

Infertilidad y Esterilidad: **apoyo e intervención psicológicos.**

Dra. Diana Guerra Díaz

Servicio de Medicina Psicosomática del Instituto Universitario Dexeus

Calle Anglí, 45 bis - 08017 - Barcelona

RESUMEN

Generalmente, tanto el diagnóstico como el tratamiento, afectan de forma crítica cada una de las facetas de la vida de las parejas infértiles. Investigaciones recientes han hallado que entre el 25 al 65% de los pacientes que asisten a las clínicas de esterilidad presentan síntomas psicológicos de significación clínica.

Se propone un modelo de intervención y apoyo psicológico y se remarca la importancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de esterilidad y de la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes

PALABRAS CLAVE

Infertilidad, esterilidad, técnicas de reproducción asistida, intervención psicológica

ABSTRACT

Infertility diagnosis and treatment affect the infertile

couples lives. Recent studies have shown that between 25 and 65% of those that assist to assisted reproduction treatment services have significant psychological symptoms.

Psychological intervention and counseling models are proposed and the significance of considering the psychological traits in the patients selection is enhanced. It is remarked the benefits of offering psychological treatment before medical treatment to reduce distress and psychological disorders of the patients.

KEY WORDS

Infertility, sterility, assisted reproduction technics, psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

Podríamos decir que existe todavía una cierta incultura entre la población general con lo que respecta al conocimiento de lo que significan la infertilidad y la esterilidad. Para una persona infértil y/o estéril, resulta difícil explicar en su entorno que tiene dificultades

para reproducirse, dado que todavía existen muchos mitos y tabúes relativos a estas enfermedades. Los afectados por la esterilidad manifiestan que cuando el factor de esterilidad es masculino, parecen haber connotaciones asociadas a la poca virilidad del varón que la sufre.

En muchas ocasiones, las parejas estériles expresan su pesar ante el desconocimiento que la sociedad tiene de este problema, siendo ellos los primeros que no desean manifestarse sobre algo tan íntimo y que consideran podría tener consecuencias sociales o psicológicas sobre la posible futura descendencia.

Muchas de estas parejas emplean varios años en obtener un diagnóstico claro de esterilidad, ya sea por su propio desconocimiento o despreocupación ante fallos repetidos del intento de embarazo, o por la lentitud y falta de visión pronóstica de los profesionales a los que se hayan dirigido.

Generalmente las parejas habrán planeado sus vidas en común con la intención de crear

una familia a una edad favorable. **Habrán controlado la posibilidad de concepción durante años tratando de estabilizarse antes de tener un bebé. El descubrir que son estériles destruye los sentimientos de control sobre sus vidas. Durante el tratamiento, quizá dejen de lado otras partes de sus vidas: familiar, social, etc... Esto puede incluir el posponer una mudanza, continuar su educación, cambiar de trabajo o establecer otras relaciones. Cuantas más cosas dejen, cuanto más cambios existan en sus vidas, menos sensación de control tendrán.**

El rol del estrés psicológico en la concepción sigue siendo poco claro. La proporción de parejas estériles con una etiología desconocida ha disminuido con el incremento de la sofisticación en el diagnóstico médico tanto para las mujeres como para los hombres. Sin embargo, se cree que, dentro de este grupo los factores psicológicos pueden jugar un papel importante (Guerra, 1994; Guerra y cols, 1998).

Los profesionales de la salud que se dedican a tratar la esterilidad saben que ésta es una experiencia muy estresante para las parejas. Freeman y cols. (1987), encontraron que para la mitad de la muestra de sus parejas estériles, la esterilidad era la experiencia más perturbadora que habían tenido en sus vidas .

Riesgos emocionales de la esterilidad

La literatura está llena de evidencias sobre la relación entre la esterilidad y el estrés y sobre el impacto nocivo que el estrés por esterilidad puede tener en el funcionamiento de una pareja y en su calidad de vida así como en la adaptación al tratamiento a seguir; (Tarlitzis y cols. 1993.; Mahlsted, 1987; Dunkel y Lobel, 1991. Menning, 1977; Menning, 1980; Seibel y Taymor, 1982).

Generalmente, tanto el diagnóstico como el tratamiento, afectan de forma crítica cada una de las facetas de la vida de estas parejas. De forma paradójica, las parejas estériles se someten a un régimen médico estresante de visitas continuas, toma de temperatura diaria, medicaciones, intervenciones quirúrgicas y relaciones sexuales programadas. Debido a la presión de estos procesos, son capaces de retrasar vacaciones, de no hacer cambios en su profesión, de viajar en busca de soluciones, de renunciar a su vida social, etc. La esterilidad supone una carga en la vida diaria de estas parejas, afectando de alguna manera su estado emocional, social, físico, ocupacional, e incluso, intelectual.

Investigaciones recientes han hallado que entre el 25 al 65% de los pacientes que asisten a las clínicas de esterilidad presentan síntomas psicológicos de significación clínica (Strauss, 1991. Davies-Osterkamp, 1991; Guerra y cols., 1994) . ¿Hasta qué punto puede el estrés o los problemas emocionales afectar la probabilidad de embarazo que tiene una pareja estéril en tratamiento?

La mayoría de los resultados obtenidos hasta la fecha son contradictorios, aunque indican una probabilidad menor de conseguir una concepción o una mayor probabilidad de aborto espontáneo en mujeres que presentan problemas o trastornos psicológicos y/o psiquiátricos (Maiery y Senf, 1988; Morse y Dennerstein, 1985; Jeky y cols., 1979). Probablemente, el mayor problema que tienen las parejas estériles es la ansie-

dad. Cook y cols. en 1989, encontraron que en las parejas que iniciaban el tratamiento de su esterilidad, tanto los hombres como las mujeres mostraban elevados niveles de ansiedad comparados con la población general, al ser evaluados con el STAI de Spielberg (Cook y cols., 1989). Utilizando el mismo cuestionario, Johnson y cols., investigaron un grupo de mujeres en su primera visita para Fecundación *in Vitro* (FIV), en el momento de la obtención de ovocitos y en el de la transferencia de embriones , encontrando que los niveles de ansiedad de los hombres y mujeres durante el estudio eran muy elevados. Los niveles de ansiedad de las mujeres en el momento de la obtención de ovocitos y de la transferencia eran similares a los de mujeres que pasaban por técnicas quirúrgicas ginecológicas graves (Johnston y cols., 1987) .

Se ha sugerido que los niveles elevados de ansiedad pueden tener un efecto directo en la reducción del porcentaje de concepción.

Newman y Zouves (1991) concluyen que diferentes formas de afrontamiento, expresadas en medidas psicológicas y hormonales, pueden influir en el resultado de tratamientos de la FIV .

En otros estudios se evidencia la necesidad que las parejas en técnicas de reproducción asistida (TRA) tienen de intervención psicológica antes, durante y después del tratamiento por la ansiedad y la sensación de pérdida de control, lo cual se traduce en diversidad de síntomas psicósomáticos en ambos miembros de la pareja (Tarlitzis y Tarlitzis, 1993; Cook y cols., 1989).

Muchas personas en tratamiento expresan lamentaciones respecto a ese sentimiento de falta de control en sus vidas, no saben cuales van a ser los pasos siguientes en el tratamiento o cuantos tratamientos deberán hacer; no pueden hacer planes de futuro y, sobre todo, aparece el pensamiento de que no pueden participar activamente para

DOSSIER

conseguir el embarazo deseado. Cuanto más positivos y activos se muestren con respecto al tratamiento, mayor sensación de participación y control sobre sus vidas tendrán.

La mala adaptación personal, marital y social de la pareja en la admisión a los programas de tratamiento de la esterilidad y durante los mismos supone una mayor insatisfacción con el tratamiento obtenido. Algunas experiencias han demostrado que aquellas parejas que tienen mejor ajuste personal, marital y social, son las que mejor se integran en los programas de reproducción asistida, mejores resultados obtienen y mayor satisfacción expresan (Sabourin y cols., 1991).

También se han realizado investigaciones sobre las dificultades de relación y sexuales que tienen las parejas que entran en programas de reproducción. Algunos autores sostienen que no hay evidencias que sugieran que estas parejas tengan problemas significativos en su relación sexual o de pareja (Connoly y cols., 1992).

Sin embargo, otros estudios ponen en evidencia que el estrés vivido durante los programas de tratamiento de la esterilidad tiene efectos importantes en su vida matrimonial. Existe un incremento de los conflictos de la pareja y de la insatisfacción sexual y decrece la autoestima sexual y la frecuencia de la relación sexual. Los efectos totales de este estrés en la calidad de vida de la pareja tienden a ser sustancialmente mayores en las mujeres que en los hombres (Andrews y cols., 1992).

Cuando en el proceso de reproducción asistida intervienen lo que se ha dado en llamar «terceras partes» (third party), es decir, cuando se requiere la donación de algún gameto (ya sea espermatozoides u óvulos), nos encontramos ante pacientes de especial «riesgo» emocional y que por lo tanto necesitarán de consejo e intervención psicológica con gran seguridad.

Otro factor que parece influir en que la pareja tenga problemas psicológicos es la manera en que éstos afrontan su esterilidad o los estresores en general. Se ha encontrado que las parejas que emplean estrategias de afrontamiento de evitación, como beber alcohol para reducir la tensión, tienen niveles más elevados de trastorno emocional. Las estrategias de afrontamiento, como buscar información y hacer planes de acción, están positivamente relacionadas con una buena adaptación a la esterilidad (Golombok, 1992).

Strauss y cols. (1991) encontraron que en una submuestra de 60 pacientes que no lograron la concepción en una clínica de esterilidad, había un nivel más elevado de quejas somáticas y una menor predisposición a la utilización de estrategias activas de afrontamiento. Los pacientes que habían logrado un embarazo se caracterizaban por una mayor utilización de estrategias de afrontamiento de autoinstrucción y cognitivas que aquellas que no lo lograron. Independientemente de la causa médica de esterilidad y del tratamiento utilizado, encontraron una relación significativa entre las características psicológicas de las pacientes obtenidas al inicio del tratamiento y los resultados posteriores. Específicamente, una combinación de las variables edad, estado emocional y quejas físicas era un predictor de la probabilidad de concepción.

Los resultados obtenidos en esta investigación están en la línea de otros trabajos (Jeke y cols., 1988; Schover y cols., 1994; Knorre y Schusling, 1986) y encajan con un modelo psicossomático que enfatiza el papel del estrés psicológico en la etiología del trastorno de esterilidad. También concuerda con la asunción de que el trastorno de esterilidad tiene una función adaptativa en muchos casos (Strauss, 1991; Nijis y Demyttenaere, 1989; Waser y Isenberg, 1986).

En una investigación llevada a cabo por nuestro equipo, se observó que de la

población de parejas estériles enviadas a un Servicio de Medicina Psicossomática por un Servicio de Medicina de la Reproducción, un 62% de mujeres y un 19% de hombres presentaban un trastorno psiquiátrico según criterios de la Sociedad Americana de Psiquiatría. La mayoría de los trastornos manifestados eran de tipo adaptativo con sintomatología diversa, siendo el problema de adaptación referido por muchos de ellos la aceptación de la esterilidad (Guerra y cols., 1998).

Intervención psicológica y concepción

Existen pocos estudios dirigidos a conocer el beneficio de los tratamientos psicológicos en las parejas estériles. Mediante programas de Medicina Conductual se ha logrado reducir los niveles de estrés experimentados por estas parejas (Domar y cols., 1990; Domar y cols., 1992). Estos estudios ponen en evidencia que tras un tratamiento conductual para el aprendizaje de la respuesta de relajación en parejas con esterilidad ha dado resultados a nivel de: reducción de la ansiedad, depresión, agresividad y fatiga, mientras que incrementa su sensación de bienestar.

Sin embargo, la evidencia de que el porcentaje de concepciones sea mayor después de una intervención psicológica es todavía poco convincente. En los trabajos mencionados se pudo demostrar que el porcentaje de concepciones de las parejas que entraron en los programas de Medicina Conductual era equivalente al de la población general, pero al no utilizarse un grupo control en condiciones homogéneas, no se pudieron obtener resultados concluyentes sobre esta cuestión.

En el mismo estudio se observa que el grado de satisfacción con el tratamiento de los pacientes que asistieron al Programa de Medicina Conductual era mayor que el de los pacientes en tratamiento en el mismo Servicio de

Medicina de la Reproducción que no asistieron a los grupos terapéuticos. Las parejas que refirieron un mayor grado de satisfacción repitieron más ciclos que aquellos que habían puntuado más bajo en el grado de satisfacción con el tratamiento (Guerra, 1994).

Los resultados de este estudio y otros similares subrayan la importancia de considerar los factores psicológicos en la selección de pacientes para tratamientos de esterilidad y de la aplicación de intervenciones psicológicas antes de los tratamientos médicos, lo que pudiera ser de utilidad para reducir el malestar y el deterioro psicológico de los pacientes (Guerra y cols., 1994; Kolt y cols., 1999).

Apoyo psicológico proporcionado por el equipo de medicina de la reproducción

Los centros de reproducción asistida debieran tener en cuenta todos estos factores para poder ayudar a los pacientes en sus dificultades emocionales. Lo que se ha llamado «el cuidado centrado en el paciente» (patient-centered care) puede ser un apoyo emocional que cualquier miembro del equipo de reproducción asistida debería proporcionar mediante su comprensión y apoyo ante los eventos estresantes como por ejemplo la notificación de un test de embarazo negativo.

Por otro lado, la ayuda psicológica profesional a las personas que tienen alguna dificultad para reproducirse debería ser ofrecida sistemáticamente en los servicios de reproducción humana asistida. Sería bueno, que como en otros países, ya se hubiera legislado la inclusión de la figura del psicólogo o del «counselor» en España. Esto significaría un ahorro en cuanto a sufrimiento a los pacientes, y también un mayor grado de satisfacción que éstos expresarían con los tratamientos recibidos. Así mismo, mediante la detección y tratamiento de las personas de «riesgo» psicopatológico, probable-

mente se evitarían ciclos de tratamiento que tuvieran pocas probabilidades de éxito y consecuentemente, aumentarían los porcentajes de embarazos en TRA.

Recomendaciones para el equipo

El cumplimiento de las instrucciones médicas y la satisfacción con el tratamiento, así como una mayor facilidad para la toma de decisiones, se ven favorecidos por una buena comunicación entre el clínico y el paciente.

Estos son algunos de los puntos que son recomendables en el apoyo psicológico a sus pacientes estériles:

1. Relación con el paciente

- Haga saber al paciente de cuánto tiempo disponen para la entrevista/visita, según la política de su centro y su propia agenda. Esto dará al paciente mayor sensación de control.
- Escuche la demanda del paciente e intente definirla. En ocasiones, la demanda puede no corresponder con la realidad o las posibilidades que Vd. puede ofrecerle.
- De información que sea clara para el paciente. A ser posible dele información por escrito y gráfica. Mucha información en una única sesión puede confundir al paciente.
- Evalúe el nivel de entendimiento que el paciente tiene ante sus explicaciones. En ocasiones es necesario emplear un lenguaje más sencillo o hacer preguntas al paciente para verificar qué ha comprendido.
- Tenga información escrita sobre la epidemiología y etiología de la esterilidad, así como la fisiología del embarazo y de los componentes del diagnóstico básico de esterilidad y de los planes de tratamiento.
- Muestre comprensión ante los factores psicosociales que suelen aparecer durante el diagnóstico y tra-

tamiento de la esterilidad (económicos, de estrés, dudas ante la notificación a familiares, etc..).

- Siéntase comfortable al preguntar sobre temas sexuales e íntimos a sus pacientes.
- Tenga información sobre servicios de esterilidad de referencia en caso de que no se oferten en el mismo centro (p. ej. andrología, genética, inmunología reproductiva, etc..).
- Entreviste al paciente sobre factores psicosociales relevantes para evaluar posibles problemas emocionales. En caso de detectar algún problema emocional, utilice cuestionario de evaluación psicopatológica para valorar la derivación a psiquiatra o psicólogo.

2. Información

Por lo general, en los Servicios de Medicina de la Reproducción, pueden facilitar suficiente documentación que ayude a informar mejor sobre lo que significa la monitorización, los instrumentos que se utilizarán en el tratamiento, las técnicas que se emplearán o los medicamentos que se van a administrar. Puede resultar útil para el paciente, el hacer una lista de preguntas para recordarlas en el momento de la visita. Por ejemplo, y con relación a la medicación que se le administrará: ¿qué producto es?, ¿cómo debo tomarlo?, ¿cuáles son sus efectos secundarios?, ¿cómo me sentiré?, ¿cómo afectará a mi estilo de vida?, o ¿existen alternativas?.

En estos momentos sirve de mucha ayuda el compartir cada paso del tratamiento con la pareja, en la medida en que esto sea posible. Asistir acompañado a las pruebas, visitas y demás procesos del tratamiento, puede ayudar al paciente a sentirse mejor. Si esto no es posible, le puede pedir a algún amigo/o o familiar que hagan de acompañantes, seguramente se sentirán complacidos al poder ser útiles de alguna manera. A menudo, uno de los miembros de la pareja se encuentra sólo en una ciudad

DOSSIER

a la que ha acudido a realizar el tratamiento. Es bueno en este caso, que puedan entablar relación con otras parejas que se hallen en su misma situación, y con las que se podrá compartir experiencias y vivencias. Para ello son aconsejables los grupos de apoyo.

Por otro lado, existen personas con temor o dificultad para desenvolverse en un medio que les es bastante desconocido, como es el mundo sanitario. Se les debe recordar que el equipo de profesionales pretende el mismo objetivo que el del paciente.

Algunas veces puede existir un temor irracional a alguna técnica en concreto, las inyecciones, la anestesia, la ecografía, o la propia exploración ginecológica. En estos casos hay que aconsejar al paciente la búsqueda de ayuda psicológica, existen técnicas sencillas para perder estos temores y facilitar el tratamiento.

3. Dificultades en las tomas de muestras de semen

Algunos hombres experimentan dificultad en el momento de hacer una obtención de muestra de semen mediante la masturbación cuando se encuentran en el centro clínico. Esto suele suceder por la tensión que supone realizar una masturbación en un momento de tensión debido al tratamiento en sí, a la premura de tiempo o a muchos otros factores. Es recomendable la utilización de técnicas de relajación para disminuir la ansiedad anticipatoria. El uso de material erótico apropiado (revistas, videos, música), la contribución de la pareja cuando sea posible y el lugar dónde se realice la obtención, pueden ser de gran importancia. Por otro lado, y siempre que el diagnóstico lo permita, la congelación previa de semen, tranquilizará al paciente y asegurará mejores resultados.

4. Toma de decisiones

La toma de decisiones es una parte integral de la experiencia de la infertilidad y esterilidad. Existen opciones, como la Fecundación *in Vitro*, la donación

de espermatozoides, las técnicas quirúrgicas, etc... que pueden producir diferentes reacciones en cada uno de los miembros de la pareja. El miembro de la pareja al que se le haya diagnosticado un problema médico específico, puede encontrarse más (o menos) presionado a expresar sus deseos, cuando debiera sentirse libre para hacerlo.

Algunos hombres sienten a veces preocupación al elegir una modalidad de tratamiento que requiera técnicas invasivas, como por ejemplo la cirugía o los pinchazos diarios, a sus parejas. Algunas parejas pueden observar que existen diferencias en las «reglas del juego», y en concreto respecto al tiempo, el esfuerzo y los recursos que piensan dedicar a su tratamiento. Para muchos, la decisión sobre «cuándo decir basta» puede ser una de las cosas más difíciles de consensuar. Para tomar la decisión adecuada es imprescindible disponer de una buena información. El paso siguiente será el de valorar las diferentes vías de abordaje de su problema o en la búsqueda de soluciones.

5. Comunicación de malas noticias

A menudo, cualquiera de los miembros integrantes del equipo debe comunicar algún resultado negativo a la pareja o un miembro de la misma, como por ejemplo un test de embarazo negativo o la decisión de finalizar con los tratamientos de reproducción asistida. Lo ideal es poder realizar estas notificaciones personalmente (nunca vía telefónica) y en un lugar donde se pueda tener una cierta intimidad. Los pacientes refieren que reciben mejor las «malas noticias» cuando el clínico se muestra comprensivo con el sufrimiento que ésta puede producir en los afectados.

Por todas estas cuestiones, existe un índice de «burn-out» entre los profesionales en TRA equivalente al que sufren otros profesionales implicados en el tratamiento de enfermedades crónicas. Es, pues, necesario, contemplar la necesidad de ofertar formación a mé-

dicos, enfermeras y personal auxiliar para que posean conocimientos psicológicos básicos para el apoyo emocional a sus pacientes. Así mismo, la posibilidad de tener una asesoría psicológica en estas cuestiones facilitará su labor asistencial.

¿Cuándo es necesaria la intervención psicológica?

Si el paciente se encuentra deprimido/a, o tiene altibajos que parecen deberse al tratamiento, es recomendable que acuda a un profesional de la salud mental. La ayuda psicológica puede ser de utilidad para examinar sus sentimientos, determinar sus prioridades y mejorar sus habilidades de afrontamiento.

Hay algunas señales que alertan claramente de una depresión o de un cuadro de ansiedad. Si la persona se encuentra constantemente triste, desesperada/o, con un rendimiento bajo o inadecuado, la ayuda profesional le ayudará a entender mejor su situación y a superarla.

Otro signo que puede indicar la necesidad de ayuda profesional es la falta de motivación, la disminución de las actividades sociales, el estar demasiado sensible, vulnerable, el sentirse culpable o incluso tener pensamientos de suicidio.

Además de los signos emocionales de la depresión y la ansiedad, existen otros signos biológicos y físicos que se deben vigilar. Por ejemplo, si el paciente está teniendo dificultad para conciliar el sueño o bien para permanecer dormido/a o despertándose muy temprano sin volver a poderse dormir, puede que se deba a un estado depresivo. Otros signos son la pérdida del apetito, pérdida del deseo sexual y la fatiga.

I. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Ha sido demostrado repetidamente que las parejas estériles tienen proble-

La intervención del psicólogo se hace necesaria cuando:

- Las reacciones emocionales del paciente o de su pareja le impiden buscar tratamiento, cooperar o interfieren en el mismo.
- Las reacciones emocionales del paciente o de su pareja perturban su actividad normal (leer, mantener relaciones sociales o sexuales, trabajar, etc.) y le conducen a prescindir de muchas de sus fuentes habituales de gratificación.
- Las reacciones emocionales de un miembro de la pareja se manifiestan en forma de síntomas psiquiátricos convencionales.

mas emocionales, no sólo atribuibles a su esterilidad, sino también debido a la propia búsqueda de soluciones y a las consecuencias del tratamiento elegido. Muchas de las personas que acuden al psicólogo después de varios años de esterilidad expresan su consternación por no haber tenido su apoyo desde el principio de este proceso.

Todavía existe en nuestra cultura una cierta resistencia a pedir ayuda psicológica, probablemente por la poca información que existe sobre lo que ésta significa. El psicólogo es muchas veces percibido como la persona que trata a los sujetos que están locos y no como un «ingeniero de conductas» o profesional de la salud mental que posee conocimientos para aconsejar a las personas sanas con dificultades.

No encontramos en nuestro país muchos centros de reproducción asistida que tengan un profesional de la salud mental en su equipo, aunque sí sabemos que cada vez más, derivan pacientes a las consultas de psicología cuando detectan dificultades.

La intervención del psicólogo debería ofrecerse en cualquier servicio de esterilidad o de reproducción asistida y a continuación detallaremos en que consiste:

I- Diagnóstico:

Ya hemos comentado el «shock» que supone un diagnóstico de esterilidad o de infertilidad para cualquier persona. El psicólogo puede ayudar a esa persona en la fase de adaptación a su nueva situación.

Por otro lado, los pacientes que acuden a un Programa de Reproducción deberían ser entrevistados por un profesional de Salud Mental, con el fin de seleccionar a los candidatos a terapia, los llamados «parejas de alto riesgo». Ya existen experiencias en este sentido en otros países que demuestran la utilidad de este servicio en cuanto a la calidad percibida por el paciente y a los resultados posteriores de las TRA (Domar, 1999).

Esta es una de las fases más útiles para el clínico y para el paciente ya que permite descartar a aquellos sujetos que puedan tener problemas emocionales para derivarlos a tratamiento psicológico antes de iniciar tratamiento de esterilidad. También permite dar información al clínico sobre las características de personalidad del paciente que va a tratar.

2- Tratamiento individualizado:

En esta modalidad incluimos a los pacientes derivados por los clínicos por observar psicopatología o problemática emocional y a aquellas personas que deciden consultar según su propio criterio o necesidad

El número de pacientes enviado por los SMR corresponde aproximadamente a un 3% del global de sus consultas (Guerra y cols., 1994). Esta es una cifra que se corresponde a la cifra observada en la derivación de otros servicios médicos a las consultas psiquiátricas y psicológicas. Sin embargo, parece ser una cifra pequeña, teniendo en cuenta que en la literatura se habla de un por-

centaje de patología entre estas parejas de un 25 a un 40% y habiéndose encontrado hasta un 60% de personas con sintomatología significativa en algunos casos (Guerra y cols., 1994).

La visita psicológica debería contemplar:

a) Preparación para el tratamiento de la esterilidad:

Sería fundamental y así se ha considerado en el grupo de trabajo especial sobre Psicología y Counselling formado dentro del marco de la Sociedad Europea de Embriología y Reproducción (ESHRE), que las parejas fueran aconsejadas («counselling») por un profesional de la salud mental antes de un tratamiento de esterilidad, siguiendo los pasos siguientes:

- Información sobre los aspectos emocionales implicados en el tratamiento de la esterilidad y sobre los beneficios del apoyo psicológico.
- Enseñanza de técnicas para reducir la ansiedad.
- Abordaje de los trastornos psiquiátricos previos que puedan exacerbarse por todo lo que implica el proceso de reproducción asistida.
- Preparación para técnicas quirúrgicas (desensibilización sistemática).
- Entreno en las técnicas de afrontamiento y utilización de estrategias adecuadas para la adaptación a las situaciones nuevas.
- Incentivación del apoyo social (resolución de dudas sobre la información a familiares, amigos, etc.).

b) Enseñanza de técnicas de afrontamiento para la ansiedad, la depresión y otras reacciones emocionales (entrenamiento en relajación, en autocontrol, autoestima, preparación mediante prevención de respuesta, etc.), que puedan aparecer durante el tratamiento.

c) Técnicas de afrontamiento psicológico para problemas concretos:

DOSSIER

Entrenamiento en resolución de problemas para las múltiples decisiones que deberá afrontar el afectado. El entrenamiento en asertividad es muy aconsejable ya que muy a menudo es una dificultad que refieren las personas y que les resulta en una incapacidad para manejar sus vidas incluso cuando no están en tratamiento. También es deseable la enseñanza de técnicas cognitivas como por ejemplo, el control de pensamientos negativos y la parada de pensamientos cuando el no quedar embarazados se convierte en un pensamiento con características obsesivas.

d) Terapia sexual:

Las demandas y dificultades inherentes a un tratamiento de la esterilidad afectarán indudablemente a las relaciones sexuales. El sexo cambia de significado, lo que antes se hacía por placer se convierte en un trabajo. Hacer el amor se transforma en hacer bebés, el sexo empieza a ser pautado por los períodos fértiles, generando la pérdida de espontaneidad y exigencia de rendimiento.

En muchos casos, el sexo se convierte en una experiencia dolorosa por el recuerdo de la imposibilidad para concebir. La tensión que esta crisis implica lleva a situaciones de conflicto en la pareja que influyen sobre el deseo sexual mutuo. Practicando el sexo controlado o programado se puede perder el romanticismo que la relación sexual conlleva. Tanto los procedimientos diagnósticos, como los diferentes tratamientos pueden interferir en la relación sexual de la pareja. Desde el momento que el propósito del sexo cambia, puede convertirse en algo menos placentero. Es esencial que se aconseje a la pareja tener tiempo para divertirse y olvidarse de la presión que supone el logro de una concepción.

e) Terapia de pareja:

Cada miembro de la pareja puede responder a la esterilidad de forma

diferente. Estas respuestas individuales dependen de la personalidad de cada uno, de la naturaleza del problema y de la relación interpersonal existente. Uno puede sentirse esperanzado/o y optimista mientras su pareja está desesperanzada/o y triste. También hay algunas diferencias por sexos. Mayoritariamente, la mujer ha sido educada y preparada para ser madre, mientras que para muchos hombres este no es un papel que tenga tanta importancia en sus vidas.

A veces el instinto de protección hacia la pareja puede interferir con la habilidad o la capacidad para discutir los acontecimientos y los sentimientos.

Algunas mujeres se quejan de que sus parejas no expresan los sentimientos de la misma forma en que lo hacen ellas. Muchos hombres manifiestan sus sentimientos de diferente manera a como lo hacen las mujeres.

La dificultad para comunicarse puede aumentar durante un tratamiento para la esterilidad. Frecuentemente, con el resultado de una nueva prueba o cuando el tiempo apremia, la confusión aumenta cuando la toma de decisiones cambia de dirección abruptamente.

La comunicación de la pareja puede cambiar la manera de enfrentarse a la esterilidad y al tratamiento. En ocasiones, los sentimientos de uno de los dos no llegan al otro. Cuando uno se guarda emociones y no las comparte, quizá con la intención de proteger al otro de sentimientos dolorosos, pueden incrementar algunos sentimientos como la angustia, culpa y más tensión en la relación de pareja.

Manejar el impacto emocional de la esterilidad es también difícil para los hombres ya que en su mayoría no están educados para hablar de este tipo de cosas. Consecuentemente, es muy importante que discutan sus respuestas emocionales y así no tengan falsas expectativas del comportamiento del otro.

El conocer otros afectados puede ser de ayuda y esperanzador ya que se pueden ver esas diferencias entre sexos. Otra gente que haya pasado por la misma experiencia podrá darles buenos consejos para afrontar sus emociones.

f) Ayuda a los pacientes que lo requieran para finalizar el tratamiento de reproducción asistida.

En muchas ocasiones, debe ayudarse al paciente a buscar otras alternativas viables, como por ejemplo, la adopción, la surrogación (técnica no permitida en nuestro país). En otras, una alternativa es la de vivir sin hijos, siendo también plausible para muchas parejas que no quieren tener hijos no biológicos y que ya no tienen posibilidades de embarazo.

g) Técnicas conductuales para incidir sobre hábitos desadaptados o estilos de vida poco saludables:

A menudo, los malos hábitos o las conductas desadaptadas interfieren en gran manera en la salud mental de aquellas personas que están en tratamiento, por lo que es bueno hacer hincapié sobre éstas (tabaco, alcohol, organización del tiempo, etc.).

h) Derivación a tratamientos psicofarmacológicos en aquellos pacientes que lo requieran.**3- Grupos Terapéuticos:****3.1. Grupos Informativos**

La información a la pareja que inicia tratamiento de esterilidad sobre los aspectos emocionales que supone éste es de gran importancia. A menudo, los pacientes en TRA manifiestan la necesidad de expresar sus temores y dudas sobre la implicación emocional, social y de pareja que este proceso supone. El consejo del psicólogo mediante la prevención de respuesta (posibles cambios del estado anímico debidos a la medicación, afrontamiento social, etc.) será de gran ayuda para el paciente.

3.2. Programas de Medicina Conductual para parejas estériles:

Dado que la ansiedad es un problema común entre las parejas que acceden a un tratamiento de reproducción asistida, parece obligado ofrecerles un programa de entrenamiento en manejo de la ansiedad. Este aprendizaje debería incluir técnicas de relajación y estrategias específicas para afrontar la ansiedad como por ejemplo, la reestructuración de patrones negativos de pensamiento, preparación mediante prevención de respuesta, búsqueda de apoyo social y planeamiento de estrategias de acción para incrementar la sensación de control. Todo ello debería producir una disminución en la sintomatología psicológica, concomitante a un incremento en la sensación de control por parte de los miembros de la pareja. También debe significar una mejoría en la calidad de vida de estas personas y, por tanto, resultar un mayor grado de satisfacción con el tratamiento y mejor afrontamiento de su esterilidad.

El Programa puede consistir en la oferta de grupos de apoyo psicológico y enseñanza de técnicas de afrontamiento con el objetivo de:

- a) Incrementar el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo-conductual. Se recomienda a los pacientes la utilización de estas estrategias durante el tratamiento y en los días de espera tras su ciclo de tratamiento, si bien, está demostrado que éstas son estrategias generalizables a otros problemas de la vida cotidiana.
- b) Mejorar la percepción del trato recibido. La mayoría de los asistentes manifiestan su gratitud al brindárseles un espacio en el cual expresar sus temores y dudas de tipo emocional. Este servicio es percibido por los sujetos como una deferencia de trato hacia ellos.
- c) Facilitar la posibilidad de formar un grupo de apoyo con otras perso-

nas en sus mismas circunstancias. El conocimiento de otras parejas en sus mismas condiciones y de poder discutir sus experiencias con otros resulta enriquecedor.

- d) Incrementar el apoyo psicológico ofertado. Uno de los aspectos más importantes a tratar en los grupos ha resultado ser el del «manejo del fracaso» que resulta ser uno de los temas que más preocupa a las parejas (Guerra, 1994). A través de los grupos, no tan sólo se realiza un aprendizaje de estrategias adecuadas, sino que también se ofrece la posibilidad a los pacientes de conocer la alternativa de ser atendidos de forma individualizada.

II. FORMACIÓN Y CONSEJO A LOS PROFESIONALES

Tras explicar los problemas con que se encuentran las parejas estériles, es necesario hacer mención a los problemas con que se encuentra el personal sanitario que se dedica a la Medicina de la Reproducción.

El personal sanitario de los servicios de medicina de la reproducción se encuentra muy a menudo con que ha de afrontar aspectos emocionales negativos con sus pacientes: miedo, fracaso, expectativas poco realistas, desaconsejar tratamientos, comunicar malas noticias, y lo más doloroso de todo para muchos, reconocer el desconocimiento de algunos aspectos de la reproducción. Todavía quedan muchas incógnitas por resolver en el campo de la reproducción asistida. Este es el «caballo de batalla» con el que han de lidiar a diario tanto médicos como pacientes.

Muchos pacientes confían ciegamente en su médico, creen que tiene habilidades casi sobrenaturales y que es capaz de conseguir todo lo que le pidan. Para algunos de los profesionales esto puede generarles angustia y dificultar la comunicación con sus pacientes. Se creen con el deber de cumplir todas

las expectativas que depositan en ellos sus pacientes, lo cual, desgraciadamente no es posible y no son capaces de afrontar tranquilamente la realidad. Un buen profesional debe ayudar a conocer la realidad a su paciente, las posibilidades reales de éxito, las dificultades que puede encontrar en el tratamiento, y todos los obstáculos que tal vez tengan que atravesar juntos. En otros casos, el paciente siente recelo a comunicarle a su médico todas las dudas o necesidades que tiene, por temor a crearle una mala opinión y que ello repercuta en su tratamiento. Este es un miedo irracional, ya que la decisión de llevar a cabo un tratamiento no dependerá de la simpatía que el profesional sienta hacia su paciente.

Puede ocurrir que el paciente se sienta enfrentado al «equipo de la bata blanca», que está «al otro lado del mostrador», y no sabe dar respuesta a su problema. Es bastante habitual que el paciente culpe al equipo de los fracasos o de las dificultades por las que atraviesa, al no tener un culpable de su «mala suerte».

En realidad, pacientes y profesionales de la reproducción asistida deben formar un equipo único, de no ser así, difícilmente se puede avanzar adecuadamente en el tratamiento. Es responsabilidad del profesional y del paciente también, que haya buena comunicación, un buen traspaso de información en ambos sentidos. Es derecho y obligación del paciente informar a su médico de todo aquello que le ocurra, de no ser así, el especialista no podrá adivinar cómo sigue el proceso y cómo se encuentra el paciente. Por otro lado, un buen profesional hará las preguntas apropiadas para conocer las inquietudes de su paciente. De lo contrario, no conseguirá conocer bien a la persona que le está pidiendo ayuda.

En ocasiones, la falta de comunicación entre los profesionales y los pacientes se debe a factores que pue-

DOSSIER

den parecer en un principio irrelevantes, pero que son de vital importancia. Si el paciente no entiende el lenguaje que utiliza el profesional, o las explicaciones no son claras, pueden producirse muchos errores de comunicación. Si el profesional no dispone de tiempo para dar toda la información que necesita el paciente y para verificar que éste la ha entendido, pueden quedar muchas dudas por resolver o entorpecer el buen desarrollo del tratamiento.

En algunos tratamientos, como es el caso de la Fecundación *in Vitro*, se da la circunstancia de que el paciente es visitado por varios profesionales diferentes, ya que una sola persona no puede estar las 24 horas al día durante toda la semana a la disposición del paciente. Esto entraña muchas veces una dificultad para el paciente que tiene preferencia o más confianza con una persona determinada del equipo.

No deberíamos pensar que las repercusiones psicológicas de la procreación asistida tan sólo afectan a las parejas estériles y a sus familias y amigos. Es también para los profesionales implicados, los médicos, biólogos, enfermeras, etc..., una fuente importante de estrés. Los planteamientos éticos y morales que las técnicas de reproducción asistida conllevan, el enfrentarse continuamente al fracaso y el esfuerzo que supone adaptarse a los avances científicos frecuentes en este campo, generan ansiedad también para el profesional implicado.

El personal sanitario de los servicios de medicina de la reproducción se encuentra frecuentemente ante cuestiones de tipo ético y moral para las cuales no tiene respuesta o ante las que se van produciendo cambios de opinión: ¿cuándo recomendar otra alternativa?, ¿quién y hasta cuándo puede ser tratado?, ¿ayudar a concebir a los portadores de SIDA?, etc... Incluso, es posible que se encuentren con variación de opiniones respecto a un tema dentro del mismo equipo. Existen muchas cues-

tiones en las cuales es difícil llegar a un acuerdo, ya que no se trata de razones puramente técnicas, si no de cuestiones éticas y morales para las cuales no existe un consenso todavía. Por ejemplo, ¿es adecuado ayudar a concebir mediante inseminación de donante a mujeres que no tienen pareja o a aquellas cuya pareja es otra mujer? Dentro del campo de la reproducción asistida, al igual que en el resto de la medicina, existen diversidad de opiniones sobre muchos aspectos.

En otras ocasiones, se enfrentan al dilema de querer hacer bien y no saber cómo conseguirlo, querer dar al paciente y no poder lograrlo. Esto puede ocasionar en algunos de ellos defensas ante el paciente, mostrándose a veces distantes o poco implicados con las dificultades emocionales por las que pasa la persona en tratamiento.

Por todas estas cuestiones, existe un índice de estrés entre los profesionales en técnicas de reproducción asistida equivalente al que sufren otros profesionales implicados en el tratamiento de enfermedades crónicas.

En un estudio realizado en EE.UU., se comparó la percepción de las dificultades físicas y emocionales que tenían los pacientes, las enfermeras y los médicos de los diferentes hechos relacionados con las técnicas de reproducción asistida. Los tres diferentes grupos puntuaron de forma similar en cada una de las cuestiones evaluadas, demostrándose que en los equipos que trabajan en estas clínicas también se plantean problemas de tipo psicológico. Entre los hechos que más dificultades emocionales les producían tanto a pacientes, como a enfermeras y médicos, estaban la comunicación de un fracaso en la obtención del embarazo, el aborto, y la decisión de finalizar un tratamiento. Estas situaciones se dan día a día en todos los centros que se dedican a la reproducción asistida, a menudo médicos, enfermeras, biólogos y profesionales de la salud mental deben dar malas noti-

cias, como es el caso de una prueba negativa de embarazo o la imposibilidad de encontrar un tratamiento adecuado para un caso determinado y tener que aconsejar otras alternativas fuera de su alcance.

No hay que olvidar que, como cualquier otro profesional, son seres humanos. Personas que también tienen problemas, cambios de humor, actitudes y dificultades, que a veces son difíciles de olvidar cuando se está trabajando, por muy buenos profesionales que sean.

III. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

Los pacientes en tratamiento de esterilidad, más que otros, cambian frecuentemente de centro asistencial en busca de soluciones para su problema. Es importante que, además de ofrecerles una buena calidad asistencial y las mejores técnicas científicas, se les ofrezcan otros servicios que hagan que la calidad percibida del tratamiento sea lo mejor posible. De esta manera, se asegura la adherencia al tratamiento y al centro.

Dado que se ha demostrado que una de las variables indicadoras de satisfacción con el tratamiento es la repetición de ciclos, se hace necesario evaluar la calidad percibida del tratamiento por las parejas. El psicólogo puede realizar esta tarea ya sea de forma individual o grupal mediante pruebas específicas para evaluar este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrews, FM., Abbey, AA., Hallman, LJ. (1992) Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril*, 57,6:1247-1253.

Connoly, KJ., Edelmann, RJ., Cooke, ID., Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *J. Psychosom. Research*, 36, 5: 459-468

- Cook, R., Parson, J., Mason, B., Golombok, S. (1989) Emotional, marital and sexual problems in couples embarking upon AID and IVF treatment for infertility. *J. Reprod. Infant Psychol.* ;7:87-93
- Davies-Osterkamp, S. (1991) Psychologische Untersuchungen in Rahmen Künstlicher Befruchtungstechniken: eine kritische Bestandsaufnahme. *Jahrb. Med. Psychol.* , 5: 15-36.
- Domar, A.D., Seibel, M.M., Benson, H. (1990). The Mind/Body Program for Infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertil Steril.*, 53,2:246-249.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., Seibel, M.M., Benson, H. (1992) Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: a replication. *Fertil Steril.* , 58,1:144-147.
- Dominic, L., Coghi, I., Pancheri, P. (1979) Psychological evaluation in couples with sterility without apparent cause. En Carenza, I, Zichella L. (eds.) *Emotion and Reproduction*, New York: Academic Press 261-271.
- Dunkel-Schetter C, Lobel M. (1991) Psychological reactions to infertility. En: Stanton A, Dunkel-Schetter C. eds. *Infertility*. New York, Plenum, :29-57.
- Freeman, E.W., Rickels, K., Tausig, J., Boxer, A., Mastroianni, L., Tureck, R.W. (1987). Emotional and psychological factors in follow-up of women after IVF-ET treatment: A pilot investigation. *Acta Obstet Gynecol Scand.* , 66:517-521.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction.*, 7,2:208-212.
- Guerra, D., Llobera, A., Veiga, A., Barri, P.N. (1998). Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction.*, 13, 6, 1733-1736.
- Guerra, D. 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, Julio 1994.
- Guerra, D., Casas, M., Farré, J.M. Factores psicológicos en la pareja estéril. XXX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, Valencia, Noviembre 1994
- Jeke, L., Micioni, G., Ruspa, M. (1988) Wish for a child and infertility: study on 116 couples. I. Interview and psychodynamic hypothesis. *Int. J. Fertil.* , 33:411-20.
- Johnston, M., Shaw, R., Bird, D. (1987). «Test-Tube Baby» procedures: Stress and judgements under uncertainty. *Psychol Health.* 1:25-38.
- Knorre, P., Schusling, G. (1986). Zum Ausgang von Schwangerschaften nach Behandlung einer ehelichen Sterilität. *Zbl. Gynakol.* , 108:175-81.
- Kolt, L., Slawsky, E. A. and Domar, A.D. (1999). Infertility: Clinical Treatment, and practice development issues. En Leon VandeCreek and Thomas L. Jackson. *Innovations in clinical practice*. Florida: Professional Resource Press/ Professional Resource Exchange, Ind.
- Mahlsted, P.P. (1987): The crisis of Infertility: An opportunity for growth. En: Weeks and Hof eds. *Integrating sex and marital therapy. A clinical guide*. New York, Bruner and Mazel Publ.
- Maier, C., Senf, W. (1988) Arbeitsgruppe: Infertilität- Reproduktionsmedizin. En Barutigam, W. (ed) *Arbeitsfelder der psychosomatischen medizin*. Heidelberg: Springer, 163-166.
- Mc Ewan, K.L., Costello, C.G., Taylor, P.J. (1987). Adjustment to infertility. *J. Abnorm Psychol.* , 96,2:108-116
- Menning, B.E. (1980) The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril.* ; 34: 313-319.
- Menning, B.E. (1977). *Infertility: a guide for childless couples*. Englewood Cliffs New Jersey, Prentice Hall, .
- Merari, D., Feldberg, D., Elizur, A., Goldman, J., Modan, B. (1992) Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *J. Assisted Repro and Gene.* , 9, 2:161-169.
- Morse, C., Dennerstein, L. (1985). Infertile couples entering an in vitro fertilisation programme: a preliminary survey. *J. Psychosom. Obst. Gynaecol.* , 4:207-19.
- Newman, N.E., Zouves, C.G. (1991). Emotional experiences of in Vitro Fertilization participants. *J Vitro Fert Embryo Transfer.* 8,6:322-328.
- Nijs, P., Demyttenaere, K. (1989) Stress und Infertilität. In Kemeter P, Lehman K. (eds). *Psychosomatik der Infertilität*, Heidelberg: Springer , 38-57.
- Raval, H., Sald, P., Lieberman, B.E. (1987) .The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. *J. Reprod. Infant Psychol.* , 5: 221-234.
- Sabourin, S., Wright, J., Duchesne, C., Belise, S. (1991). Are consumers of modern fertility treatments satisfied? *Fertil Steril.* , 56,6:1084-1090.
- Schover, L.R., Greenhalgh, L.F., Richards, S.I., Collins, R.L. (1994). Psychological screening and the success of donor insemination. *Human Reproduction.* , 9: 176-178.
- Seibel, M.M., Taymor, M.L. (1982) Emotional aspects in infertility. *Fertil Steril.* , 37:137-145.
- Strauss, B., Appelt, H., Bohnet, H.G., Ulrich, D. (1991). Relationship between psychological characteristics and treatment outcome in female patients from an infertility clinic. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* , 13: ,121-133.
- Strauss, B. (1991). *Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung*. Stuttgart, Enke .
- Tarlatzis, I., Tarlatzis, B.C., Diakogiannis, I., Bontis, J., Lagos, S., Gavriilidou, D., Mantalenakis, S. (1993). Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Human Reproduction* ; 8:396-401.
- Waser, S.K., Isenberg, D.Y. (1986). Reproductive failure among women: pathology or adaptation? *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* , 5 , 153-75.