autoestima y percepción de control sobre los acontecimientos, haciendo énfasis en la normalidad de dichos cambios.
- Ajustar el tratamiento, hasta donde sea posible, a las preferencias de la pareja puede ayudar a aumentar no sólo la efectividad, sino la adherencia al mismo.
- Tener siempre presente que la finalización de la intervención psicológica no termina únicamente por el hecho de haber alcanzado las metas, sino que también se puede finalizar por haber transcurrido un plazo excesivo y no apreciarse los cambios o mejorías esperadas, o por la renuncia de la pareja.
- Prestar especial atención y cuidado a aquellas parejas que a lo largo del tratamiento sufran pérdidas importantes como abortos espontáneos, complicaciones durante el embarazo, embarazos múltiples, reducción fetal, separación o divorcio, etc.
- Tener en cuenta que la intervención psicológica no termina con la resolución de la TRA, sino que es necesaria también la orientación en el proceso posterior si así lo demanda la pareja.

Profesionales de la salud mental

- Es importante aportar a los pacientes la información científica necesaria, así como aconsejar en todos los aspectos sociales, psicológicos y legales sobre las TRA u otras alternativas (adopción, vivir sin hijos, etc.).

Adicionalmente, es importante que el profesional en salud mental tenga presente, constantemente, aquellas habilidades que promueven una relación terapéutica adecuada y efectiva. Esas habilidades se resumen en la siguiente tabla:



Tabla 23-4.
Conjuntos de habilidades del terapeuta para la relación con el paciente.

| Constantes | Variables en cada caso | Peligrosas |
|--|--|---|
| Puestas en marcha con la mayoría de los pacientes | Se pueden variar en cada caso de acuerdo con la formulación clínica del mismo | Se deben evitar en todos los casos |
| Respeto | Provisión de cuidados | Curiosidad injustificada |
| Confianza | Estructura de la sesión personales propios | Inclusión de aspectos |
| Interés | Revelación de información a sobre el terapeuta | Búsqueda de la admiración del paciente |
| Cuidados | Directividad personales | Imposición de valores |
| Comprensión | Críticas | Relación de dominio |
| Aceptación | Alabanzas/Reforzamiento social | |
| Empatía | Animación | |
| Calidez en la relación | Juegos | |
| Fomento de las expectativas de cambio | Sentido del humor | |
| Control | Disponibilidad del terapeuta | |
| Autenticidad | Duración de las sesiones | |
| Búsqueda de información descriptiva y relevante | Frecuencia de las sesiones | |
| Competencia | Modelado | |
| Estructuración de roles | Compartir notas o la formulación | |
| Implicación del paciente en el proceso de cambio | Establecimiento de límites | |
| | Enfrentamiento a comportamientos desadaptativos | |
| | Validación de los sentimientos y experiencias del paciente | |

(Muñoz, 2003).

RESUMEN

La investigación rigurosa que permita aportar evidencias consistentes sobre los aspectos psicológicos asociados a la experiencia de infertilidad, la adaptación de las parejas a las técnicas de reproducción asistida (TRA) y la respuesta a los trata-

mientos es compleja por la gran cantidad de variables que intervienen en este fenómeno. Sin embargo, los estudios realizados hasta el momento aportan el sustento suficiente para poner de manifiesto la necesidad de incorporar programas de educa-

ción, consejería y apoyo psicológico como parte integral de los tratamientos de infertilidad. Programas de intervención que deberían estar dirigidos no sólo a lograr mejores respuestas a los tratamientos, sino también a aumentar el bienestar psicosocial y emocional de las parejas.

Si bien las investigaciones no permiten concluir que los conflictos psicológicos o los problemas emocionales sean causantes de la condición de infertilidad; sí han demostrado que la experiencia de la infertilidad y sus consecuencias psicosociales requieren gran capacidad de adaptación por parte de las parejas. Este proceso de adaptación precisa, por lo general, de ayuda, tanto médica como psicológica, desde el primer momento en que la pareja decide consultar al especialista en medicina de la reproducción.

En cuanto al trabajo del psicólogo, sería recomendable que éste pusiera énfasis en aspectos como la facilitación de la expresión y manejo de sentimientos y emociones frente a la infertilidad; la toma del tiempo necesario para decir cuándo, cómo y por qué seguir un tratamiento determinado; realizar una planificación del mismo y examinar todas y cada una de las posibles alternativas al problema de infertilidad.

No se pueden obviar las consecuencias psicosociales de la infertilidad dado que las parejas infértiles no sufren únicamente un desgaste físico, sino también psicológico. De hecho, sería recomendable promover programas de psicología preventiva en esta área y más aún, cuando se ha demostrado que tanto el diagnóstico de infertilidad, como las TRA, pueden alterar el equilibrio emocional, físico, social, profesional y cognitivo de las parejas, aspectos que a su vez pueden llegar a ejercer un efecto de retroalimentación sobre la propia capacidad de reproducción o los resultados del tratamiento.

REFERENCIAS

- ABBAY A, ANDREWS E, HALMAN J (1991a). The importance of social relationship for infertile couples' well-being. In: STANTON A, DUNKEL-SCHETTER C. *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- ABBAY A, ANDREWS F, HALMAN L (1991b). Gender's role in responses to infertility. *Psych Women Q*; 15:295-316.
- ASRM. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (1996). *Guidelines for the provision of Infertility Services*. Birmingham, AL: ASRM.
- ASRM. AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (2002). *Risks of the In Vitro Fertilization (FIV)*. Birmingham, AL: ASRM Practice Committee Report.
- BARLOW D, HAYES S, NELSON R (1984). *The Scientist Practitioner. Research and Accountability in Clinical and Educational Settings*. New York: Pergamon Press.
- BECK A (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*; 4:561-571.
- BENEDEK T (1952). Infertility as a psychosomatic defense. *Fertil Steril*; 3(6):527-541.
- BERG B, WILSON J (1990). Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. *Fertil Steril*; 53(4):654-661.
- BERG B, WILSON J (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med*; 14(1):11-26.
- BERGER D (1977). The role of the psychiatrist in the reproductive biology clinic. *Fertil Steril*; 28(2):141-145.
- BORRÁS S, RITTER E (2003). Conductas de prevención y riesgo en parejas con problemas de infertilidad. Una propuesta de intervención conductual (inédito). Caracas: Artículo presentado en las VIII Jornadas de Investigación Humanística y Educativa.
- BROWN S, ALPERT D, LENT R, HUNT G, BRADY (1988). Perceived social support among collage student: factor structure of the Social Support inventory. *Journal of Counseling Psychology*; 35(3):472-478.
- BURNS L, GREENFELD D, FOR THE MENTAL HEALTH PROFESSIONAL GROUP (1990). *CPHI: Comprehensive Psychosocial History for Infertility*. Birmingham, AL: American Society for Reproductive Medicine.
- CAMPAGNE D (2002). Psiconeuroendocrinología de la infertilidad. *Bol Soc Españ Fertil*; 4.
- CARREÑO J, MORALES F, ALDANA E Y FLORES A (2000). Depresión y ansiedad en distintos periodos de evolución de la esterilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*; 14(1):14-20.
- CHRISTIE G (1998). Some sociocultural and psychological aspects of infertility. *Hum Reprod*; 13(1):232-241.
- COOPER C, PAYNE R (1991). *Personality and stress: individual differences in the stress process*. London: John Wiley Sons.
- COVINGTON S (1987). Psychosocial evaluation of the infertile couples: implications for social work practice. *J Soc Work Hum Sexuality*; 6:21-36.
- MENNING B (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*; 34(4):313-319.
- DEMYTTENAERE K, BONTE L, GHELDOLF M, VERVAEKE M, MEULEMAN C, VANDERSCHUEREM D, D'HOOGHE T (1998). Coping style and depression level influence outcome of in vitro fertilization. *Fertil Steril*; 69:1026-1033.



- DEXEUS S, FARRÉ J (2001). *La mujer, su cuerpo y su mente. Guía de Psicología, Sexualidad y Ginecología*. Madrid: Temas de Hoy.
- DOMAR A, ZUTTERMEISTER P, FREIDMAN R (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 14:45-52.
- DOMÍNGUEZ R (2002). Psicología e infertilidad. *Revista Médica*; 13(1):2-7.
- DOWNY J, YINGLING S, MCKINNEY M, HUSAMI N, JEWELWICZ R, MAIDMAN J (1989). Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril*; 52(3):425-432.
- FACCHINETTI F, MATTEO M, ARTINI G, VOLPE A, GENAZZANI A (1997). An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril*; 67(2):309-314.
- FSARTA. FERTILITY SOCIETY OF AUSTRALIA REPRODUCTIVE TECHNOLOGY ACCREDITATION COMMITTEE (1992). Code of practice, section B. Standards for Counseling Staff (11).
- GIL-ROALES-NIETO, J (dir.) (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- GUERRA D (1998). *Cómo afrontar la infertilidad*. Barcelona: Planeta.
- HAYNES S. The principles and practice of behavioral assessment with adults (vol. 4). En: GOLDSTEIN A, HERSEN M (eds.). *Comprehensive clinical psychology: Assessment*. Ámsterdam: Elsevier Science.
- HERNON M, HARRIS C, ELSTEIN M (1995). Review of the organized support network for infertility patients in licensed units in the UK. *Hum Reprod*; 10(4):960-964.
- HSU Y, KUO B (2002). Evaluations of emotional reactions and coping behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. *J Nurs Res*; 10(4):291-301.
- KING'S FUND CENTRE COUNSELING COMMITTEE (1991). Report of the King's Fund Centre Counseling Committee: *Counseling for Regulated Infertility Treatment*. London: KFC.
- KINGSBERG S (1996). Assisted reproductive techniques and male factor infertility: psychological perspectives on the treatment recommendations of IUI, IVF and ICSI. Syllabus from the course Male Infertility: The Medical and Psychological Team Approach to Treatment, sponsored by the American Society for Reproductive Medicine.
- LEPORE S (1991). Measurement of chronic stressors in infertility: perspectives from stress and coping research. In: STANTON A, DUNKEL-SCHETTER C. *Infertility: perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- MAHLSTEDT P, MACDUFF S, BERNSTEIN J (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf*; 4:232-236.
- MAHLSTEDT P (1985). The psychological component of infertility. *Fertil Steril*; 43(3):335-346.
- MAI F, MUNDAY R, RUMP E (1972). Psychiatric interview comparisons between infertile and fertile couples. *Psychosom Med*; 34:431-440.
- MARSH E (1951). Possible Psychogenic aspects of infertility. *Fertil Steril*; 2(1):70-79.
- MATARAZZO J (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *Amer Psych*; 35(9):807-817.
- MCDANIEL S, HEPWORTH J, DOHERTY W (1992). Medical family therapy with couples facing infertility. *Am J Fam Ther*; 20:101-122.
- MENNING B (1979). Counseling infertile couples. *Contemp Obstet Gynecol*; 13:101-108.
- MENNING B (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*; 34(4):313-319.
- MENNING B (1975). The infertile couple: a plea for advocacy. *Child Welfare*; 54(6):454-460.
- MORALES F, CARMONA J (1999). Pronóstico y soporte emocional de la pareja infértil. En: VÁSQUEZ BENÍTEZ E. *Medicina Reproductiva en México. Problemas psíquicos y emocionales*. México: JGH.
- MORALES F, KABLY-AMBE A, DÍAZ E (1992). Fertilización asistida: aspectos emocionales. *Perinatología y Reproducción Humana*; 6(3):104-108.
- MORROW K, THORESON R (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*; 63(1):163-167.
- MUÑOZ M (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
- NACHTIGALL R, BECKER G, WOZNY M (1992). The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril*; 57(1):113-121.
- NEWTON C, SHERRARD W, GLAVAC I (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*; 72(1):54-62.
- NOYES R, CHAPNICK E (1964). Literature on psychology and infertility. *Fertil Steril*; 15:543-548.
- PETERSON B, NEWTON C, ROSEN K (2003). Examining Congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Fam Process*; 42(1):59-70.
- PRATKKE T, GASS-STERNAS K (1993). Appraisal, coping and emotional health of infertile couples undergoing donor artificial insemination. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 22(6):516-527.

- READ J (1995). *Counselling for fertility problems*. London: Sage Publications Ltd.
- READ J (1999). Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ*; 318(7183):587-589.
- ROSENTHAL M (1993). Psychiatric aspects of infertility and assisted reproductive technologies. *Infertil Reprod Med Clinics of North Am*; 4(3):471-482.
- RUBENSTEIN B (1951). Emotional factors in infertility: a psychosomatic approach. *Fertil Steril*; 2(1):80-86.
- SANJUÁN P (2002). Infertilidad, estrés y moduladores psicosociales. En: MORENO C *Factores psicológicos de la infertilidad*. Madrid: Sanz y Torres.
- SPIELBERGER D, GUERRERO R (1975). *IDARE: Inventario de Ansiedad: Rasgo Estado. Manual e Instructivo*. México: El Manual Moderno.
- WRIGHT J, ALLARD M, LECOURS A, SABOURIN S (1989). Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research. *Intern J Fertil*; 34(2):126-142.
- STEPTOE A (1991). The links between stress and illness. *J Psychosom Res*; 35(6):633-644.
- STEWART D, BOYDELL K, MCCARTHY K, SWERDLYK S, REDMOND C, COHRS W (1992). A prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. *Int J Psychiatry Med*; 22(2):173-182.
- VAN BALEN F, NAAKTGEBOREN N, TRIMBOS-KEMPER T (1996). In vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Hum Repro*; 11(11):95-98.

