

P roblemas de fertilidad: Estrategias de afrontamiento y apoyo social.

Dra. Pilar Sanjuán Suárez

Facultad de Psicología. Dpto. de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Ciudad Universitaria, s/n - 28040 - Madrid • Tel.: 91 398 62 76 • e-mail: psanjuan@psi.uned.es

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo poner de relieve algunas de las evidencias que apoyan que los problemas de fertilidad son sucesos vitales que implican gran cantidad de estrés para las personas que tienen la paternidad como una meta importante en la vida: (1) las fuentes de estrés son numerosas (por ejemplo, diagnóstico, tratamiento médico, o fallos y coste económico del mismo); (2) los efectos de los problemas de fertilidad que se mencionan más frecuentemente son reacciones emocionales, sentimientos de pérdida de control, efectos en la autoestima, la identidad y las creencias, y efectos en las relaciones sociales; (3) en general, parece que estos efectos son más pronunciados en la mujer que en el varón, aunque ambos superan a los grupos normativos de referencia; (4) como en cualquier otro evento estresante, los procesos cognitivos de valoración y afrontamiento y el apoyo social median el ajuste a estos problemas; (5) en cuanto a la valoración de la infertilidad los datos

sugieren que cuanto más amenazante y fuera de control se valora el hecho más malestar general se produce; (6) por lo que respecta a las estrategias utilizadas para afrontar estos problemas, los resultados indican que el uso de la evitación se relaciona con el malestar; y (7) el apoyo social de la pareja, familiares, amigos y grupos se relaciona directamente con el bienestar.

PALABRAS CLAVE

Problemas de fertilidad, estrés, valoración cognitiva, estrategias de afrontamiento, apoyo social.

ABSTRACT

The objective of the present work is to reveal some evidences that support that the infertility is a life event that imply a great amount of stress for people that has got the parenthood as a central life goal: (1) there are a lot of sources of stress (i.e. diagnostic, medical

treatment, fails and economic cost of it); (2) the effects of infertility most frequently mentioned are emotional reactions, feelings of loss of control, effects on self-esteem, identity and beliefs effects, and effects on social relationships; (3) in general, it seems that these effects are more pronounced in women that in men, though both surpass normative groups of reference; (4) as any other stressful experience, cognitive process of appraisal and coping, and social support mediate the psychological adjustment; (5) as to infertility appraisal, data suggest that the more threatening and loss of control is appraised, the more general distress is produced; (6) with regard to strategies used to cope these problems, results show that to employ the avoidance strategies are related with distress; and (7) the social support of your couple, family, friends, and groups is directly related with well-being.

KEY WORDS

Infertility, stress, cognitive appraisal, coping strategies, social support.

I. LA INFERTILIDAD COMO PROCESO ESTRESANTE

Las personas con problemas de fertilidad, además de requerir un tratamiento puramente médico, necesitan algún tipo de ayuda para paliar las consecuencias psicológicas derivadas tanto del problema en sí, como, llegado el caso, del tratamiento del mismo. Así, el 97% de las parejas indican que tienen necesidad de servicios psicológicos para afrontar de una manera más adecuada la imposibilidad de tener hijos (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991)

Domar (1997) señala que las mujeres con problemas de fertilidad informan estrés de numerosas fuentes: (1) diagnóstico (que suele ser invasivo y produce una gran dosis de incertidumbre); (2) tratamiento en sí mismo (ecografías vaginales, recogidas de muestra de sangre, medicación que produce síntomas como fatiga, náuseas, dolores de cabeza y síntomas psicológicos como irritabilidad, depresión y ansiedad); (3) los fallos del tratamiento; (4) las relaciones con la pareja se alteran como consecuencia del problema y son, a su vez una fuente de estrés; (5) el impacto financiero del tratamiento; (6) las relaciones con los amigos, familiares o compañeros de trabajo que sí tienen hijos; (7) la interferencia del tratamiento en el trabajo es otra fuente de problemas; y (8) el apoyo inadecuado de los más cercanos: la mayoría de las mujeres reciben consejos de sus familiares y amigos sobre lo que tienen que hacer para conseguir la gestación, que implícitamente ponen la responsabilidad de la falta de embarazo en la mujer, dándose un caso claro de culpabilización de la víctima.

Así mismo, Dunkel-Schetter y Lobel (1991) informan de las numerosas reacciones que producen los problemas de fertilidad: (1) efectos emocionales (pena-depresión, ira-frustración, culpa, choque-sorpresa-negación, ansiedad); (2) efectos sobre la pérdida de control (sobre el cuerpo, las emociones, las

relaciones sexuales, la intimidad, los planes futuros); (3) efectos sobre la autoestima, la identidad y las creencias; y (4) efectos sociales (interacción y satisfacción con la pareja, miedo al abandono y la ruptura, dificultades en la comunicación de sentimientos, dificultades en las relaciones laborales, aislamiento)

Por lo dicho anteriormente, queda bastante claro que las parejas que tienen problemas de fertilidad presentan una serie de manifestaciones de todo tipo que influyen en su calidad de vida. Sin embargo, queda por conocer si el estrés que experimentan es equivalente o superior al experimentado por los grupos normativos de referencia, o si es inferior o igual al que sufren los enfermos de otros trastornos o problemas. En este sentido, Domar y sus colaboradores (Domar, Broome, Zuttermeister, Seibel y Friedman, 1992) han encontrado que las mujeres con problemas de fertilidad presentan, en cuanto a los síntomas depresivos, una prevalencia del doble respecto a un grupo control de mujeres fértiles. Además, comparadas con mujeres con otras enfermedades graves como cáncer, hipertensión, problemas cardíacos y SIDA, informan de síntomas de depresión y ansiedad equivalentes (Domar, Zuttermeister y Friedman, 1993)

La evidencia que confirma que la infertilidad es un acontecimiento vital significativo, con un alto grado de estrés y malestar asociados, está bien documentado. Sin embargo, no es necesariamente una relación unidireccional, sino que es bastante posible que, la infertilidad cause estrés y que este estrés pueda contribuir a la infertilidad. Desde esta perspectiva, varios estudios ponen de relieve que el estrés puede contribuir a la infertilidad de la mujer, de tal manera que, niveles altos de malestar pueden llevar a disfunciones ováricas, ovulaciones irregulares y/o irregularidades hormonales (Demyttenaere, Nijs, Steeno y Koninckx, 1988; Thiering, Beaurepaire, Jones, Saunders y Tennant, 1993; Wasser, Sewall y Soules, 1993, cfr.

en Domar, 1997) El hecho de que esto sea así pone de relieve la necesidad de ayudar a las parejas para intentar paliar todas las manifestaciones de estrés que el hecho de ser infértil o estar sometido a tratamiento pueda acarrear, y que de esta manera no se agrave aún más el problema.

La hipótesis de que ayudar a las parejas a afrontar las consecuencias de la infertilidad puede incidir tanto en el bienestar como en el tratamiento mismo de la infertilidad, se ha confirmado ya en algunas investigaciones que han comprobado la eficacia de los programas de intervención en el aumento del número de embarazos, que es en última instancia lo que se quiere conseguir con los tratamientos específicos de infertilidad, y en la mejora de las manifestaciones de estrés (Domar, Seibel y Benson, 1990; Domar, Zuttermeister, Seibel y Benson, 1992; Farrar, Holbert y Drabman, 1990; Rodríguez, Bermúdez, Ponce de León y Castro, 1983; cfr. en Domar, 1997)

2. PROCESOS COGNITIVOS MEDIACIONALES: APLICACIÓN A LOS PROBLEMAS DE FERTILIDAD

Según Lazarus y Folkman (1984), los procesos cognitivos de valoración y afrontamiento median o condicionan el ajuste del individuo al estrés.

2.1. Procesos de valoración

Mediante la valoración primaria el individuo estima si la situación a la que se tiene que enfrentar es irrelevante, positiva o estresante. Una situación será valorada como estresante cuando exija una movilización significativa de recursos para hacerla frente.

Las situaciones valoradas como una amenaza o una pérdida son situaciones estresantes de carácter negativo, mientras que las valoradas como un desafío o un reto tienen connotacio-

DOSSIER

nes positivas, pues aunque supongan la movilización de gran cantidad de recursos, pueden facilitar la consecución de algún plan, meta u objetivo importante en la vida.

A través de la valoración secundaria, el individuo estima si tiene recursos para hacer frente a la situación, es decir, evalúa si tiene algún control sobre la misma. Lógicamente, si ante una situación valorada primariamente como una amenaza, se considera que se tienen recursos para afrontarla, resultará menos estresante que si se considera que no se tienen recursos. La investigación ha mostrado que, valorar un suceso como amenazante y además considerarlo como inmodificable o incontrolable impide o dificulta el ajuste (ver Bermúdez, 1996 para una revisión)

Ante un problema de infertilidad, las parejas experimentan una pérdida de control en un área que es típicamente asumida como controlable. Así, por ejemplo, Beaurepaire, Jones, Thiering, Saunders y Tennant (1994) encontraron que las mujeres que repetían un tratamiento de Fertilización in vitro (FIV) mostraban un Locus de Control más externo que la media del grupo normativo de referencia. Igualmente, Litt (1989; cfr. en Tennen, Affleck y Mendola, 1991), encontró que las mujeres que no consiguieron el embarazo después de una FIV informaban de una pérdida de control sobre sus vidas como resultado del fallo del tratamiento.

El trabajo de Stanton, Tennen, Affleck y Mendola (1991) pone de relieve claramente la relación entre valoración y manifestaciones de estrés. Así, los datos indicaron, por un lado, que las mujeres mostraban más malestar relacionado con la infertilidad que los hombres; y por otro, que mientras entre los hombres no existía relación entre valoración y malestar, entre las mujeres, sí existían correlaciones significativas, en el sentido de que: (1) cuanto más amenazante se valoraba la infertilidad, más

malestar general se sentía; (2) cuanto más desafiante se valoraba el problema de infertilidad, menos malestar general se mostraba; y (3) cuanto menos control se valoraba que se tenía sobre el problema, se informaba de más malestar general y específico a la infertilidad.

En general, las mujeres suelen informar más malestar relacionado con la infertilidad que los hombres (aunque tanto hombres como mujeres muestran más malestar que los grupos normativos de referencia) Esto se podría explicar porque: (a) las mujeres experimentan los problemas de fertilidad como un cataclismo, mientras que los hombres lo ven como algo desconcertante pero no una tragedia. Para la mujer es más importante ser madre que para el hombre. Si no lo consiguen se sienten inadecuadas. Las mujeres tienen profundamente interiorizado el rol de madres y muestran una gran conformidad con las expectativas de este rol; (b) soportan el tratamiento, que es bastante estresante; y (c) sienten el fracaso asociado con la bajada de la menstruación.

En la literatura sobre percepción de control, la mayoría de los estudios han encontrado una relación entre la valoración de un evento estresante como controlable y el ajuste. En el área que nos ocupa este hecho tiene, al menos, dos importantes implicaciones. Por un lado, los especialistas médicos deberían intentar paliar lo más posible el carácter incontrolable que este tipo de tratamientos tiene para los pacientes. El tratamiento médico pone todo el control en las técnicas y en el propio profesional que la aplica, sin embargo, es posible implicar más a los pacientes en el tratamiento, por ejemplo, dando información, explicando los tratamientos, sus posibles consecuencias, así como lo que pueden hacer para paliarlas. Por otro lado, los profesionales de la psicología podrían realizar intervenciones encaminadas a intentar cambiar este tipo de valoraciones.

2.2. Procesos de afrontamiento

Los procesos de afrontamiento se refieren a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales para hacer frente a las demandas internas o externas que son valoradas como excediendo a los recursos disponibles. Estos procesos entran en funcionamiento cuando el individuo se siente amenazado, bien por la valoración que hace de las características de la situación, bien por la valoración que hace de los recursos disponibles para hacerle frente con éxito.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser, principalmente, de dos tipos: (1) **centradas en la tarea o el problema:** cuando se dirigen a solucionar el problema directamente o buscar recursos encaminados a dicha solución. Este tipo de estrategias se utiliza en mayor medida cuando la persona cree que la situación es modificable (por ejemplo, cambiar de empleo, cortar una relación, etc.), o el sujeto cree que puede ejercer algún control sobre la misma; y (2) **centradas en la emoción:** cuando se dirigen a controlar la respuesta emocional ante la situación estresante (estrategias de autocontrol), bien a través de conductas, como consumir tabaco, alcohol o drogas (estrategias de evitación), buscar apoyo en amigos o familiares (estrategias de búsqueda de apoyo), o realizar actividades que distraen la atención del problema, como ver la televisión o practicar deportes (estrategias de distanciamiento); bien a nivel cognitivo, como cambiar el significado de la situación (estrategia de reevaluación positiva) o negar el problema. Este tipo de estrategias es utilizado en mayor medida cuando las personas creen que no pueden hacer nada para cambiar las condiciones estresantes (por ejemplo, la muerte de un ser querido), o dicho en otros términos, cuando la situación escapa al control por parte del individuo.

La **infertilidad** es un acontecimiento **incontrolable y crónico**. Tanto las es-

trategias centradas en el problema como las centradas en la emoción pueden ser efectivas. Las primeras pueden ayudar a la pareja durante el curso del diagnóstico y el tratamiento (búsqueda de información sobre opciones de diagnóstico y tratamiento, perseguir el tratamiento activamente, comunicación asertiva con la pareja y los médicos, etc.), mientras que las centradas en la emoción pueden paliar el estrés resultante de la percepción de falta de control, cuando, por ejemplo, el tratamiento falla. Estas estrategias irían dirigidas a la expresión y procesamiento de sentimientos, aminoración de emociones negativas, habilidades de comunicación o búsqueda de apoyo emocional.

Un estudio de McQueeney, Stanton y Sigman (1997) pone de manifiesto que ambos tipos de estrategias son eficaces, pues encontraron que las mujeres con problemas de fertilidad que recibieron entrenamiento encaminado al aprendizaje de estrategias centradas en el problema mostraron mejoras tanto en el malestar general como en el bienestar específico a la infertilidad, una vez acabado el tratamiento, mientras que las que fueron entrenadas para que aprendieran estrategias centradas en la emoción mostraron mejoras al mes de acabado el entrenamiento.

Una investigación de Stanton (1991) puso de manifiesto que las estrategias de afrontamiento condicionan las manifestaciones de estrés que se presentan ante los problemas de fertilidad, pues los resultados indicaron que: (a) las mujeres utilizaban más la evitación y el apoyo social que sus maridos; (b) los hombres y mujeres que utilizaban la evitación informaban más malestar; mientras que los que utilizaban las reevaluaciones positivas informaban de mayor bienestar; (c) los hombres que utilizaban estrategias confrontativas y de autocontrol, y las mujeres que aceptaban la responsabilidad de sus problemas de fertilidad mostraban más malestar; y (d) en las mujeres, la planifica-

ción de la solución del problema y el apoyo social se relacionaba positivamente con el bienestar.

El hecho de que el uso de la evitación como estrategia de afrontamiento se relacione con el malestar, puede ser debido a que este tipo de estrategias puede agravar el problema (beber, comer, fumar más), así como aislar a las parejas (evitar a los demás). La implicación clínica más importante que se desprende de este dato, es que habría que entrenar a las parejas en el uso de estrategias distintas más adaptativas, como la búsqueda de soluciones al problema o de apoyo social, que, tal como se ha visto, se relacionan con el bienestar. La planificación de posibles soluciones al problema, al ser una estrategia activa, aumenta la percepción de control, que tal como se ha indicado reiteradamente se relaciona con el bienestar y el ajuste.

Por lo que respecta a la aceptación de la responsabilidad por parte de las mujeres, algunos autores (Tennen y cols., 1991) han sugerido que esta estrategia también tendría la finalidad de aumentar la percepción de control (aunque implique un mayor coste emocional). El hecho de asumir que el problema es debido a algo propio, como por ejemplo algo que se ha hecho o que se ha dejado de hacer, implicaría la posibilidad de poder solucionar el problema en el futuro cambiando el comportamiento en la dirección deseada. Esta explicación quedaría corroborada por Litt (1989, cfr. en Tennen y cols., 1991), que encontró que las mujeres que se recuperaron mejor después de una FIV fallida fueron las que explicaron su infertilidad debido a su propia conducta.

2.3. Otros aspectos relevantes

Ciertas características de las situaciones, como el nivel de ambigüedad, la novedad, su carácter crónico, o la incertidumbre, ya sea temporal o sobre la propia ocurrencia del fenómeno, pueden, objetivamente, aumentar su potencial amenaza.

Tanto el nivel de ambigüedad como la novedad de una situación hacen aumentar la incertidumbre y la desconfianza ya que las implicaciones que tienen para la vida del individuo no son claras.

De la misma manera, si la situación tiene un carácter crónico supone un desgaste físico y psicológico mucho mayor, aunque al prolongarse en el tiempo, da posibilidades de adaptación, a través de cambios de las valoraciones tanto de la situación como de los recursos de los que se dispone, o de las estrategias utilizadas para hacerla frente de una manera más eficaz.

En cuanto a la incertidumbre temporal, según un estudio de Monat, Averill y Lazarus (1972), cuando los individuos no conocen el momento en que ocurrirá el fenómeno, empiezan sintiendo mucha tensión, relajándose después de forma progresiva; mientras que el patrón es exactamente inverso en las condiciones en que existe certeza temporal, es decir, se comienza con poca tensión, y ésta va aumentando a medida que pasa el tiempo. Por lo que respecta a la incertidumbre sobre la ocurrencia del fenómeno estresante, no coinciden los resultados de laboratorio y los realizados en condiciones naturales. Así, mientras que en la investigación anterior, el nivel de incertidumbre sobre la ocurrencia del fenómeno no producía diferentes respuestas de estrés, en situaciones naturales, el desconocer si un fenómeno que supone una amenaza llegará a producirse incrementa aún más su valor amenazante.

Los problemas de fertilidad son situaciones que se caracterizan por las dimensiones mencionadas anteriormente, que evidencian mayor amenaza y respuesta de estrés, pues son: (1) **sucesos impredecibles** (la infertilidad suele sorprender, de hecho la mayoría de la gente da por sentado que puede tener hijos y por ello utilizan métodos anticonceptivos); (b) **sucesos negativos**

DOSSIER

(es un suceso no querido o no deseado); (3) **sucesos incontrolables** (la infertilidad es un típico caso de falta de control); (4) **sucesos ambiguos** (en principio es una amenaza, que pasado el tiempo se convierte en pérdida); (5) además la infertilidad es una situación **crónica**; y (6) **no es un estresor unitario**, sino todo un **largo proceso de estrés**.

Es interesante señalar también que, el modo en que se percibe la situación a que nos enfrentamos va depender, sustancialmente del grado en que lo que se puede poner en juego en la misma sea importante o no para nuestra vida. Por lo que respecta a la infertilidad, ésta será valorada como amenazante en la medida en que el hecho de tener un hijo sea una meta importante de la vida.

Por último habría que reseñar también, que existen diferencias individuales tanto en el modo en que se valoran las situaciones como en las estrategias que se emplean para enfrentarse a ellas. Así, variables como el Locus de Control, la Autoeficacia, el Patrón de Conducta Tipo-A o el Optimismo disposicional juegan un papel relevante en los procesos que se ponen en marcha ante las situaciones que comportan estrés.

En este sentido, y por lo que respecta a los problemas de fertilidad, se ha encontrado que las mujeres infértiles con altas puntuaciones en optimismo utilizan estrategias que mantienen su bienestar después de una FIV fallida (Litt, Tennen, Affleck y Klock, 1992). De la misma manera, el estudio de Cook, Parsons, Mason y Golomboc (1989) pone de relieve que las diferentes consecuencias que tiene el hecho de afrontar el problema de la infertilidad mediante estrategias activas o pasivas. La gente que busca solucionar los problemas relacionados con su infertilidad (buscar información sobre el tratamiento y planes de acción) tiene menos niveles de depresión y malestar que aquellos que se caracterizan por utilizar estrategias de evitación o escape

(evitar estar con la gente, intentar reducir la tensión bebiendo alcohol, etc.) Se puede decir, por tanto, que las estrategias activas se relacionan con una adaptación a la infertilidad. Sin embargo, se ha comprobado que los pacientes infértiles suelen utilizar menos estrategias de afrontamiento activo que los controles (Lindheim, Legro y Morris, 1995). Esto podría ser consecuencia de la percepción de falta de control que la infertilidad produce y señalaría la necesidad de intervención para poder aumentar este tipo de habilidades.

3. APOYO SOCIAL Y PROBLEMAS DE FERTILIDAD

Los estudios que han puesto de relieve la influencia positiva del apoyo social a la hora de enfrentarse con estresores crónicos o agudos de todo tipo como situaciones de duelo, enfermedad grave, desempleo, violación, embarazo, o sobrecarga de trabajo, son numerosos (ver Pérez García, 1999 para una revisión).

El apoyo social consiste en la obtención por parte del sujeto de recursos (materiales, cognitivos y/o afectivos) a partir de su interacción con las demás personas o "fuentes de apoyo (pareja, familia, amigos, colaboradores, compañeros de trabajo, vecinos, profesionales, grupos de ayuda, etc.) que permiten al individuo: (a) **aminorar la percepción de amenaza** de las situaciones potencialmente peligrosas; (b) **enfrentarse con más competencia a situaciones estresantes**; y (c) **tener menos consecuencias negativas** (ya sea sobre la salud o el bienestar) una vez que el acontecimiento estresante ya se ha producido.

Según House (1981) el apoyo social incluiría alguna de estas cuatro categorías:

(a) **Apoyo emocional**: muestras de empatía, amor, aprecio y confianza. Esta función se ve como componente central del apoyo social. Mu-

chos sucesos negativos implican un sentimiento de fracaso y amenaza a la autoestima. El conocimiento de que uno es querido y valorado puede mitigar el sentimiento de pérdida.

(b) **Apoyo informativo**: recibir información útil para solucionar el problema.

(c) **Apoyo valorativo**: información relacionada con la autoevaluación o las comparaciones sociales de tipo no afectivo (en este caso se trata de apoyo emocional)

(d) **Apoyo instrumental**: conductas directamente dirigidas a solucionar el problema de la persona receptora. El apoyo material o instrumental implica dar una ayuda concreta de tipo financiero, de alojamiento, ayuda en la casa, etc. De las funciones mencionadas, ésta es la que se vincula más débilmente con el bienestar.

Recientemente, los investigadores han descubierto que el apoyo puede tener tanto efectos positivos como negativos. El perjuicio que el apoyo negativo puede llegar a tener sobre el bienestar es mayor que el beneficio que tiene el apoyo positivo sobre el mismo. Algunos autores han señalado que el bajo apoyo puede significar la presencia de una relación negativa de carácter conflictivo, y el alto apoyo puede significar la ausencia de conflictos en una relación íntima. Se ha señalado igualmente, que el contexto social se compone de "apoyo social", que se asocia positivamente con la salud y el bienestar; y de "estresores sociales", de carácter negativo, que recogerían los aspectos conflictivos de las relaciones.

Según Abbey, Andrews y Halman (1991) hay tres aspectos del apoyo social, en relación con los problemas de fertilidad, que han recibido especial atención, dada su relevancia: las respuestas negativas de amigos y miembros de la familia, la importancia del apoyo de la pareja y la de los grupos de ayuda.

En cuanto al primer aspecto, los problemas de fertilidad se suelen mantener en secreto, y esta falta de conocimiento hace que los amigos y familiares realicen preguntas dolorosas del tipo "¿Es que nunca voy a ser abuelo?". Si, por el contrario, el problema es conocido, se pregunta cada mes si la mujer ha logrado el embarazo y se sugieren remedios, posturas alternativas y relajación. Esto lleva a que la mayoría de los hombres y las mujeres sientan que no están recibiendo un apoyo genuino.

Por lo que respecta al apoyo de la pareja, el hecho de que los dos miembros estén en crisis puede hacer difícil atender las necesidades del otro. En este aspecto, como en otros que ya hemos mencionado anteriormente, hay diferencias entre los sexos, ya que, las mujeres al sentirse aisladas por parte de las demás mujeres que sí tienen hijos, están más necesitadas de apoyo emocional por parte de su pareja.

En cuanto a los grupos de autoayuda, pueden ser muy útiles ya que pueden ayudar a las parejas a conocer que sus sentimientos son normales, a obtener información sobre las opciones de tratamiento, además de suministrar apoyo emocional. Sin embargo, aunque son muchas las ventajas, también puede haber inconvenientes. Por ejemplo, una pareja que acaba de enterarse que su infertilidad es debida a la baja cantidad de espermatozoides del marido y está ilusionada con la posibilidad de lograr el embarazo por inseminación artificial, se puede enterar en el grupo de las parejas que han probado el mismo método de forma infructuosa. Ganan información, pero pueden perder la esperanza y sentirse ansiosos y deprimidos. Algunos autores observan que los nuevos miembros de los grupos frecuentemente se asustan de las historias que cuentan los que llevan mucho tiempo de tratamiento.

Pero, tal como se ha indicado, los grupos también tienen aspectos positivos,

y, de hecho, algunos estudios han mostrado que las terapias de grupo pueden beneficiar a sus miembros. Así, por ejemplo, el estudio de Stewart y colaboradores (1992) pone de relieve que el grupo de paciente infértiles que recibió terapia de grupo mostraba significativamente menos síntomas de depresión, ansiedad, hostilidad y malestar después de la terapia que antes. De la misma manera, después del tratamiento los pacientes utilizaban menos estrategias de afrontamiento de tipo evitativo y más de tipo activo.

El estudio de Abbey y colaboradores (1991) señala que el apoyo social puede mediar las manifestaciones de estrés ante los problemas de fertilidad y que existen diferencias entre hombres y mujeres en el uso del apoyo así como en la satisfacción con el mismo. Por lo que respecta a las diferencias entre los sexos, encontraron que, aunque hombres y mujeres recibían igual cantidad de apoyo social, las mujeres daban más y estaban más satisfechas con el recibido que los hombres. Por el contrario, los hombres informaban que daban y recibían más conflicto interpersonal (afecto negativo y desaprobación). De la misma manera, tanto el 96% de las mujeres como el 88% de los hombres informaron que hablaban con amigos y familiares sobre los problemas de fertilidad y que se sentían mejor después de hacerlo. El 73% de las mujeres y el 53% de los hombres se insertaban en grupos de autoayuda, pero las mujeres consideraron que esto les ayudaba más que los hombres. En lo relativo a la relación entre el apoyo social y el bienestar los resultados mostraron que: (1) la satisfacción con el apoyo y el apoyo recibido se relacionaban positivamente con la calidad de vida marital; (2) el conflicto interpersonal se relacionaba negativamente con la calidad de vida; (3) el estrés debido al problema de fertilidad se relacionaba positivamente con la insatisfacción sexual; (4) el conflicto interpersonal recibido se relacionaba positivamente con la insatisfacción

sexual en las mujeres pero no en los hombres; (5) el apoyo recibido se relacionaba negativamente con insatisfacción sexual tanto para mujeres como para hombres; y (6) la autoestima estaba relacionada negativamente con la insatisfacción sexual, tanto en varones como en mujeres.

Igual que se ha encontrado repetidamente en otras áreas de investigación, en ésta también el apoyo de la pareja, familiares, amigos y grupos se relaciona directamente con el bienestar. Las mujeres ven la interacción social más positivamente que los hombres. En general, los hombres sólo suelen comunicarse con la pareja, mientras que las mujeres suelen tener más confidentes, incluido el marido. De estos datos se puede deducir, en cuanto a la intervención, que habría que ayudar, sobre todo a los varones, a cambiar las actitudes hacia las relaciones sociales, puesto que así se conseguiría un mejor ajuste, bienestar y calidad de vida.

4. CONSIDERACIONES DE CARA A LA INTERVENCIÓN

Tal como se ha indicado anteriormente, la intervención psicológica en las personas con problemas de fertilidad cumpliría, fundamentalmente, dos objetivos, por un lado, aliviar el malestar producido por el hecho de ser infértil (reducción de los síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, aislamiento), y por otro, ayudar a la consecución de la gestación gracias a la reducción del estrés.

Por lo que respecta a lo que aquí nos ocupa y de acuerdo con los estudios realizados, presentados previamente, podríamos decir, que el tratamiento iría encaminado al aprendizaje de las estrategias que se ha demostrado que se relacionan con el bienestar y a la extinción de las que producen cualquier tipo de malestar psicológico. A su vez, las estrategias más idóneas van a depender del momento del proceso en

DOSSIER

el que se encuentre la pareja, como por ejemplo, antes del tratamiento médico, después de un fallo del mismo, después de muchos intentos infructuosos, etc.

Tal como ya se ha visto, la percepción de falta de control es un elemento clave para que se produzca malestar, y por ello, muchas de las intervenciones tendrían que ir encaminadas a aumentar la sensación de control. En este sentido, es importante que los profesionales den información fiable y no sesgada sobre los distintos tipos de tratamiento médico, las consecuencias físicas y emocionales que pueden producir y las probabilidades reales de obtención de embarazo. La disponibilidad de la información facilita la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias activas de solución de problemas, que, a su vez, se relaciona con la disminución del malestar.

Otro aspecto decisivo sería fomentar la comunicación, tanto entre los miembros de la pareja como entre éstos y los demás agentes sociales, puesto que la ventilación de sentimientos y la descarga emocional asociada con el mero hecho de hablar de los problemas se asocia con mejoría emocional.

Por último, tal como se ha indicado, la estrategia de reevaluar positivamente las situaciones también se relaciona con el bienestar, y por ello, promover la focalización en los aspectos y consecuencias positivas puede ser efectivo para la consecución de los objetivos propuestos.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A., Andrews, F.M. y Halman, J. (1991). The importance of social relationships for infertile couples' well-being. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- Beaupaire, J., Jones, J., Thiering, P. Saunders, D. y Tennant, C. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 229-240.
- Bermúdez, J. (1996). Afrontamiento: Aspectos generales. En A. Fierro (Ed.) *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Cook, R., Parsons, J., Mason, B. y Golombok, S. (1989). Emotional, marital and sexual problems in couples embarking upon AID and IVF treatment for infertility. *Journal of Reproduction Infant Psychological*, 7, 87-93.
- Domar, A.D. (1997). Stress and infertility in women. En S.R. Leiblum (Ed.) *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*. John Wiley & Sons, Inc.
- Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M.M. y Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1161.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C. y Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecologic*, 14, 45-52.
- Dunkel-Schetter, C. y Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, M.A.: Addison Wesley.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer (trad. cast.: *Estrés y Procesos Cognitivos*, Barcelona, Martínez Roca, 1986).
- Lindheim, S.R., Legro, S.R., Morris, R.S. et al. (1995). Altered responses to stress in women undergoing in-vitro fertilization and recipients of oocyte donation. *Human Reproduction*, 10, 320-323.
- Litt, M.D., Tennen, H., Affleck, G. y Klock, S. (1992). Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 171-187.
- McQueeney, D.A., Stanton, A.L. y Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 313-331.
- Monat, A. Averill, J.R. y Lazarus, R.S. (1972). Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 237-253.
- Pérez García, A.M. (1999). *Personalidad, Afrontamiento y Apoyo Social*. Apuntes del Master Estrés, Psicopatología y Salud. Madrid: UNED-FUE.
- Stanton, A.L. (1991). Cognitive appraisals, coping processes, and adjustment to infertility. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- Stanton, A.L. y Dunkel-Schetter, C. (1991). Psychological adjustment to infertility: an overview of conceptual approaches. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.
- Stanton, A.L., Tennen, H., Affleck, G. y Mendola, R. (1991). Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women & Health*, 17, 1-15.
- Stewart, D.E., Boydell, K.M., McCarthy, K., Swerdlyk, S., Redmond, C. y Cohrs, W. (1992). A prospective study of the effectiveness of brief professionally-led support groups for infertility patients. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 22, 173-182.
- Tennen, H., Affleck, G. y Mendola, R. (1991). Causal explanations for infertility. En A.L. Stanton y C. Dunkel-Schetter (Ed.) *Infertility: Perspectives from stress and coping research*. New York: Plenum Press.